

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Учебное пособие



Москва - 2023

УДК 616.891

ББК 56.14

П16

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук **Е.А. Панченко**, кандидатом медицинских наук **М.А. Парпара**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 23 декабря 2019 г., протокол № 11.

Рецензенты:

А.Е. Бобров – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела консультативной и дистанционной психиатрии МНИИП – филиала ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

А.А. Шмилович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

П16 Панченко Е.А., Парпара М.А. **Особенности психотерапии психосоматических расстройств**: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2023. – 108 с.

В учебном пособии дана характеристика особенностей психотерапии психосоматических расстройств. Значительное место уделено основным концепциям их развития, патогенетическим и психопатологическим механизмам возникновения отдельных нозологий. Приведены подробные психотерапевтические рекомендации. Разделы пособия соответствуют тематическому плану основной профессиональной образовательной программы высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности “Психотерапия”.

Для непрерывного профессионального образования психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, иных специалистов.

ISBN 978-5-86002-369-7

ББК 56.14

© Е.А. Панченко, М.А. Парпара, 2023.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2023.

СОДЕРЖАНИЕ

ИСТОРИЯ И ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ	4
НЕВРАСТЕНИЯ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ	4
Концепция амплификации	7
Диссоциация	8
Конверсия	11
Проблема соматизации	12
Проблема алекситимии	14
Проблема маскированных депрессий	15
Концепция соматоформных расстройств	17
Когнитивно-поведенческие теории	18
Взгляд на психосоматику в позитивной психотерапии	21
Психосоматика с позиции гештальт-терапии	35
Телесный психоанализ по А. Лоуэну (Lowen A., 1975).	37
ПРАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	40
Классический гипноз	40
НЛП ТЕХНИКИ	45
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД	49
ГЕШТАЛЬТ-ТЕХНИКИ	59
Техники позитивной психотерапии	86
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ РАБОТЫ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	95
Работа с гневом	95
Управление тревогой	99
Контрольные вопросы	105
Литература	106

ИСТОРИЯ И ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ

Научное выделение и изучение психосоматических расстройств имеет продолжительную историю, которая складывается из ряда этапов. Термин “психосоматический” впервые появился в 1818 г., его использовал врач Й.Х. Гейнрот (J. Heinroth), который считал, что моральные качества человека и переживание им чувства вины являются причиной различных заболеваний и расстройств. М. Якоби (M. Jacobi) дополнил эту концепцию определением “соматопсихический” в 1822 г., подчеркнув таким образом вклад соматического в психическое состояние. К важнейшим из них следует отнести учение об астенических состояниях и психовегетативном синдроме, учение о нарушениях телесной чувствительности, представления о конверсии, замаскированных депрессиях и соматизации и алекситимии.

НЕВРАСТЕНИЯ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ

Под психовегетативным синдромом (ПВС) понимают разнообразные вегетативные расстройства (побледнение или гиперемия кожных покровов, тремор, гипергидроз, тахикардию, повышение или снижение артериального давления, алгические ощущения, дисфункции систем и органов), возникающие в ответ на любое, даже незначительное, эмоциональное напряжение.

Согласно мнению L. Delius, ПВС имеет конституционально-наследственный характер и связан с лептосомным строением тела. Другим этиологическим фактором являются перенесенные соматические заболевания. В зависимости от отнесения вегетативных симптомов к одной или нескольким физиологическим системам выделяют две клинические разновидности ПВС – изолированную и генерализованную. В структуре психовегетативного синдрома имеется несколько относительно самостоятельных компонентов: соматический, неврологический и психический.

По типам декомпенсации различают две основные формы психовегетативного синдрома.

При первой форме преобладают симптомы раздражения, внутреннего напряжения, беспокойства и страха.

При второй форме – симптомы истощения. В отечественной литературе психовегетативные нарушения рассматриваются в рамках вегетососудистой (вегетативной) дистонии. В зависимости от вовлеченности систем организма выделяют следующие типы функциональных психовегетативных синдромов.

1. Кардиоваскулярный синдром, проявляющийся изменениями сердечного ритма, атипичными болями в области сердца, а также патологическими вазомоторными реакциями.

2. Гипервентиляционный синдром, который выражается функциональными нарушениями дыхания, инспираторной одышкой, приступами непродуктивного кашля, сопением и зевотой, которые можно расценивать как своеобразные эквиваленты гипервентиляции.

3. Расстройства пищеварительного тракта, к которым относятся психогенные дисфагии, рвота, тяжесть в области эпигастрия, преходящие вздутия живота, а также боли в различных областях ЖКТ, синдром раздраженной кишки, проявляющийся болью в нижних отделах живота, облегчаемой дефекацией и сочетающейся с изменением частоты и консистенции стула (запоры, поносы или их чередование), ощущением вздутия живота, чувством неполного опорожнения кишечника.

4. Нарушение потоотделения в виде эссенциального гипергидроза, которое во время сна обычно прекращается.

5. Сексуальная дисфункция, проявляющаяся нарушениями эрекции или эякуляции у мужчин, вагинизмом или аноргазмией у женщин при сохранном или сниженном либидо.

Вариантом сексуальной дисфункции считается также цисталгия с учащенным мочеиспусканием при отсутствии органических нарушений.

6. Нарушение терморегуляции может наблюдаться в виде гипертермии, гипотермии, ознобоподобного гиперкинеза и синдрома ознобления.

Несмотря на то, что при психовегетативном синдроме на первый план в картине заболевания выходят нарушения со стороны соматических органов и систем, большинство специалистов относят его к психическим расстройствам и, в частности, к категории соматоформных расстройств. Длительное время счи-

талось, что вегетативные нарушения возникают вследствие дисбаланса между симпатической и парасимпатической нервной системой. Однако в течение последних десятилетий представления о патогенезе этих состояний существенно усложнились. В настоящее время считается установленным, что определяющую роль в механизмах психовегетативного синдрома играет неразрывное взаимодействие между эмоциональными, эндокринными и соматическими проявлениями многих заболеваний, особенно на ранних – “функциональных” – стадиях. При этом немаловажное значение имеет преморбидный дефект вегетативной нервной регуляции

Ценность концепции психовегетативных расстройств обусловлена тем, что в рамках данного научного направления была выделена специфическая группа нарушений, проявляющихся соматическими симптомами, генез и динамика которых тесно связаны с психоэмоциональным состоянием человека. При этом была прослежена зависимость соматической симптоматики от эмоциональных нарушений и чрезмерной активации центральной нервной системы. Кроме этого, в его рамках было заложено понимание психовегетативных расстройств как центрального звена, связывающего психические и соматические компоненты соматоформных расстройств в единое целое. Однако в рамках рассматриваемого подхода собственно психические механизмы, ответственные за возникновение вегетативной симптоматики, в значительной степени остались недооцененными.

Описываемая концепция психовегетативного синдрома обращает внимание на специфику периферических вегетативных нарушений, но конкретных центральных механизмов описываемого синдрома в рамках указанного научного направления выделить не удалось. Очевидно, что это обусловлено многообразием и сложностью вовлеченных систем мозга, выходящих далеко за границы гипоталамуса и лимбической системы. Не случайно, в последнее время даже неврологи осуществляют попытки изучения когнитивных нейропсихологических нарушений, лежащих в основе соматизации.

Психовегетативный синдром, согласно МКБ-10, включен в категорию соматоформных расстройств, однако как синдром может наблюдаться при депрессиях и тревожных расстройствах.

Концепция амплификации

Этим понятием обозначается склонность пациентов испытывать соматические ощущения, даже незначительные, как интенсивные, неприятные, беспокоящие, считать их проявлением физической болезни. О соматосенсорной амплификации принято говорить в тех случаях, когда жалобы больного на физическое недомогание не соответствуют объективной тяжести его соматического состояния и при этом исключается симуляция или телесные галлюцинации.

Считается, что соматосенсорная амплификация играет определенную роль в соматизации аффекта, а именно – она связана с субъективным усилением восприятия телесных проявлений эмоций, нередко за счет редукции собственно аффективных.

Первоначально соматосенсорная амплификация связывалась со снижением сенсорных порогов и особым конституциональным типом личности. Однако в последствии теория сенсорных порогов не получила психофизиологического подтверждения. Как было показано с помощью методики вызванных потенциалов, соматосенсорная амплификация не коррелирует с повышенной интерорецепцией, а скорее всего отражает продолжительный латентно протекающий когнитивный процесс.

С учетом этих данных в последние годы феномен амплификации стал связываться с центральными механизмами сенсibilизации, описанными на примере хронического болевого расстройства.

При этом патогенез соматосенсорной амплификации объясняется тем, что при переживании эмоций в некоторых отделах центральной нервной системы происходит своеобразное усиление первичных сенсорных стимулов и/или их генерализация, в то время как аффективные проявления эмоций в этот момент редуцируются. Сказанное отчасти позволяет объяснить появление множественных “необъяснимых” физических жалоб и формирование ипохондрической концептуализации, а также различия в интенсивности субъективных переживаний, которые испытывают разные пациенты вне зависимости от тяжести имеющихся у них соматических расстройств.

В литературе описаны три компонента соматосенсорной амплификации:

- “повышенная бдительность”, которая включает в себя постоянное наблюдение за собой и внимание к возникающим телесным ощущениям;
- склонность выделять и фиксироваться на определенных относительно слабых или необычных телесных ощущениях;
- тенденция интерпретировать сомнительные или неопределенные внутренние и соматические ощущения как патологические и являющиеся выражением симптомов заболевания, отвергая их естественную или функциональную природу.

Амплификация представляет собой одновременно и состоянием, и процессом. Она является частью так называемого “перцептивного” стиля, то есть способности фиксировать только неприятные симптомы. С учетом этого амплификацию можно рассматривать как неадаптивный способ совладания с негативными эмоциями, которая меняется в зависимости от настроения и самочувствия индивидуума. Указанный стиль совладания приводит к дистанцированию от возможных неудач и переключению с внешнего мира на внутренний. При этом негативная аффективность усугубляет этот патологический путь, и, как следствие, происходит еще большая фиксация на телесных ощущениях и формирование “избегающего темперамента”, лежащего в основе соматизации.

Таким образом, концепция амплификации в клиническом плане была призвана интегрировать представления о нарушениях соматосенсорных процессов, однако теоретический и методический аппарат, находящийся в основе этого подхода, оказался недостаточным для решения всех возникающих при этом проблем

Диссоциация

Согласно воззрениям П. Жане (Janet P., 1898), при истерии возникает постоянное расщепление личности, при котором одна ее часть игнорирует другую. В основе такой диссоциации

лежит ослабление способности психики синтезировать получаемую информацию, что приводит к сужению поля сознания и проявляется в рассеянности, нарушениях внимания, психической нестабильности, внушаемости и понижении критичности. Кроме того, диссоциация способствует повышению готовности к конверсии, т.е. увеличению влияния психических факторов на телесные процессы.

Ключевым моментом в происхождении диссоциации играет изоляция травматического материала в подсознании в форме фикс-идей, что сопровождается разрывом их связи с другими психическими процессами и произвольным контролем. Некоторые удаленные из сознания фикс-идеи, согласно концепции П. Жанэ, находясь в подсознании, претерпевают самостоятельное развитие. Эти подсознательные фикс-идеи в последующем выражаются в замаскированном виде через соматические проявления истерии, которые приобретают отчетливый символический характер и отражают предшествующий травматический опыт, воспоминания и мысли о котором были удалены из сознания.

Еще более детальную разработку концепция конверсии получила в рамках психоанализа. Психоаналитическое исследование показало, что у многих пациентов, страдающих неврозами, под воздействием продолжительных негативных эмоций могут развиваться хронические соматические симптомы.

Впервые указанная симптоматика была выявлена у больных с истерией. З. Фрейд (S. Freud) ввел понятие конверсионной истерии, при которой телесные симптомы появляются как специфический патологический ответ на хронические эмоциональные конфликты. Одно из важных открытий психоанализа состояло в том, что если эмоция не может быть выражена или ослаблена в результате произвольной активности, она способна стать источником хронических психических и соматических расстройств. При этом важную роль играет механизм вытеснения, благодаря которому происходит исключение из сознания травматического материала и блокада адекватной эмоциональной разрядки.

Вследствие этого эмоциональная разрядка происходит по другим – конверсионным – механизмам. В физиологическом

плане истерический конверсионный симптом схож с экспрессивным движением или чувственным восприятием, поскольку он передает психологическое возбуждение. Однако при истерии побудительный психологический импульс бессознателен. Поэтому он может выражаться индивидуально, своеобразным поведенческим или соматическим паттерном, отражающим бессознательное стремление пациента вытеснить эмоциональное напряжение, связанное с неприемлемым психологическим содержанием его субъективных переживаний. В итоге эти аффекты и побуждения конвертируются в соматические симптомы, что позволяет им изолированно и неосознанно быть выраженными.

В последние годы отмечается заметное оживление интереса к проблеме диссоциации, поскольку была показана ее большая роль не только в генезе истерии, но и других психопатологических состояний, таких как посттравматическое стрессовое расстройство, деперсонализационно-дереализационное и паническое расстройство, азартное расстройство и другие виды поведенческих зависимостей. С механизмом диссоциацией связывают состояния измененного сознания – гипнотические, трансовые, сопряженные с употреблением психоактивных веществ, а также стрессовые и постстрессовые.

Согласно современным представлениям, диссоциация представляет собой структурное разделение психических процессов (например, восприятия, воли, эмоций, воспоминаний, идентичности), которые обычно интегрированы и доступны осознанию.

В литературе имеется описание целого ряда диссоциативных феноменов. Абсорбция – своеобразная концентрация внимания, при которой происходит тотальное сужение сознания и поглощенность процессом восприятия. Другим вариантом диссоциации является рассеянность, которая сопряжена с повышенной мечтательностью (созерцанием) или полной отстраненностью от реальности по типу так называемого “дорожного транса” или “временного провала”.

Еще одним важным диссоциативным феноменом является деперсонализация. Это явление переживается как чувство качественного видоизменения собственных эмоций, потери чувственной яркости восприятия, а в тяжелых случаях – тягостного

ощущения трансформации или даже отчуждения собственных психических процессов и Я в целом. При этом различают соматопсихическую деперсонализацию, которая сопровождается чувством бестелесности, и психическую деперсонализацию, характеризующуюся эмоциональным оцепенением, утратой субъективности воспоминаний и дереализацией.

Представления о тождественности диссоциации и конверсии не являются общепринятыми. Так, в DSM-IV-TR диссоциативные расстройства рассматриваются отдельно от конверсионных, поскольку последние относятся к рубрике соматоформных состояний. Несмотря на это, в последние годы все сильнее звучит требование об объединении этих состояний так, как это сделано в МКБ-10.

Конверсия

Согласно психодинамической концепции психосоматических расстройств, у больного имеется внутриличностный конфликт, а тело является лишь ареной для символического выражения происходящего.

По мнению психоаналитиков, личностные особенности, такие как застенчивость, чрезмерная погруженность во внутренний мир, склонность к эмоционально незрелым реакциям, например, обвинению окружающих в своих неудачах, могут приводить к возникновению различных неврозов, в том числе с психосоматическими жалобами.

З. Фрейд ввел понятие конверсионной истерии (Freud S., 1895), при которой телесные симптомы появляются как специфический патологический ответ на хронические эмоциональные конфликты. Одно из важных открытий психоанализа состояло в том, что, если эмоция не может быть выражена или ослаблена в результате произвольной активности, она способна стать источником хронических психических и соматических расстройств. При этом важную роль играет механизм вытеснения, благодаря которому происходят исключение из сознания травматического материала и блокада адекватной эмоциональной разрядки. Вследствие этого эмоциональная разрядка осу-

ществляется по другим, конверсионным, механизмам. В итоге эти аффекты и побуждения конвертируются в соматические симптомы, что позволяет им быть выраженными изолированно и неосознанно.

Проблема соматизации

Считается, что психоаналитик В. Штекель (Steckel W., 1943) впервые ввел в клиническую практику термин “соматизация”. Он использовал его для обозначения истероформных соматических нарушений, рассматриваемых как символическое выражение бессознательного конфликта, как правило, сексуального по своей природе.

Позже, также в рамках психодинамического направления, произошло расширение этого понятия, и оно стало использоваться для обозначения так называемых психосоматических заболеваний, в происхождении которых большая роль отводилась психологическим факторам. При этом понятие соматизации было разведено с понятием конверсии на основании того, что при соматизации, согласно психодинамическим воззрениям, интрапсихический конфликт проецируется на органы и системы, не поддающиеся осознанному волевому контролю. Это отличие обусловлено тем, что эти органы иннервируются вегетативной нервной системой. В рамках такого понимания сложилось представление об “органных неврозах”, в основе которого лежит положение о специфической взаимосвязи между различными эмоциональными ситуациями и специфическими сочетаниями психосоматических реакций. При этом эмоциональные воздействия могут стимулировать или угнетать деятельность любого органа.

Органные неврозы, согласно классической психосоматической концепции, возникают на основе констелляции трех основных факторов. Среди них – сформировавшиеся в раннем детстве интрапсихические конфликты и связанные с ними защиты. Сюда же относятся предрасполагающий образ жизни или пусковые события, реактивирующие эти конфликты, а также конституциональная соматическая уязвимость.

Исходя из этих представлений, был выделен целый ряд психосоматических расстройств и так называемых органических неврозов. При этом многие специалисты полагали, что органические неврозы являются лишь начальной – функциональной – фазой развития органических заболеваний. К органическим неврозам относили, в частности, следующие состояния:

- кардионевроз (кардиофобию, синдром Д ‘Акосы, псевдостенокардию);
- синдром гипервентиляции (гипервентиляционную тетанию, дыхательную тетанию Rossier, невротическое диспноэ);
- синдром кома в горле (страх глотания);
- синдром раздраженного желудка (нервную гастропатию, неязвенную диспепсию, невротические нарушения функции желудка);
- синдром раздраженного кишечника (эмоциональную диарею, функциональные запоры, синдром возбужденной толстой кишки, слизистую колику);
- психосоматический цистит (раздраженный мочевой пузырь) и др.

Соматизация в современном понимании уже не связывается исключительно с психодинамическими теориями, однако большая роль длительного психовегетативного напряжения, на которую указывалось в психосоматической концепции, признается большинством исследователей. Отчасти этому способствовало то, что связь между локальными вегетативными расстройствами и соматическими заболеваниями имеет более сложный и нелинейный характер, и за “органическими неврозами” нередко скрываются системные психофизиологические нарушения. Еще один аспект проблемы соматизации связан с ее коммуникативным значением.

На этот аспект псевдосоматических расстройств следует обратить большое внимание в рамках биопсихосоциальной перспективы. Поэтому в общем виде соматизация все чаще определяется как склонность некоторых пациентов субъективно переживать и сигнализировать окружающим о наличии у них

психологических или межличностных затруднений в форме соматического неблагополучия либо необъяснимых с точки зрения медицины симптомов, по поводу которых они обращаются за медицинской помощью. Концепция соматизации лежит в основе представления о соматоформных расстройствах.

Проблема алекситимии

Алекситимия – понятие, впервые введенное в 1973 г. психотерапевтом П. Сифнеосом (P. Sifneos), а затем подтвержденное в его совместной работе с Дж. Неми (J. Nemiah). Было описано, что больные с психосоматическими расстройствами ограничены в способности сообщать о своих внутренних переживаниях, что их отличает от невротиков, которые готовы выговориться о сложности своих чувств, их двойственности (так называемая амбивалентность в психоаналитическом значении, что, в отличие от психиатрического термина амбивалентности, применимо к психически здоровым людям). Было также отмечено, что психосоматические больные, в отличие от больных неврозами, относительно хорошо адаптированы в своем социальном окружении и могут годами имитировать себе и близким состояние удовлетворенности, несмотря даже на объективные факторы стресса. Данный феномен получил название алекситимии, то есть затруднение в выражении чувств. Ниже дано его современное определение.

Первоначально алекситимия рассматривалась в психодинамическом ключе как развитие представлений о защитах личности и, в частности, – отрицания и подавления. Однако психодинамическая модель не давала адекватного объяснения различиям между конверсионной истерией и психосоматическими расстройствами, в частности, почему процесс символизации играет большую роль в формировании истерической симптоматики и не имеет существенного значения при психосоматозах.

Популярным объяснением этому феномену стала концепция Дж. МакДугла (McDougall J., 1989). Согласно этой концепции, вследствие нарушений детско-родительских отношений у ре-

бенка формируется “психосоматический характер”. Его ключевой особенностью является неспособность переживать чувства и развивать способность к фантазированию как инструменту символического удовлетворения потребностей. В результате внимание ребенка чрезмерно фокусируется на окружающей среде, развивается суперадаптация к реальности, и он вырастает в условиях обедненной эмоциональной жизни и ограниченной способности к фантазированию. При этом перед лицом инстинктивных побуждений человек оказывается неспособным справляться с ними в силу ограниченности их субъективной репрезентации и сниженного аффективного ответа.

Впоследствии этот конструкт начал интерпретироваться в психофизиологическом и когнитивном контексте. Исследователи начали рассматривать алекситимию в связи с избеганием сопереживания, слабым вовлечением в психотерапию, усилением соматических жалоб при депрессии и соматоформными расстройствами.

Одним из неблагоприятных последствий формирования копингов, сопряженных с алекситимией, является ограничение в развитии метакогнитивных способностей. Это предрасполагает к дизрегуляции аффекта, что наблюдается при пограничном расстройстве личности или при сужении когнитивно-аффективных переживаний при ананкастных и тревожных расстройствах личности и шизофрении.

Таким образом, понятие алекситимии выступает на сегодняшний день в качестве важного связующего звена между концепцией соматизации и представлениями о нарушениях аффективной регуляции.

Проблема маскированных депрессий

Согласно данной концепции, ряд психосоматических расстройств и неврозов имеет эндогенную природу (генетическую предрасположенность, протекает по своим внутренним законам), однако данная теория не отрицает значимости реактивных психологических структур (то есть стрессы также влияют на развитие депрессии).

Этим объясняется факт патогенетической близости между психовегетативными, соматосенсорными и аффективными нарушениями, а также высокая эффективность в таких случаях терапии антидепрессантами. Важным подтверждением обоснованности рассмотрения психовегетативных нарушений как депрессивных эквивалентов является и то, что у многих пациентов на протяжении их жизни отмечается смена симптоматики, когда вегетативные и соматические нарушения во все большей степени приобретают очерченные эндогенно-депрессивные характеристики.

К расстройствам данного типа Л. Ибор (Ibor J.J., 1973) относил прежде всего четыре типа расстройств: боли и парестезии; агорафобию и тимопатическое головокружение; психосоматические нарушения; нервную анорексию и истерию. А основными критериями для их выделения, по его мнению, являлись отсутствие органической причины, объясняющей появление соматических симптомов; фазное течение, хотя нередко перерывы между фазами могут быть слабо выражены; наличие базисного субдепрессивного состояния, характеризующегося витальными или эндотимическими чертами.

К признакам маскированных депрессий относятся также наличие в преморбиде малых депрессий или депрессивных эквивалентов с иной симптоматикой; отсутствие эффекта от обычной соматической терапии, направленной на купирование болей и парестезий; сочетание соматической симптоматики с отчетливой депрессивной картиной или ее возникновение на выходе из депрессии. Важнейшим критерием маскированной депрессии является также положительный эффект от антидепрессантов. Значение концепции маскированной депрессии заключалось в том, что она прямо связала предъявляемые пациентом “локальные” соматические жалобы с нарушением аффективной регуляции.

Происхождение маскированных депрессий обычно объясняется влиянием культуральных факторов, а также особенностями воспитания, обуславливающими склонность таких пациентов подавлять эмоциональную выразительность, отрицать или сознательно подавлять возникающие эмоциональные

переживания. Однако у ряда больных большой депрессией ее стертый характер обусловлен тем, что эти лица просто оказываются не в состоянии воспринимать или обозначать свои эмоциональные состояния, а также отсутствием в их лексиконе слов для описания эмоций. Говоря другими словами, генез большого количества психосоматических расстройств связывается с алекситимией.

Концепция соматоформных расстройств

Современная классификация психосоматических расстройств выделяет группу соматоформных расстройств в самостоятельную рубрику. Современные представления о соматоформных расстройствах базируются на том, что эти состояния неоднородны по происхождению. Их объединение в единую группу обусловлено исключительно клинической целесообразностью.

Основополагающими критериями соматоформных расстройств являются следующие проявления (общие критерии):

- повторяющееся предъявление соматических симптомов в сочетании с требованием медицинского обследования, несмотря на отсутствие объективных доказательств физической причины имеющихся расстройств;
- негативное отношение больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами;
- элементы демонстративности поведения, направленного на привлечение внимания, напористых и драматический характер предъявляемых жалоб.

Имеющиеся расстройства не носят характер ипохондрического бредового расстройства и поддаются коррекции в какой-то степени.

В МКБ-10 выделяется несколько основных видов соматоформных расстройств.

Соматизированное расстройство – F45.0.

Недифференцированное соматоформное расстройство – F45.1.

Ипохондрическое расстройство – F45.2.

Соматоформная вегетативная дисфункция F45.3.

Хроническое соматоформное болевое расстройство F45.4.

Другие соматоформные расстройства F45.8.

Соматоформное расстройство, неуточненное F45.9.

Для дифференциации отдельных видов соматоформных расстройств в МКБ-10 используются следующие дифференцирующие критерии:

- если присутствует вариабельность необъяснимых с медицинской точки зрения соматических симптомов (множественность, изменчивость и разнообразие локализации телесных ощущений и функциональных соматических нарушений), то речь идет о соматизированном расстройстве – F45.0;
- если присутствует ограниченность “необъяснимых” соматических симптомов и их связь с определенными органами или физиологическими системами, то имеет место психовегетативная дисфункция – F45.3;
- фиксация на возможном наличии серьезных и прогрессирующих соматических заболеваний (так называемая тревога за здоровье) свидетельствует об ипохондрическом расстройстве – F45.2.

Отдельную группу составляет состояние упорной соматоформной боли, которая не может быть объяснена наличием соматической патологии – F45.4.

Когнитивно-поведенческие теории

По мнению представителей когнитивно-поведенческого направления, образование психосоматических расстройств связано с формированием неправильных интерпретаций телесных ощущений, а также формированием неадаптивных форм поведения в связи с возникшими симптомами.

Определенным недостатком всех нижеперечисленных теорий является редукционизм психики до уровня рефлексов, когда даже мысли становятся рефлексорными, но удобны в использовании, создают мишени для терапии.

*Концепция поисковой активности
по В.С. Ротенбергу – В.В. Аршавскому*

Согласно этой теории, поисковая активность обладает стимулирующим действием на организм и повышает устойчивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска, напротив, снижает адаптивные возможности организма. Концепция основана на наблюдении, что во время войн, экстремальных событий заболеваемость психосоматическими расстройствами снижается, а при нормализации условий – вновь достигает исходного уровня.

В.С. Ротенберг и В.В. Аршавский (1984) описали “синдром Мартина Идена” – когда психосоматические болезни возникают у человека на пике его активности. Авторы предполагают, что возникающие в этом случае “болезни достижения” (инфаркты, инсульты и т.д.) также связаны с отказом от дальнейшего поиска и утратой смысла жизни, что снижает сопротивляемость организма.

Теория выученной беспомощности М. Селигмана

Выученная беспомощность – состояние, которое возникает у человека или животных после более или менее длительного авersive (то есть неприятного) воздействия, избежать которого не удастся. Выученная беспомощность может возникать при длительных стрессах, неправильном воспитании, семейной дисгармонии, в результате собственных неудач.

В 1964 г. Мартин Селигман (Martin E.P. Seligman) проводил эксперименты над собаками в психологической лаборатории Пенсильванского университета по схеме классического обусловливания И.П. Павлова. Ученые стремились сформировать у собак условный рефлекс страха на звук высокого тона. В качестве негативного подкрепления использовался несильный, но чувствительный удар электрического тока, который собаки получали, сидя в клетке. После нескольких стимуляций клетки открыли, чтобы проверить, начали ли собаки бояться звука. Экспериментаторы ожидали, что в силу сформированного рефлекса страха собаки будут убегать, услышав высокий звук, чтобы избежать удара током. Однако, вопреки ожиданиям, собаки не убегали. Они ложились на пол и скулили, но не со-

вершали никаких попыток убежать, хотя при открытых ящиках это было несложно. Было сделано предположение, что собаки не пытаются избежать удара током потому, что они привыкли к его неизбежности. Иначе говоря, собаки “научились беспомощности”.

М. Селигман решил самостоятельно проверить данное предположение и в 1967 г. вновь использовал схему Павлова для экспериментального изучения природы беспомощности. Вместе с коллегой Стивеном Майером он разработал похожую схему эксперимента с ударом током, но уже с участием трех групп собак.

Первой группе предоставлялась возможность избежать болезненного воздействия: нажав носом на специальную панель, собака этой группы могла отключить питание системы, вызывающей удар. Таким образом, она была в состоянии контролировать ситуацию, ее реакция имела значение. У второй группы отключение шокового устройства зависело от действий первой группы. Эти собаки получали тот же удар, что и собаки первой группы, но их собственная реакция не влияла на результат. Болевое воздействие на собаку второй группы прекращалось только тогда, когда на отключающую панель нажимала связанная с ней собака первой группы. Третья группа собак (контрольная) удара вообще не получала.

В течение некоторого времени две экспериментальные группы собак подвергались действию электрошока равной интенсивности в равной степени, и в течение одинакового времени. Единственное различие состояло в том, что одни из них могли легко прекратить неприятное воздействие, а другие успевали убедиться в том, что не могут повлиять на неприятности.

После этого все три группы собак были помещены в ящик с перегородкой, через которую любая из них могла легко перепрыгнуть, и таким образом избавиться от электрошока.

Именно так и поступали собаки из группы, имевшей возможность контролировать удар. Легко перепрыгивали барьер собаки контрольной группы. Однако собаки с опытом неконтролируемости неприятностей метались по ящику, а затем ложились на дно и, поскуливая, переносили удары током большей и большей силы.

М. Селигман и С. Майер сделали вывод о том, что беспомощность вызывают не сами по себе неприятные события, а опыт неконтролируемости этих событий. Живое существо становится беспомощным, если оно привыкает к тому, что от его активных действий ничего не зависит, неприятности происходят сами по себе и на их возникновение влиять никак нельзя. Первые эксперименты М. Селигмана получили широкую известность, были опубликованы солидными психологическими журналами. В 1976 г. М. Селигман получил за свою теорию выученной беспомощности премию Американской психологической ассоциации.

Влияние выученной беспомощности на уровень тревожности и настроения изучался у людей. Известен эксперимент Эллен Дж Лангер (E.J. Langer) и Дж Родин (Rodin J., 1976), который они провели в доме престарелых. Первой группе лиц доставлялся комнатный цветок, за которым ухаживал персонал. В этой экспериментальной группе никто из жителей ничего сам не решал, их лишь обслуживали. Во второй группе, напротив, предоставлялся выбор подарка, и если это был цветок, то за ним нужно было ухаживать самостоятельно. Так же можно было решить, хочется ли смотреть кино, и в какой день это сделать. Результаты эксперимента свидетельствовали о том, что во второй группе был выше уровень общей удовлетворенности и меньший уровень тревог. Также были отмечены небольшие улучшения здоровья у представителей экспериментальной группы и ухудшения у лиц контрольной. И наконец, за интервал времени, прошедшего с момента первого исследования, 30% участников контрольной группы умерло, тогда как из числа участников экспериментальной ушло из жизни 15%.

Взгляд на психосоматику в позитивной психотерапии

Метод был создан в 1968 г. Н. Пезешкианом (N. Peseschkian) и его сотрудниками в Германии на основе транскультуральных исследований, проводившихся более чем в 20 различных культурах. Сегодня он официально принят для последипломной подготовки врачей, психологов, социальных работников и педагогов во многих странах. Безусловными достоинствами

метода являются: доступность для всех социальных и возрастных групп, простота языка, системный семейный подход и краткосрочность (в среднем 30 сеансов). Позитивная (от лат. *Positium* – ранее данное, действительное) психотерапия представляет собой одно из гуманистических направлений в психотерапии. Предполагается, что человек имеет как некоторые врожденные способности (базовые способности), так и сформировавшиеся в процессе развития личности (актуальные способности). Патопсихологические симптомы рассматриваются как формы реакции дезадаптации. Согласно данной концепции, психотерапевт не должен устранять нарушения или отклонения. Он лишь стимулирует резервные возможности пациента. Позитивная психотерапия основывается на так называемом позитивном подходе к пациенту и заболеванию. Терапия состоит из пяти этапов, в ее основе лежит самопомощь.

Предполагается, что в каждом симптоме можно найти не только плохое (негативное), но и хорошее (позитивное) начало. Боль, например, можно интерпретировать как сигнал о бедствии, повышенную температуру тела – как хорошую сопротивляемость организма. Основной целью позитивной психотерапии является изменение точки зрения пациента на свою болезнь, что должно помочь найти резервы в борьбе с недугом. В позитивной психотерапии для достижения этой цели широко используются притчи, поучительные истории, “психотерапевтические сказки”. Важно, чтобы рассказанная история была яркой, в чем-то сходной с конфликтом пациента. Но сходство это не должно быть чрезмерно конкретным, “лобовым”, а соприкасаться с конфликтом пациента как бы по касательной. Тогда эффект от рассказанной истории будет сильнее.

Концепция позитивной психотерапии заключается в том, что человек обладает двумя базовыми способностями: к познанию (когнитивность) и к любви (эмоциональность). Под *способностью к познанию* понимают способность учиться и учить. Считается, что из нее развиваются **вторичные** способности: пунктуальность, чистоплотность, аккуратность, послушание, вежливость, честность, открытость, верность, справедливость, трудолюбие, бережливость, обязательность, тщательность и

добросовестность. *Способность к любви* означает способность любить и быть любимым. Подчеркивается, что оба компонента одинаково важны: способность активно устанавливать эмоциональные отношения (любить) и способность эмоциональные отношения принимать и поддерживать (быть любимым). Способность к любви ведет в своем дальнейшем развитии к **первичным** способностям, таким как умение любить, быть примером, иметь терпение, уделять время чему-то, умение устанавливать контакты, проявлять и принимать нежность и сексуальность, иметь надежду, уметь доверять, верить и сомневаться, приобрести уверенность и устанавливать единство.

Базовые способности называются актуальными, или психодинамически действующими. Они взаимосвязаны с такими категориями, как Сверх-Я и Я-идеал, чувство самооценности и комплекс неполноценности, а также “желательным” и “нежелательным” поведением. Каждая актуальная способность в отдельности, как и характер в целом, проявляется в тех же четырех измерениях, в которых они развивались. В позитивной психотерапии выделяют четыре уровня развития актуальных потребностей: тело, достижения, контакты, будущее. По тому, как человек распределяет свои силы и время в этих четырех измерениях, можно судить о сбалансированности его жизни (Пезешкиан Н., 1993, 1996).

Рассмотрим ситуацию нарушения такого дисбаланса. Например, пациент 36 лет с жалобами на панические атаки и бессонницу, говорит: “Все мои силы уходят на работу (достижения), мне пришлось отправить свою семью к родителям, потому, что у меня все равно не хватает на них времени, а они его все равно требуют, что отвлекает меня от работы. Я должен много работать, чтобы обеспечить свою семью. Конечно, я не об этом мечтал, но мечты есть мечты, а реальность – это реальность и с ней нужно считаться. Столько всего происходит каждый день, что некогда даже спланировать хорошенько завтрашний день. Так вот и живу у жизни на подхвате. Иногда в спортзал хожу или в бассейн, после этого легче, но на это опять же нужно время”. Это вполне объясняет его симптомы, возникшие вследствие переутомления и явной недостаточности механизмов преодоления

стресса (Пезешкиан Х., Якубенко О.В., 2001) (эмоциональную изоляцию, отсутствие перспектив, недостаточную физическую активность).

Рассмотрим каждый такой уровень переработки конфликта.

Тело/ощущение. Как человек воспринимает свое тело? Как переживает он различные ощущения и информацию из окружающего мира? Воспринимаемая в ощущениях информация проходит через цензуру приобретенного масштаба оценки. Отдельные характеристики ощущений могут быть конфликтными в связи с подобного рода переживаниями. При помощи своих ощущений ребенок с самого начала развития устанавливает контакт с окружающим миром. Общая активность контролируется ощущениями. Ритмы сна и питания могут стать важнейшими. Информация, поступающая из внешнего и внутреннего мира, проходит сквозь призму собственного опыта, через цензуру приобретенных стереотипов. Может быть, именно в этом кроется разгадка того, почему в ответ на конфликт реагирует одна из четырех сфер. Более того, даже если в разрешении конфликта доминирует тело, то все равно встает вопрос: почему один человек реагирует на этот конфликт преимущественно сердцем, другой – желудком, третий – кожей (нейродермиты) или нарушением функции дыхания? Поражение того или иного органа у пациента с психосоматическим заболеванием становится понятным при взгляде на концепции, которых он придерживается в отношении к телу в целом, отдельным его органам и их функциям, а также к здоровью и болезни. Так, у больных с желудочными расстройствами, а также с ожирением мы можем наблюдать концепции, связанные с приемом пищи (“Все, что на столе, должно быть съедено”). В противоположность этому у лиц с ишемической болезнью сердца мы часто обнаруживаем концепции, которые указывают на проблематичную ситуацию в отношении пунктуальности и распределения времени. Пациенты с ревматическими болезнями имеют преимущественно типичные проблемы в теме вежливости (“Возьми себя в руки, что скажут люди”). У пациентов с кожными заболеваниями достаточно часто выявляются конфликтные концепции в отношении чистоплотности и общения.

Деятельность/разум. Мышление и разум сделают возможным систематически и целенаправленно решать проблемы и оптимизировать деятельность. Возможны две разнонаправленные реакции бегства: бегство в работу и бегство от требований деятельности. Типичные симптомы – проблемы самооценки, перегрузки, стрессовые реакции, страх увольнения, нарушения внимания и “дефицитарные” симптомы, такие как пенсионный невроз, апатия, снижение активности и т.д. Концепции: “Если ты что-то можешь, тогда ты что-то из себя представляешь”; “Кончил дело – гуляй смело” и “Без труда не вытащишь и рыбки из пруда”; “Время – деньги” и т.д.

Контакты/традиции. Эта сфера подразумевает способность устанавливать и поддерживать отношения с самим собой, партнером, семьей, другими людьми, различными их группами, социальными слоями и культурными кругами; отношение к животным, растениям и вещам. Социальное поведение формируется под влиянием приобретаемого опыта и полученного наследства (традиции), особенно это касается становления наших возможностей налаживать контакты. Существуют социально обусловленные критерии выбора, которые ими управляют: например, человек ожидает от партнера вежливости, искренности, справедливости, аккуратности, общности определенных интересов и т.д. и выбирает себе партнера в соответствии с этими критериями.

Будущее/фантазия (интуиция). Можно реагировать на конфликты, активизируя фантазию, воображая решения конфликтов, представляя мысленно желаемый успех или наказывая и даже убивая в мечтах людей, на которых накопилась злость из-за того, что кто-то был не верен, не прав или придерживается других убеждений. Фантазия и интуиция могут, например, возбуждать и даже удовлетворять потребность при творческих изысканиях и сексуальных фантазиях. В качестве “личного мира” фантазия отгораживает от травмирующих и болезненных вмешательств действительности и создает временно комфортную атмосферу (например, алкоголь, токсикомания). Она может не воспринимать “злое дело” и болезненный разрыв с партнером как состоявшиеся; она может также и утрачивать,

становиться могущественной, делая действительность непереносимой вследствие проекции собственных страхов. Так воображение смешивается с восприятием и ведет к симптомам, которые встречаются при шизофрении в виде бредовых идей. Чтобы укротить пугающую, динамическую силу фантазии, некоторые люди вырабатывают навязчивое поведение, словно надевают корсет, который им помогает удержать в узде угрожающие фантазии и защищаться от неконтролируемых всплесков чувств. В этой сфере актуальные способности как содержание фантазий также играют главную роль.

Четыре сферы переработки конфликта могут уже здесь указать терапевту на существенные аспекты расстройства, которые обычно незаметны в круговерти обычной медицинской диагностики и терапии. Эта “четверка” сравнима с некими весами, на чашах которых всегда должно быть по 25%, чтобы сохранить душевное равновесие. Решающей для уравновешенного душевного состояния является способность мыслить позитивно-творчески. Это качество почти утрачено многими людьми, но его очень легко восстановить. В личностной сфере односторонность в четырех качествах жизни проявляется внешне в открытых формах четырех реакций “бегства”: это “бегство” в болезнь (соматизация), в активную деятельность (рационализация), в одиночество или общение (идеализация или обесценивание) и в фантазии (отрицание). Четыре сферы переработки конфликтов соотносятся с когнитивностью, то есть с теми областями, с помощью которых мы вступаем в отношения с реальностью.

Еще одно существенное измерение человеческой жизни определяется способностью к любви, которая также развивается во взаимодействии с окружающим миром. На основании этого мы интересуемся характером отношений, открывающих доступ к возможностям проявления эмоциональности. При возникновении и проявлении заболевания (неврозы, психосоматические заболевания) большую роль играет так называемый *актуальный конфликт*. Он может быть результатом воздействия макросихотравмы (к примеру, смерть близкого человека, эмиграция, безработица или смена профиля работы)

или формируется под воздействием постоянно действующих микроспихотравмирующих факторов (конфликты в семье или на работе, общая эмоциональная напряженность в обществе и т.п.).

Актуальный конфликт сам по себе изначально нейтрален. Но когда этот конфликт касается конкретного человека, то он получает индивидуальное звучание и становится патогенным фактором. Личность здесь играет не менее важную роль, чем конфликт. Только тогда, когда личность пропускает конфликт сквозь призму своего Я, он приобретает индивидуальное значение. Степень, в какой актуальный (нейтральный) конфликт станет для данной личности патогенным, зависит от многих причин, основными из которых являются конкретная ситуация, реакция на конфликт и личностные особенности. Специфическое взаимодействие актуального и базового конфликта описывается в позитивной психотерапии следующей моделью: способности, ценностные установки, концепции и готовность к конфликту усугубляют внешние события и эмоционально окрашивают их на фоне биологически-биографической данности. Например, в паре “учтивость – прямота” учтивость означает способность быть внимательным, подчиняться, говорить “Да” ценой интуитивного отказа и эмоциональной реакции страха; прямота как способность открыто выражать потребности, стоять за себя и утверждать себя определяет сопутствующий риск агрессии. Это взаимодействие считается центральной “точкой включения”, в которой решается дальнейшее направление переработки конфликта. В этих событиях принимает участие весь организм, в особенности гормональная и вегетативная нервная системы. Так могут возникать функциональные нарушения. Основное внимание должно быть обращено на то, какое влияние оказывает конфликт на физическое состояние пациента, на его профессию, на контакты с окружающими, как он изменяет его планы на будущее. В профилактическом смысле хорошо привести в равновесие все четыре сферы разрешения конфликта. Человек со здоровой психикой – это не тот, кто не имеет проблем, а тот, кто знает как их преодолеть и выйти из создавшейся конфликтной ситуации. Поэтому одна из задач психотерапевта,

практикующего позитивную психотерапию, состоит в умении вникнуть в суть конфликта пациента и попытаться равномерно перераспределить энергию, направленную на его разрешение, по основным четырем сферам.

Четыре модели для подражания, как они описываются в виде **базового конфликта**, проецируются на актуальные отношения человека в семье и вне семьи. Перенимается как опыт, полученный в общении с разными людьми, так и их идеалы. Эти отношения по образцу могут быть отдельно описаны актуальным и базовым конфликтом. На практике не следует совмещать обе модели и использовать их как одну целостную модель (рис. 1).

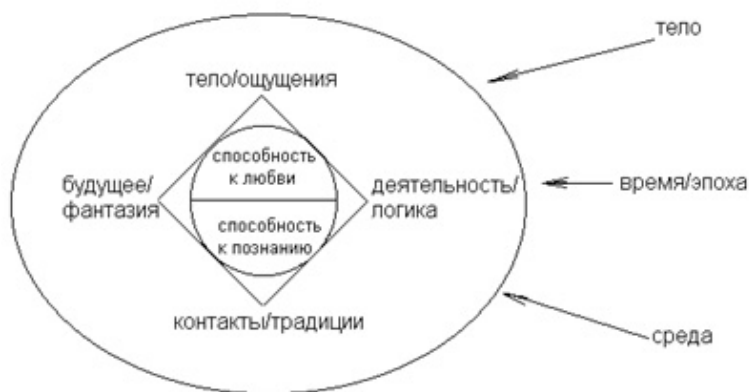


Рис. 1. Факторы, влияющие на формирование модели личности

Отношение к Я. Оно во многом зависит от формы воспитания пациента. Деформированные формы воспитания (гипер- и гипоопека) обычно приводят и к деформированным формам отношения к себе.

Отношение к Ты. Чаще всего воспроизводится модель поведения родителей и близких людей. Их взаимоотношения между собой, их представления о браке, сексуальности определяют в конечном итоге стереотипы поведения выросшего в этой семье ребенка. Отсюда и разные жизненные концепции: “я создам крепкую, гармоничную семью” или “я никогда не женюсь”.

Актуальные способности в позитивной психотерапии

Первичные способности	Вторичные способности
<p>Любовь, образец для подражания (способность подражать, идентифицироваться), терпение, время, контакт, сексуальность, вера, доверие, надежда, сомнение, уверенность, целостность) развиваются из базовой способности к любви.</p> <p>Они возникают с первого дня появления человека на свет благодаря контакту с близкими людьми.</p> <p>Первичные способности не являются более важными, чем вторичные или наоборот.</p> <p>Они – базисный феномен, фундамент, мотивация, эмоциональное наполнение, на котором строятся вторичные способности.</p> <p>Первичные способности описывают жизненный эмоциональный опыт, который приобретается в связи с реализацией вторичных способностей</p>	<p>Пунктуальность, аккуратность, чистоплотность, послушание, вежливость, честность, точность, усердие, бережливость, справедливость, успешность, надежность, добросовестность приобретаются посредством усвоения сообщаемых знаний. Они развиваются из способности к познанию и отражают нормы поведения социальной группы, которая стимулирует или подавляет (через удовлетворение или подавление первичных потребностей) те или иные действия</p>

Отношение к Мы. Модель поведения формируется по образцу родительского отношения к окружающим их людям. Если ребенку в семье и школе говорят о долге перед Родиной, чести, милосердии, а вокруг себя он видит лицемерие, разврат, воровство, то стереотипом поведения в дальнейшем становится не то, что этот ребенок слышит, а то, что он видит.

Отношение к пра-Мы. Поведение определяется сформировавшимся мировоззрением, религией, отношением к существующему в стране общественному строю и т.д. Выделение четырех стереотипов поведения человека в конфликтной ситуации чисто условно, в реальности они взаимосвязаны и взаимозависимы. Есть личностные особенности, которые достаточно высоко оцениваются социальным окружением. К ним, например, можно отнести вежливость, честность, верность, обязательность, спра-

ведливость, добросовестность. Другие личностные особенности, такие как необязательность, леность, неряшливость, высокомерие, жадность, вызывают у окружающих негативное отношение. Естественно, что преобладание тех или иных личностных качеств влияет на формирование конфликта и форму выхода из него. Поэтому одна из задач психотерапевта – постараться максимально актуализировать позитивные личностные особенности и свести к минимуму негативные.



Рис. 2. Модель дисбаланса

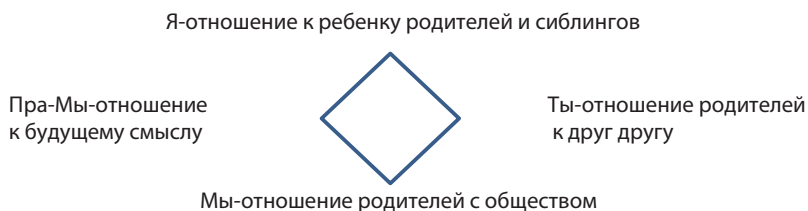


Рис. 3. Четыре формирующих фактора модели для подражания

Модель заболевания. Позитивная психотерапия рассматривает психологические и/или физические заболевания, симптомы, проблемы как символическую манифестацию внутреннего конфликта (Пезешкиан Н., 1998). Эта манифестация сама по себе является неосознанной попыткой самоисцеления. Если

функциональные расстройства своевременно не замечены, их причина не распознана и продолжает существовать (реально или как травматичное воспоминание), велика вероятность истощения механизмов адаптации и возникновения органических нарушений и хронизации расстройства (рис. 4).

Внутренний конфликт предопределяется базовым конфликтом и реактивируется актуальным конфликтом. Базовый конфликт формируется в процессе развития (4 модели для подражания) на основе фрустрации или активации потребности к любви в ответ на спонтанные проявления тех или иных способностей. Так, за определенным отношением к конкретным способностям и их проявлениями фиксируется сильная эмоция. Базовая ситуация и базовый конфликт, как мы уже знаем, определяют структуру личности во всем богатстве ее поведенческих и чувственных проявлений.

Актуальный конфликт возникает при столкновении человека с меняющейся реальностью. События, вызывающие конфликт, разделяются на макротравмы (значительные происшествия и изменения) и микротравмы (небольшие, но повседневные, аккумулирующиеся эмоциональные реакции на несовпадение ожидаемого (правильного) и реально существующего (позитивного) развития и проявления своих или чужих актуальных способностей).

Только события, резонирующие с эмоционально заряженным базовым конфликтом, вызывают внутренний конфликт.

Психотерапевт и психотерапевтические отношения. Эффективность психотерапии зависит не только от действенности метода и степени овладения его теорией и техникой выполнения отдельных приемов, но и от эмоциональной зрелости психотерапевта, его гибкости и способности осознавать и выражать собственные эмоции и их содержание.

Гипотеза. Благодаря позитивному переносу поведение психотерапевта и отношения в психотерапии являются моделью подражания для пациента. Так происходит естественное усвоение позитивной концепции образа человека, модулирующей эмоциональную зрелость и паттерн конструктивного сотрудничества в рамках пятиступенчатой модели. Результатом этого

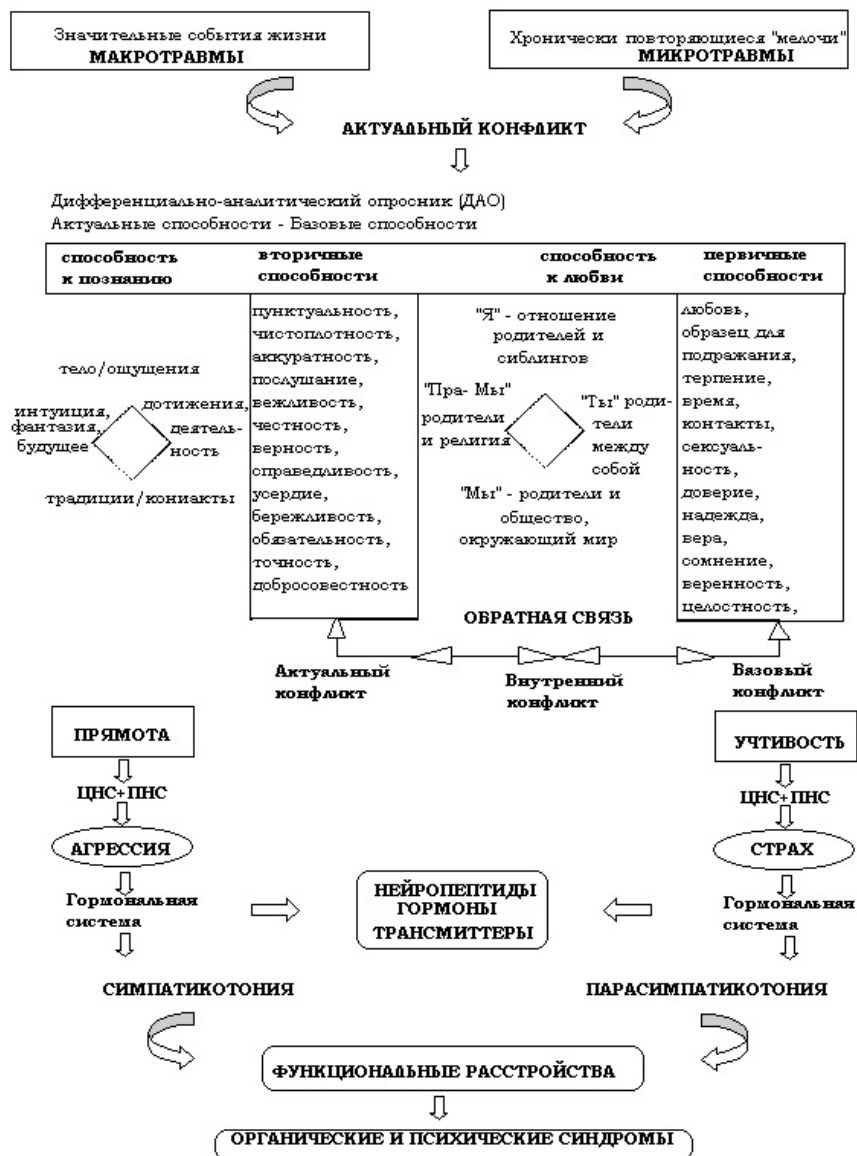


Рис. 4. Модель конфликтогенеза в позитивной психотерапии

в психотерапии является разрешение конфликтов и глубокая коррекция психических расстройств.

Таблица 2

Примеры позитивной интерпретации

Проблема	Традиционная интерпретация	Позитивная интерпретация
Импотенция / фригидность	Отсутствие сексуального желания	Способ избегать сексуальности, своеобразное “нет” телом
Депрессия	Беспомощность, опустошенность	Способность глубже воспринимать чувства
Лень	Слабость характера	Способ избегания повышенных требований к результатам

Модель эмоциональной зрелости

Позитивная психотерапия выдвигает не только четкую концепцию нездоровья и конфликта, но дает ясное представление о том, что такое здоровье. Сегодня много говорится об эмоциональной зрелости и эмоциональной компетентности, которая является основой аутентичной личности (Хетчер У., 1999).

Позитивная психотерапия утверждает, что если человек получил адекватное развитие во всех 4 областях (*Я*, *Ты*, *Мы*, *Пра-Мы*) модели для подражания, мы можем говорить о высокой степени эмоциональной зрелости. Базовая личность эмоционально зрелого человека характеризуется:

Я – представлением о себе, как об изначально наделенном способностями (позитивный образ человека);

Ты – способностью к сотрудничеству (умением понимать и прояснять содержание поведения, вместо того, чтобы реагировать на форму);

Мы – открытостью для разных мнений, общения с представителями других социальных групп (свободой от предрассудков) и синтонностью общественным интересам;

Пра-Мы – осознанностью цели и смысла собственных действий и их результатов.

Сбалансированность базовой личности формирует динамичную систему распределения энергии в жизни (модель баланса), всегда стремящуюся к равновесию, и обеспечивает ресурс для его восстановления в случае, если оно нарушено. Это способствует адекватному реагированию на изменения и равномерному гармоничному развитию актуальных способностей.

Эмоциональная зрелость характеризуется тройной защитой динамичной стабильности системы (рис. 5):

- 1) базовый баланс;
- 2) баланс системы первых и вторых актуальных способностей;
- 3) баланс распределения энергии и реакций.

Таким образом, очевидно, что эмоциональная зрелость является практическим воплощением позитивной концепции образа человека.

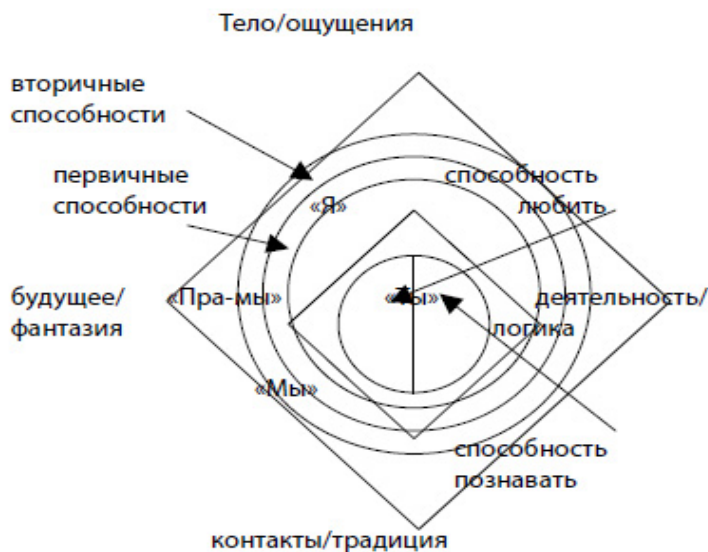


Рис. 5. Динамически стабильная система, характеризующая эмоциональную зрелость

Психосоматика с позиции гештальт-терапии

Ф. Перлз (F. Perls) видел основу психосоматических заболеваний в выраженной невротической дихотомии Тела и Разума в современной человеческой культуре (1969). С точки зрения автора гештальт-терапии, например, взрослый мужчина может иметь много поводов для горя и желания поплакать, но контролирует это, так как в прошлом слезы приводили к чувству стыда или даже побоям. Чтобы предотвратить экспрессию и осознание плача, этот человек обездвиживает свое горло, диафрагму, мышцы глаз, что, в свою очередь, только усиливает возбуждение, и он прилагает еще усилия, чтобы подавить и скрыть его. Вследствие этого интенсивного и хронического подавления возбуждения человек заболевает астмой, головной болью и т.д. считая, что его тело причиняет ему вред, обращается за помощью к врачу, но при этом тело все еще остается для него чуждым миром. В итоге болезнь вытесняет все прочие дела, на которые следовало бы обратить внимание, и у человека появляется новый жизненный интерес. Остатки его индивидуальности все в большей степени становятся фоном для всепоглощающего интереса к собственному телу. Сознание и тело, наконец, сводят знакомство, и человек начинает говорить: “мои головные боли, моя астма и т.д.”, осознавая таким образом, что он сам является причиной этих расстройств. Ф. Перлз заявляет, что болезнь – это незавершенная ситуация, она может быть завершена лишь смертью или излечением (Перлз Ф., 2010). Резюмируя идеи Ф. Перлза, можно отметить, что вследствие таких макрофакторов, как отчуждение телесного и сознательного в современной культуре, односторонний интерес лишь к разуму, человек оказывается в патогенных обстоятельствах, в которых подавляется его возбуждение экспрессии и осознания своих чувств, что в итоге приводит к психосоматическому страданию. Психосоматическое заболевание имеет цель разрушить дихотомию тела и психики, перевести фокус внимания на тело и представляет собой хроническую ситуацию низкой интенсивности, которая может быть решена лишь через осознание и интеграцию.

В профессиональной литературе по гештальт-терапии также заслуживает внимания описанная О. Немиринским (1997)

концепция психосоматического симптома как превращенной формы контакта. Психосоматический симптом трактуется как сплав ретрофлексии и соматической проекции – проекции отчужденных переживаний на определенную часть тела. Автор утверждает, что из логики этой концепции вытекает не только основное стратегическое направление работы с психосоматическими нарушениями – вывод симптома на границу контакта, но и тактическое чередование действий, направленных попеременно то на обращение ретрофлексии, то на ассимиляцию проекций.

Также автор выдвигает тезис, что на уровне телесных процессов обычно существует контрсимптом, позволяющий избегать манифестации симптома и удерживать его в более или менее застывшем виде. Диалог симптоматических и контрсимптоматических ощущений может быть прямо соотнесен с той психологической ситуацией, с тем типом взаимодействия с окружающим миром, который является пусковым для данного симптома.

Согласно данной концепции О. Немиринского, на социально-психологическом уровне рассмотрению подвергается функционирование симптома в системах межличностных взаимодействий и отношений с макросистемами. В межличностном плане целесообразно рассматривать регулятивную роль симптома в отношениях пациента с ближайшими людьми и психотерапевтом. Важными дополнительными данными является понимание социальных и правовых последствий той или иной болезни и социально-культурное значение симптома.

Н. Лебедева и Е. Иванова в своей работе “Путешествие в гештальт” (1995) утверждают, что “ряд болезней (телесных, внутриорганизмических страданий) непосредственно связаны как с текущими отношениями, так и с теми, подчас оставшимися в далеком прошлом, которые сформировали склонность к данной специфической болезни. Изменение структуры этих отношений может облегчить существование, уменьшить боль”.

По мнению авторов, именно вид контакта “Золушка” часто приводит к неврозам и психосоматическим нарушениям. Данный цикл контакта инициируется хронически неблагоприятной сре-

дой, препятствует творческой адаптации, вызывает нарушения биологической саморегуляции организма через сбой в физиологии. Человек, пытаясь самосохранить себя, использует приспособительные возможности “вторичной” физиологии, которая плохо сочетается с консервативной “первичной” физиологией, что приводит в итоге к психосоматическим расстройствам.

Телесный психоанализ по А. Лоуэну (Lowen A., 1975)

Согласно мнению сторонников телесной терапии, даже если человек намеренно и сознательно не борется со стрессовой ситуацией, на нее, тем не менее, автоматическиотреагирует ваше тело. Переживания отражаются в том, как люди двигаются, дышат, управляют своими мышцами, а также в болезнях, которыми они страдают.

Следует сказать, что наиболее известные виды телесной терапии начинали развиваться вне группового движения, и, хотя телесная терапия часто применяется в группах, не всегда ясно, как эффективно ее использовать. В этом отношении такие групповые подходы, как телесная терапия и гештальттерапия, имеют сходство: они фокусируются на взаимоотношениях между руководителем группы и ее отдельными участниками и только затем обращаются к поощрению и поддержке участниками друг друга. Как и гештальттерапию, ряд методов телесной терапии можно рассматривать в рамках когнитивного и физически ориентированного подходов. Такие разновидности телесной терапии, как биоэнергетика, метод Фельденкрайса, метод Александера, структурная интеграция и первичная терапия, исторически связаны с терапевтическими методами В. Райха (Reich W., 1949). Поэтому в центре внимания этой части будет терапия Райха и биоэнергетический метод его ученика и преемника Александра Лоуэна.

Мышечная броня: наряду с понятием энергии основным понятием телесной терапии является мышечная броня. При создании своей теории В. Райх сделал акцент на хронических энергетических блокировках, происходящих на физическом уровне. Он описал барьеры, используемые для устранения или

сведения до минимума неоконченных эмоциональных переживаний, назвав эти защитные механизмы “броней характера”. Под “броней” В. Райх имел в виду хроническое мышечное напряжение, изолирующее человека от неприятных эмоций. Когда мышцы напрягаются, чувства притупляются, другими словами, “броня” мешает течению энергии по телу. С точки зрения В. Райха, между хроническими блокировками на физическом уровне и подавляемыми эмоциями на психологическом уровне существует не просто параллель, а сложное соединение физических и психических параметров.

Мышечное напряжение связано с различного рода ситуациями и травмами, переживаемыми индивидуумами в процессе их развития. Процесс формирования характера и “брони” является диалектическим единством, в котором непрерывно взаимодействуют тело и психика. Общая биоэнергетическая модель предполагает, что чувства и импульсы, выражению которых препятствует страх, видоизменяются, подавляются или скрываются, приводя к телесной ригидности, энергетическому распаду и изменениям личности. А. Лоуэн убежден, что личностные особенности отражаются в позе, движениях, жестах и типе телосложения. Поэтому есть достаточно оснований для употребления анатомических выражений, дающих представление о физическом облике человека. А. Лоуэн описал 5 типов характера, названия которых отражают психоаналитическую подоплеку его взглядов. В основу своей классификации А. Лоуэн положил принимаемые индивидуумами защитные позы тела, помогающие выявить проблемы подвижности. Обычно членам группы присущи различные комбинации типов характера.

Шизоидный тип характера имеют индивидуумы, чьи мысли неясно связаны с чувствами, стремящиеся уйти в себя и теряющие контакт с реальностью. По существу, их энергия находится в центре тела и не поступает на периферию, ее свободное течение в направлении лица, рук, ног и половых органов блокируется хроническим мышечным напряжением. Шизоидные – такие лица испытывают явные трудности в спонтанных действиях, их движения негибки и отрывисты. Они не чувствуют связи со своим телом, их самооценка занижена. Тело шизоидов часто

узкое, сжатое. Может сложиться представление, что верхняя и нижняя половины тела или его правая и левая стороны действуют как бы по отдельности. Отсутствие мимики делает лицо человека похожим на маску, руки могут вяло висеть по бокам.

Психопатический тип характера отличает индивидуумов с ярко выраженной потребностью властвовать и управлять, озабоченных своим социальным образом. Потребность доминировать над окружающими может проявляться в чрезмерном развитии верхней половины тела при соответствующем недоразвитии нижней части. Энергия обычно перемещается к голове, а на уровне талии ее течение вниз блокируется мышечным напряжением. Взгляд может казаться пристальным и подозрительным вследствие постоянного стремления контролировать все, что происходит вокруг.

К *мазохистскому* типу характера принадлежат индивидуумы, проявляющие беспомощность при активном решении проблем. *Мазохистский* тип характера полностью заряжен энергией, но старается сдерживать чувства. Такой человек контролирует мышечное напряжение как будто для того, чтобы избежать взрыва. Тело обычно короткое, плотное, мускулистое. Самоутверждение очень ограничено.

Ригидный тип характера имеют честолюбивые, ориентированные на реальность индивидуумы, хорошо функционирующие, но осуществляющие высокого уровня контроль над своим поведением. Они держатся чопорно, сохраняют дистанцию в отношениях с другими, боятся полностью отдаться удовольствиям. Чувства текут свободно, но их выражение ограничено. Обычно люди такого типа подвижны, отличаются пропорциональным телосложением.

Различная степень развития каждой отдельной характеристики в структуре человеческой личности обусловлена доминированием той или иной психической функции. В связи с этим мы можем наблюдать наличие так называемых сильных и слабых психических функций.

В практике телесно-ориентированной психотерапии используются различные методы. Это может быть массаж или различного рода упражнения. Их особенность заключается в том, что

любой из них направлен не только на расслабление зажимов, а в большей степени на осознание тела и эмоциональное отреагирование. Именно это и приводит к излечению. Также остается неоспоримым факт необходимости чередования телесной и аналитической работы. Прделанная телесная работа будет иметь ситуативный характер, если не сопровождается осознанием и психологическими изменениями, связанными с ним.

ПРАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В целом психотерапевтические подходы к терапии психосоматических заболеваний во многом интегративны, сочетают в себе психотерапевтическую работу с личностью (*Я-образ*), когнитивными особенностями пациента (схемами, установками, атрибуцией, алекситимией, абсорбцией, сверхбдительностью, соматосенсорной амплификацией), сопутствующими аффективными расстройствами (соматизацией аффекта), семейными дисгармониями и трудностями в межличностных отношениях. На сегодняшний день научно доказанными методами психотерапии неэндогенных психосоматических расстройств являются: когнитивно-поведенческая, психодинамическая, основанная на ментализации и межперсональная психотерапия. Достаточно широко используются гештальт-терапия, экзистенциальная психотерапия, психоанализ, групповые и семейные подходы, интегративные модели.

При наличии эндогенного психического заболевания (неврозоподобных эндогенных заболеваний, биполярных расстройств) психотерапевтические интервенции существенно ограничены ввиду высокого риска ухудшения состояния, их применение должно быть согласовано с лечащим врачом-психиатром. Для психотерапии указанных состояний категорически запрещен гипноз, существенно ограничены глубинные техники, включая психоанализ и гештальт-терапию. Таким пациентам рекомендовано психообразование и элементы когнитивно-поведенческих техник. Необходимо подчеркнуть, что любые тренинги (например, коммуникативных навыков, релаксации,

психообразование) для данной группы пациентов проводятся под контролем врача-психиатра.

Ввиду того, что динамика органической патологии существенно влияет на наличие психического расстройства, психотерапевту необходимо способствовать улучшению комплайентности пациентов в отношении указанных соматических заболеваний: режиму приема лекарств, посещению врача и т.д. Психотерапевтическую работу выстраивают в соответствии с фазой принятия болезни и особенностями личности пациента. Необходимо отметить, что любые интервенции проводят с учетом суицидального риска в данной группе пациентов. Наличие высокого суицидального риска у пациента является противопоказанием к плановой амбулаторной психотерапии, такого больного необходимо госпитализировать в кризисный стационар. После выписки из кризисного учреждения, таким больным могут назначать амбулаторную психотерапию (хорошо зарекомендовала себя диалектическая психотерапия, экзистенциальная психотерапия, группы самопомощи), однако ввиду повышенного риска повторного эпизода целесообразно продолжать наблюдение такого пациента и у лечащего врача-психиатра.

При наличии длительного органического заболевания и низком суицидальном риске, важной мишенью для психотерапии является условная выгодность болезни, однако ее обсуждение возможно лишь при достаточном уровне доверия между психотерапевтом и пациентом.

ГИПНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ

Классический гипноз

I. Наведение гипноза.

- 1) Займите удобное положение так, чтобы ничего не тревожило, не беспокоило.
- 2) Все внимание на своем дыхании, с каждым вдохом волны приятного тепла разливаются по Вашему телу. С каждым выдохом тело постепенно расслабляется.

3) Вы слышите только мой голос, только мои слова. Посторонние звуки не мешают, не беспокоят.

4) Постепенно Ваше тело наполняется приятной тяжестью, тяжелыми становятся руки, ноги, все тело.

5) Тепло разливается по всему организму. Теплые руки, ноги, все тело.

6) Дыхание становится спокойным, ровным.

7) Мышцы расслабляются все сильнее, расслабляется лоб, разглажены все складки на лбу, веки стали тяжелыми, расслабленными. Расслабились челюсти, губы разжались. Все лицо полностью расслабилось. Ваше лицо обмякло, провисло будто вата, пропитанная теплой водой.

8) Представьте себе, что Вы лежите в теплой ванне, приятная, теплая вода расслабляет каждую клеточку Вашего организма, каждую частичку Вашего тела, расслабились шея, спина. Расслаблены руки, ноги. Все тело стало теплым, тяжелым и расслабленным.

9) Дыхание стало ровным и спокойным. Постепенно туман появляется в голове, все медленнее текут мысли, путаются мысли. Только мой голос в Вашем сознании.

10) Сейчас я начну считать до 20. С каждым счетом туман в голове будет нарастать, сонливость – усиливаться. На счет 20 Вы глубоко уснете:

1 – дыхание ровное спокойное;

2 – все тело тяжелое и расслабленное;

3 – только мой голос в Вашем сознании;

4 – туман в голове нарастает...;

12 – полный туман в голове, исчезли все мысли...;

15 – хочется спать;

16 – сонливость нарастает, дремота;

20 – приятный, спокойный сон.

II. Использование гипноза.

1) За время сеанса Вы получите заряд бодрости, энергии, сил. Улучшится деятельность всех внутренних органов, всех систем Вашего организма, усилятся Ваши защитные силы, укрепится нервная система...

2) После сеанса Вы будете полностью здоровы. Исчезнут все Ваши неприятные ощущения, пройдут все Ваши болезни...

III. Выведение из состояния гипноза.

3) А сейчас постепенно упругость, бодрость, силы и энергия возвращается в Ваше тело. Тяжесть сменяется легкостью, тепло – приятной прохладой. Туман исчезает из головы, все быстрее текут мысли. Веки становятся легкими. Дыхание чаще и глубже. Глаза открываются. Вы проснулись. Чувствуете себя бодрыми, энергичными, хорошо отдохнувшими.

Рефрейминг

Техника рекомендуется для работы с зависимыми формами поведения.

Рефрейминг – переформирование, изменение. Сущностью рефрейминга является мысль о том, что поведение и результат, который с помощью этого поведения достигается, можно отделить друг от друга. Эта техника позволяет устанавливать новые выборы, которые помогают реализоваться положительному намерению человека. Различают несколько видов переформирования: 6-шаговый, 7-шаговый, договор между частями личности, рефрейминг содержания и др.

Наиболее часто используется рефрейминг содержания (при этом виде переформирования Вам следует знать конкретное содержание проблемы). Рефрейминг содержания делится на рефрейминг смысла и рефрейминг контекста.

Проблему, для решения которой мы используем переформирование смысла, можно выразить формулой: “Когда происходит X, я испытываю Y”. Спросите клиента: “Есть ли какая-нибудь более широкая рамка, где это поведение было бы положительным? Что могло бы придать этому поведению другой смысл? Что еще могло бы означать это поведение?”

Рефрейминг контекста используется в случаях, которые можно описать формулой: “Я слишком Y”, “Она слишком X”. Нет плохих форм поведения! Любое поведение будет уместным, если поместить его в нужный контекст. Спросите клиента: “Где, в каком контексте это нежелательное поведение могло бы быть полезным для Вас?”

Очень важно, чтобы человек искал новый смысл своего поведения или нужный контекст сам, а не согласился лишь с навязанным Вами решением. Каждый человек несет в себе не только проблему, но и ее решение. И наша задача – помочь ему использовать свои индивидуальные ресурсы для подсознательного поиска этого решения.

Аутогенная тренировка (АТ)

Используется при работе с болью

Пациенту необходимо проговорить определенные фразы, пройти этапы успокоения.

1) Общее самоуспокоение.

Я совершенно спокоен. Я полностью расслаблен. (Представьте себе, что Вы лежите в теплой ванне). Все мое тело теплое и расслабленное. Я совершенно спокоен.

2) Внушения себя тяжести.

Моя правая рука тяжелеет (представьте, что правая рука будто полый сосуд наполняется свинцом). Моя правая рука стала тяжелой. Моя правая рука тяжелая. Правая рука тяжелая. Рука тяжелая.

3) Далее следует проговорить подобные формулы самовнушения для левой руки и ног.

Все мое тело стало тяжелое. Мое тело тяжелое.

Внушение расслабления мышц.

Расслаблен лоб (разгладились складки на лбу). Расслабились веки (веки стали тяжелыми и расслабленными). Расслабились челюсти, разжались губы. Мое лицо полностью расслабилось. Расслабилась шея. Расслабились плечи (плечи чуть заметно опустились вниз). Расслабилась спина. Расслаблены руки, ноги. Расслаблено все тело. Мое тело тяжелое и расслабленное.

4) Самовнушение тепла.

Моя правая рука теплеет (представьте, что Вы погружаете правую руку в теплую воду).

Далее идут формулы самовнушения, аналогичные вызыванию тяжести.

5) Самоуспокоение дыхания.

Мое дыхание становится медленнее и спокойнее. Мое дыхание медленное, ровное и спокойное. Дышится легко и свободно.

6) Самоуспокоение деятельности сердца.

Мое сердце начинает работать медленнее и спокойнее. Мое сердце бьется ровно и ритмично.

7) Внушение себе тепла в области солнечного сплетения.

В моем солнечном сплетении появляется тепло. Мое солнечное сплетение излучает тепло. Теплеют все внутренние органы моего тела. Все мое тело стало теплым. Все тело теплое, тяжелое и расслабленно.

8) Самовнушение прохлады в области лба.

Мой лоб слегка прохладен (ощутите дуновение легкого ветерка на лбу).

9) Общее самоуспокоение.

Я совершенно спокоен. Я полностью расслаблен.

10) Использование АТ – проведение необходимого самовнушения.

11) Выход из состояния АТ.

Я хорошо отдохнул. Я бодр, активен, работоспособен. Тяжесть в теле сменяется легкостью, тепло – приятной прохладой. Веки становятся легкими, глаза открываются.

НЛП ТЕХНИКИ

Круг совершенства

Техника для работы с психосоматическими заболеваниями

1. Попросить клиента войти в проблемную ситуацию.
2. Провести невербальную калибровку проблемы.
3. Отвлечь клиента.
4. Попросить клиента войти в ресурсную ситуацию.
5. Провести невербальную калибровку ресурсной ситуации.
6. Попросить клиента войти в ресурсный круг, усиливая ресурсные ощущения, одновременно сжав правый кулак.

7. Когда ресурсные ощущения начнут ослабевать, выйти из круга.
8. Повторить 4, 5, 6, 7 шаги, вспоминая или конструируя все новые ресурсные ситуации.
9. Предложить клиенту найти слово, которое бы объединяло для него все ресурсные ситуации.
10. Попросить клиента сказать про себя это слово, сжать правый кулак и войти в ресурсный круг.
11. Выйти из круга.
12. Попросить клиента войти в проблемную ситуацию, сказать обобщающее слово, сжать правый кулак и войти в ресурсный круг.
13. Провести невербальную калибровку.

Техника работы с болью №1

1. Ввести клиента в транс.
2. Предложить клиенту четко отграничить боль.
3. Убедить клиента, что он может влиять на боль путем изменения ее размеров.
4. Уменьшить боль до размера яблока.
5. Поднять боль в яблоке в голову.
6. Увеличить яблоко до размера воздушного шара.
7. Окрасить шар в какой-нибудь цвет.
8. Наполнить шар теплым воздухом, поднять его над головой.
9. Отправить шарик с болью путешествовать до линии горизонта, уменьшая шарик до размеров точки.
10. Вывести клиента из транса.

Техника работы с болью №2

1. Ввести клиента в транс.
2. Убедить клиента, что он может управлять своей болью.
3. Предложить клиенту на вдохе усилить боль, на выдохе — уменьшить ее.

4. Попросить клиента усилить боль, окрасив ее в красный цвет, а затем ослабить, окрасив ее в голубой цвет.
5. Попросить клиента представить неприятный звук (свист, скрежет), который усиливает боль, а затем создать тишину, которая уменьшает боль.
6. Усилить боль, сжимая левый кулак, а затем ослабить ее, сжимая правый.
7. 3, 4, 5, 6 шаги одновременно: вдох, красный цвет, свист, левый кулак – боль усиливается; выдох, голубой цвет, тишина, правый кулак – боль уходит.
8. Попросить клиента представить боль в виде маятника: маятник отклоняется влево – боль усиливается, вправо – ослабевает. Чем больше амплитуда движения, тем больше разница между усилением и уменьшением боли.
9. Вдох, красный цвет, свист, маятник идет влево до нестерпимой боли; выдох, голубой цвет, тишина, маятник – максимально вправо до полного исчезновения боли (повторить несколько раз).
10. В момент полного исчезновения боли попросить клиента назвать про себя любое слово и с силой сжать правый кулак.
11. Повторить 9 и 10 шаги.
12. Вывести клиента из транса.

Новый Я

Техника рекомендуется для формирования мотивации на ведение здорового образа жизни

1. Введение в транс.
- 2.1. Представить себя в прошлом со всеми своими недостатками, проблемами в ассоциированном состоянии (Ас).
- 2.2. Увидеть себя со всеми недостатками, проблемами со стороны – представить в диссоциированном состоянии (Дс).
- 2.3. Гипертрофировать, усилить все свои недостатки, проблемы – довести свой отрицательный образ до состояния шаржа.
- 2.4. Кинестетически ощутить себя в образе этого шаржа (К-).

2.5. “Заякорить” эти отрицательные ощущения, эмоции (проблемную ситуацию) сжатием левого кулака (ЛК).

3.1. Увидеть себя в будущем в диссоциированном состоянии, решившим свои проблемы (Дс+).

3.2. Довести свой положительный образ до идеала.

3.3. Ассоциироваться с образом идеала и кинестетически почувствовать положительные ощущения, эмоции (К+).

3.4. “Заякорить” эту ресурсную ситуацию сжатием правого кулака (ПК).

4.1. Представить себе образы своего шаржа и идеала движущимися навстречу друг другу, одновременно сближая правый и левый кулаки.

4.2. Интеграция “якорей” (соприкосновение кулаков, переплетение пальцев рук, мысленное слияние визуальных образов) – создание образа нового Я.

Хрустальные шары

Техника работы, направленная на временную линию пациента и формированием “образа здоровья”

1. Ввести клиента в транс.

2. Попросить клиента увидеть себя, имеющего какую-то проблему, в первом хрустальном шаре, шаре настоящего. Попросить клиента запомнить те ощущения, которые он испытывает, видя себя с проблемой.

3. Попросить клиента увидеть себя во втором хрустальном шаре, шаре недавнего прошлого. Найти там ощущения, которые помогут в решении настоящей проблемы.

4. Увидеть себя в третьем шаре, более далекого прошлого. Вспомнить образ более далекого события.

5. Представить себя в четвертом шаре, самого далекого прошлого, детства.

6. Попросить клиента увидеть все 4 образа в хрустальных шарах одновременно. Пусть он сравнит образы, найдет в них общее и различное. Пусть клиент возьмет из каждого шара те ощущения, которые помогут при решении настоящей проблемы.

7. Попросить клиента заметить изменения, которые произошли в первом шаре.

8. Попросить клиента увидеть себя в пятом шаре, самого далекого будущего. Увидеть себя, решившим проблему. Предложить клиенту войти внутрь образа и пережить ощущение успеха, завершенности дела.

9. Теперь пусть клиент, сохраняя ощущение успеха, посмотрит на шестой шар. Эта точка по временной линии более близка к настоящему моменту. Увидит себя, идущего к цели.

10. Перевести внимание клиента на седьмой шар. Пусть он увидит себя, твердо решившего идти к цели. Запомнит это чувство.

11. Предложить клиенту соединить все шары, представив, например, что они расположены по радуге. И пусть все они сольются с шаром настоящего, принося в него ресурсы прошлого и будущего.

12. Пусть клиент заметит изменения, происшедшие с ним в шаре настоящего.

13. Вывести клиента из транса.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В аналитической терапии рекомендовано работать с так называемыми защитами личности

Примитивная изоляция. Когда младенец перевозбужден или расстроен, он попросту засыпает. Психологический уход в другое состояние сознания — это автоматическая реакция, которая существует у самых маленьких детей. Взрослый вариант того же самого явления можно наблюдать у людей, изолирующихся от социальных или межличностных ситуаций и замещающих напряжение, происходящее от взаимодействий с другими, стимуляцией, исходящей от фантазий их внутреннего мира. Склонность к использованию химических веществ для изменения состояния сознания также может рассматриваться как разновидность изоляции. Некоторые специалисты, среди которых и авторы новой редакции DSM, предпочитают термин “аутистическое фантазирование”, обозначающий одну из форм более общей тенденции избегать личностных контактов, термину “изоляция”.

Отрицание. Еще один ранний способ справляться с неприятностями – отказ принять их существование. Все мы автоматически отвечаем таким отрицанием на любую катастрофу. Первая реакция человека, которому сообщили о смерти близкого: “Нет!”. Эта реакция – отзвук архаического процесса, уходящего корнями в детский эгоцентризм, когда познанием управляет дологическая убежденность: “Если я не признаю этого, значит, это не случилось”. Подобные процессы вдохновили С. Фрайберг назвать свою классическую популярную книгу о раннем детстве “Волшебные годы” (S. Fraiberg, “Magic years”, 1959).

Всемогущий контроль. Мы исходим из того положения, что для новорожденного мир и собственное *Я* составляют единое целое. Ж. Пиаже отразил это утверждение в своей концепции “первичного эгоцентризма” (Piaget J., 1937) – фазы когнитивного развития, примерно соответствующей “первичному нарциссизму” З. Фрейда, в течении которой превалируют первичные мыслительные процессы. Это означает, что источник всех событий новорожденный воспринимает в некотором смысле как внутренний: если младенцу холодно и заботящийся о нем человек замечает это и как-то его согревает, у ребенка возникает довербальное переживание магического добывания тепла им самим. Осознание того, что контроль находится в отделенных от него других людях, вне его самого, еще не появилось.

Примитивная идеализация (и обесценивание). Тезис Ш. Ференци о постепенном замещении примитивных фантазий собственного всемогущества примитивными фантазиями о всемогуществе заботящегося лица по-прежнему важен в психоаналитической клинической теории. Любой может наблюдать, как горячо малыш стремится верить, что мама или папа могут защитить его от всех жизненных опасностей. Становясь старше, мы забываем насколько пугающим было первое столкновение с реалиями враждебности, подверженности болезням и неудачам, смерти и другим ужасам (Brenner C., 1982).

Проекция, интроекция и проективная идентификация. Проекция – это процесс, в результате которого внутреннее ошибочно воспринимается как приходящее извне. В своих благоприятных и зрелых формах она служит основой эмпатии.

Поскольку никто не в состоянии проникнуть в чужую психику, для понимания субъективного мира другого человека мы должны опираться на способность проецировать собственный опыт. Интуиция, явления невербального синхронизма и интенсивные переживания мистического единства с другим человеком или группой, связаны с проекцией собственного Я, при мощной эмоциональной отдаче для обеих сторон. Хорошо известно, что влюбленные воспринимают состояния друг друга способами, которые сами не могут логически объяснить. Интроекция – это процесс, в результате которого идущее извне ошибочно воспринимается как приходящее изнутри. В своих благоприятных формах она ведет к примитивной идентификации со значимыми другими. Маленькие дети вбирают в себя всевозможные позиции, аффекты и формы поведения значимых в их жизни людей. Процесс этот столь тонкий, что кажется таинственным. Однако если его замечаешь, ошибиться невозможно. Задолго до того, как ребенок становится способным принять субъективное волевое решение быть таким, как мама или папа, он уже “проглотил” их в некоем примитивном смысле. “При проективной идентификации не только пациент воспринимает терапевта искаженным образом, обусловленным ранними объектными отношениями пациента: кроме этого, на терапевта оказывается давление, чтобы он тоже переживал себя в соответствии с бессознательной фантазией пациента” (Вильямс М., 2001). Иными словами, пациент не только проецирует внутренние объекты, но и вынуждает человека, на которого он их проецирует, вести себя подобно этим объектам – как если бы у него были те же самые интроекты. Проективная идентификация – сложное понятие, вызвавшее массу споров в психоаналитической литературе (Finell J., 1986). Одни исследователи утверждали, что проективная идентификация качественно не отличается от проекции, в то время как другие полагали, что введение этой концепции имеет огромное клиническое и теоретическое значение (Kernberg O., 1975). “В моем понимании она укладывается в следующие рамки: и проекция, и интроекция имеют целый континуум форм – от самых примитивных до самых зрелых (Kernberg O., 1976). На примитивном конце спектра

они слиты, поскольку в них смешано внутреннее и внешнее. Это слияние мы и называем проективной идентификацией. В главе 4 я коротко обсуждала ее действие при психотических и пограничных состояниях”.

Расщепление (splitting) Эго обычно называемое просто “расщеплением”, – это еще один мощный межличностный процесс. Истоки его, как считается, находятся в довербальном периоде, когда младенец еще не может отдавать себе отчет в том, что заботящиеся о нем люди обладают и хорошими, и плохими качествами, и с ними связаны как хорошие, так и плохие переживания. Нередко у двухлетних детей мы наблюдаем потребность приписывать хорошие или плохие валентности всему окружающему миру и тем самым структурировать свое восприятие. Подобное приписывание, вместе с различением большого и маленького (взрослого и ребенка) – одна из первичных форм организации опыта. Пока нет константности объекта, не может быть и амбивалентности, поскольку амбивалентность предполагает наличие противоположных чувств к постоянному объекту. Вместо этого существует хорошее или плохое отношение к внешнему объекту.

Диссоциация. Несколько сомнительно отнесение диссоциации в класс примитивных защит на основании того, что ее действие глобальным и поразительным образом охватывает всю личность, а также потому, что многие диссоциированные состояния психотичны по своей природе. Она сильно отличается от всех описанных выше процессов тем, что последние представляют собой нормальные способы функционирования и становятся проблемными, только если человек остается в них слишком долго или исключает другие пути взаимодействия с реальностью. Диссоциация отличается следующим: любой из нас может быть способен к диссоциации при определенных условиях (впрочем, и это спорно, – многие исследования показывают, что только высокогипнабельные люди могут прибегать к данной защите). Но все же большинству из нас достаточно повезло, чтобы никогда не оказаться в таких условиях.

Репрессия (вытеснение). Самой основной из так называемых защит высшего порядка является репрессия. Она была

одной из первых, что привлекли внимание З. Фрейда, и сегодня имеет давнюю историю психоаналитического клинического и эмпирического исследования. Сутью репрессии является мотивированное забывание или игнорирование. Скрытая здесь метафора напоминает о ранней модели драйвов, содержащей идею о том, что импульсы и аффекты стремятся высвободиться и должны контролироваться динамической силой. З. Фрейд (1915) писал, что “суть репрессии состоит в том, что нечто просто удаляется из сознания и удерживается на дистанции от него”. Если внутренний расклад или внешние обстоятельства достаточно огорчительны или способны привести пациента в замешательство, возможно их намеренное отправление в бессознательное. Этот процесс может применяться ко всему опыту, к аффекту, связанному с опытом, или к фантазиям и желаниям, ассоциированным с опытом.

Регрессия. Регрессия является относительно простым защитным механизмом, знакомым каждому родителю, который наблюдал, как его ребенок соскальзывает к прежним привычкам (присущими более ранним стадиям развития), когда он устал или голоден. Социальное и эмоциональное развитие никогда не идет строго прямым путем; в процессе роста личности наблюдаются колебания, которые с возрастом становятся менее драматичными, но никогда полностью не проходят. Практически каждый человек, находясь в состоянии сильной усталости, начинает хныкать. Подфаза воссоединения (репрошман) в процессе сепарации-индивидуации, которую М. Малер описала как универсальную особенность, проявляющуюся в конце второго года жизни каждого ребенка (когда ребенок, начинающий ходить и только что провозгласивший свою независимость от матери, возвращается обратно и прячется под ее юбкой), становится одной из тенденций, присущих каждому человеку. Это возвращение к знакомому способу действия после того, как был достигнут новый уровень компетентности.

Изоляция. Одним из способов преодоления страха и других болезненных психических состояний является изоляция чувства от понимания. Более технически – аффективный аспект переживания или идеи может быть отделен от своей

когнитивной составляющей. Изоляция аффекта весьма разнообразна – хирург не смог бы эффективно работать, если бы был постоянно настроен на физические страдания пациентов или на свое собственное отвращение, дистресс или садистические чувства, взрезая чей-то живот; генерал не сможет разрабатывать стратегию сражения, если у него перед глазами будут все время всплывать ужасы войны; офицеры полиции смогут расследовать преступления, связанные с насилием, только соблюдая хладнокровие.

Интеллектуализация. Интеллектуализацией называется вариант более высокого уровня изоляции аффекта от интеллекта. Человек, использующий изоляцию, обычно говорит, что не испытывает чувств, в то время как человек, использующий интеллектуализацию, разговаривает по поводу чувств, но таким образом, что у слушателя остается впечатление отсутствия эмоции. Например, комментарий “Ну да, естественно, я несколько сержусь по этому поводу”, брошенный мимоходом, равнодушным тоном, предполагает, что сама мысль о чувстве гнева теоретически приемлема для человека, но его актуальное выражение все еще заблокировано. Когда пациенты в процессе психоанализа интеллектуализируют по поводу своего лечения, они пытаются суммировать свой материал, сидя на кушетке и говоря таким тоном, который больше подходит для сводки погоды, чем для раскрытия того, что ими движет.

Рационализация. Рационализация как защита является такой знакомой, что едва ли нуждается в представлении. Данный термин не только стал общеупотребительным со значением, с которым он используется в психоаналитической литературе, но большинство из нас находят это явление забавным – по крайней мере, когда наблюдают его в других. Б. Франклин заметил: “Так удобно быть разумным созданием: ведь это дает возможность найти или придумать причину для всего, что ты собираешься сделать” (цит. по Silverman K., 1986).

Морализация. Морализация является близкой родственницей рационализации. Когда некто рационализирует, он бессознательно ищет приемлемые, с разумной точки зрения, оправдания для выбранного решения. Когда же он морализирует

ет, это означает, что он ищет пути для того, чтобы чувствовать: он обязан следовать в данном направлении. Рационализация перекладывает то, что человек хочет, на язык разума, морализация направляет эти желания в область оправданий или моральных обязательств. Там, где рационализатор говорит “спасибо за науку” (что приводит к некоторому замешательству), морализатор будет настаивать на том, что это “формирует характер”.

Компартментализация (раздельное мышление). Раздельное мышление – еще одна интеллектуальная защита, возможно, ближе стоящая к диссоциативным процессам, чем к рационализации и морализации, хотя рационализация нередко служит поддержкой данной защиты. Как и изоляция аффекта, раздельное мышление находится ближе к более примитивной стороне. Его функция состоит в том, чтобы разрешить двум конфликтующим состояниям сосуществовать без осознанной запутанности, вины, стыда или тревоги. Тогда как изоляция подразумевает разрыв между мыслями и эмоциями, раздельное мышление означает разрыв между несовместимыми мысленными установками. Когда некто использует компартментализацию, он придерживается двух или более идей, отношений или форм поведения, конфликтующих друг с другом, без осознания этого противоречия. Для непсихологически думающего наблюдателя раздельное мышление ничем не отличается от лицемерия.

Аннулирование (undoing). Так же как морализация считается более зрелой версией расщепления, аннулирование может рассматриваться в качестве естественного преемника всемогущественного контроля. Магическое качество данной защиты выдает ее архаические источники, даже учитывая то обстоятельство, что человека, использующего защитное аннулирование, можно побудить, взывая к его наблюдающему Эго, увидеть смысл того, что выражено в суеверном поведении. Аннулирование – термин, обозначающий бессознательную попытку уравновесить некоторый аффект (обычно вину или стыд) с помощью отношения или поведения, которые магическим образом уничтожают этот аффект. Ярким примером

аннулирования может служить возвращение супруга домой с подарком, который предназначен для компенсации вспышки гнева накануне вечером. Если мотив осознается, мы технически не можем называть это аннулированием. Но если аннулирующий не осознает чувства стыда или вины, и, следовательно, не может осознавать собственного желания искупить их, мы можем применять это понятие.

Поворот против себя. А. Фрейд (1927) стремилась использовать простой, каждодневный язык, и ее термин “поворот против себя” не составляет исключения. Это понятие означает то же, что предположил бы неспециалист, а именно – перенаправление негативного аффекта, относящегося к внешнему объекту, на себя. Если некто критически настроен по отношению к авторитетному человеку, чье расположение кажется ему основой безопасности, и если он думает, что этот человек не сможет вынести критики, он будет чувствовать себя безопаснее, направив критические мысли и идеи вовнутрь. Детей, от которых не зависит выбор того, где им жить, и которые могут заплатить высокую цену за обиды, нанесенные заботливому и душевному воспитателю, защита в форме поворота против себя может отвлечь от намного более печального факта, что их благополучие зависит от независимого взрослого. Однако самокритику чувствовать неприятно, и тем более эмоционально предпочтительнее знать о реальной угрозе своему выживанию в условиях, когда человек не имеет власти изменить порядок вещей.

Смещение. Смещение – это еще одна защита, которая непрофессионалами воспринимается без искажения ее психоаналитического значения. Термин “смещение” относится к перенаправлению драйва, эмоции, озабоченности чем-либо или поведения с первоначального или естественного объекта на другой, потому что его изначальная направленность по какой-то причине тревожно скрывается.

Реактивное образование. Реактивное образование как защита является очень любопытным феноменом. Очевидно, что человеческий организм способен повернуть нечто совершенно в противоположную сторону для того, чтобы свести угрозу к минимуму. Традиционное определение реактивного форми-

рования подразумевает преобразование негативного аффекта в позитивный или наоборот. Например, трансформация ненависти в любовь, привязанности в презрение, враждебности в дружелюбие содержит в себе много общих транзакций.

Реверсия. Еще одним способом справиться с чувствами, которые представляют психологическую угрозу собственному Я, является проигрывание сценария, переключающего отношение человека с субъекта на объект или наоборот. Например, если некто чувствует, что желание испытывать заботу со стороны других является постыдным или содержит угрозу, он может жертвенно удовлетворить свою потребность в зависимости, проявляя заботу о другом и бессознательно идентифицируясь с этим человеком, получающим удовлетворение от заботы о себе. Этот частный случай реверсии является оправданным временем приспособлением терапевтов, часто испытывающих чувство дискомфорта от собственной зависимости, но которые бывают счастливы заботиться о ком-то.

Идентификация. Включение идентификации в список защитных механизмов может показаться излишним, так как большинство из нас расценивают возможность идентифицироваться с другим человеком или с его отдельными сторонами как конструктивную незащитную тенденцию. Установлено, что только некоторые виды идентификации могут считаться компонентами защит (например, той, которую психологи с ориентацией на социальное научение называли “моделирование”). Но психоаналитически думающие терапевты продолжают считать, что многие виды идентификации вызваны необходимостью избегать тревогу, горе, стыд, другие болезненные аффекты, или для того, чтобы поддерживать себя, ощущая угрозу чувству самоуважения и целостности. Как и другие зрелые защитные процессы, идентификация является нормальным аспектом психологического развития и становится проблематичной только в определенных условиях.

Отреагирование вовне. Другим механизмом, заслуживающим обсуждения, является общая категория “отреагирования”. В данном случае речь идет о реакции индивидуума во внешнюю среду.

Сексуализация (инстинктуализация). Некоторые исследователи включили бы сексуализацию в концепцию отреагирования, поскольку ее действие обычно принимает форму отреагирования. В то же время сексуализация возможна без отреагирования вовне (процесс, который более точно можно было бы назвать эротизацией).

Сублимация. Одно время понятие сублимации находило широкое понимание среди образованной публики и представляло собой способ рассматривания различных человеческих наклонностей. Теперь, с отходом от теории драйвов как центральной в психоанализе, сублимацию стали меньше рассматривать в психоаналитической литературе, и она пользуется все меньшей популярностью как концепция. Изначально считалось, что сублимация является “хорошей” защитой, благодаря которой можно находить креативные, здоровые, социально приемлемые или конструктивные решения внутренних конфликтов между примитивными стремлениями и запрещающими силам.

Известно, что эти механизмы в определенной степени способствуют стабилизации *Я* больного, но приводят к неадаптивной ригидности его поведения. В системе адаптивных реакций личности пациентов механизмы психологических защит были тесно связаны с механизмами совладания (копинг-поведения). Целью развития копинг-реакции являлось приобретение психического равновесия, эффективного приспособления к жизни, оптимальной адаптации.

Таким образом, наиболее продуктивными в психотерапевтическом отношении были активный поиск поддержки в терапевтической и социальной среде; проблемный анализ суицидального конфликта и его последствий; разумная степень игнорирования конфликта; эмоциональная разрядка.

ГЕШТАЛЬТ-ТЕХНИКИ

Техника 1. Концентрация внимания на чувствах

Метод 1. Обострение ощущения тела

Упражнение 1

Пациент сам проговаривает текст:

Сейчас я осознаю, что лежу на кушетке. Сейчас я осознаю, что собираюсь осуществлять эксперимент на осознание. Сейчас я осознаю, что колеблюсь, спрашиваю себя, с чего начать. Сейчас я осознаю – замечаю, что за стеной звучит радио. Это напоминает мне... Нет, сейчас я осознаю, что начинаю слушать, что передают... Я осознаю, что возвращаюсь от блуждания. Теперь я опять ускользнул. Я вспоминаю совет держаться внешних событий. Сейчас я осознаю, что лежу со скрещенными ногами. Я осознаю, что болит спина. Я осознаю, что мне хочется переменить положение. Теперь я осуществляю это...” и т.д.

Упражнение 2

Инструкция пациенту.

Попробуйте сначала обращать внимание только на внешние события: то, что видно, слышно, пахнет, – но, не подавляя другие переживания. Теперь по контрасту сосредоточьтесь на внутренних процессах: образах, физических ощущениях, мышечных напряжениях, эмоциях, мыслях. Теперь попробуйте дифференцировать эти различные внутренние процессы, сосредоточиваясь на каждом из них так полно, как только можете: на образах, мышечных напряжениях и т.п. Следите при этом за всеми возникающими объектами, действиями, драматическими сценами и т.д.

Упражнение 3

Инструкция пациенту.

Сосредоточьтесь на своих телесных ощущениях в целом. Позвольте своему вниманию блуждать по различным частям тела. По возможности “пройдите” вниманием все тело. Какие части себя вы чувствуете? До какой степени, и с какой ясно-

стью для вас существует ваше тело? Отметьте боли и зажимы, которые вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Обращая на них внимание, не старайтесь преждевременно расслабить их, позвольте им продолжаться. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущения кожи. Чувствуете ли вы свое тело как целое? Чувствуете ли вы связь головы с туловищем? Чувствуете ли вы свои гениталии? Где ваша грудь? Конечности?

Упражнение 4

Инструкция пациенту.

Ходите, разговаривайте или сидите; осознавайте проприоцептивные детали, никоим образом не вмешиваясь в эти ощущения.

Упражнение 5

Инструкция пациенту.

Сидя или лежа в удобном положении, осознавайте различные ощущения тела и движения (дыхание, возникающие зажимы, сокращения желудка и т.д.); обратите внимание, нет ли во всем этом определенных комбинаций или структур – того, что происходит одновременно и образует единый паттерн напряжений, болей, ощущений. Обратите внимание, что происходит, когда вы сдерживаете или останавливаете дыхание. Соответствуют ли этому какие-нибудь напряжения рук и пальцев, перистальтика желудка, ощущения в гениталиях? Или, может быть, есть какая-то связь между сдерживанием дыхания и напряжением ушей? Или между задержкой дыхания и тактильными ощущениями? Какие комбинации вы можете обнаружить?

Метод 2. Опыт непрерывности эмоций

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

Попробуйте воспроизвести какое-либо телесное действие. Например, напрягите, а потом расслабьте челюсти, сожмите кулаки, начните тяжело дышать. Вы можете заметить, что все это

вызывает смутную эмоцию – в данном случае фрустрированный страх. Если к этому переживанию вы можете добавить, скажем, фантазию, представление о каком-то человеке или вещи в вашем окружении, которые фрустрируют вас, эмоция разгорится с полной силой и ясностью. И наоборот, в присутствии чего-то или кого-то, фрустрирующего вас, вы замечаете, что не чувствуете эмоции, пока не примете как свои собственные соответствующие телесные действия: сжимая кулаки, возбужденно дыша и тому подобное, вы начинаете чувствовать гнев.

Упражнение 2

Инструкция пациенту.

Лежа попробуйте почувствовать свое лицо. Чувствуете ли вы свой рот? Лоб? Глаза? Челюсти? Обретя эти ощущения, задайте себе вопрос: “Каково выражение моего лица?”. Не вмешивайтесь, просто позвольте этому выражению быть. Сосредоточьтесь на нем, и вы заметите, как быстро оно меняется. В течение минуты вы можете почувствовать несколько разных настроений.

Упражнение 3

Инструкция пациенту.

Посетите художественную галерею, желательно достаточно разнообразную. Бросайте лишь моментальный взгляд на каждую картину. Какую эмоцию, хотя бы смутную, она вызывает? Если изображается буря, чувствуете ли вы в себе соответствующие вихри и волнение? Не пугает ли немного вот это лицо? Не раздражает ли этот яркий набор красок? Каким бы ни было ваше мимолетное впечатление, не пытайтесь изменить с помощью добросовестного разглядывания, переходите к следующей картине. Обратите внимание, какое тонкое эмоциональное чувство вызывает этот рисунок, и переходите к другому. Если ваши реакции кажутся очень смутными и мимолетными или вы вообще не способны их отследить, не думайте, что это всегда будет так, повторяйте опыт при каждом удобном случае. Если трудно пойти в галерею, можете проделать то же самое с репродукциями.

Упражнение 4

Инструкция пациенту.

Вновь и вновь оживляйте в фантазии опыт, который имел для вас сильную эмоциональную нагрузку. Каждый раз старайтесь вспомнить дополнительные детали. Какое, например, самое страшное переживание вы можете вспомнить? Прочувствуйте вновь, как все это происходило. И еще раз. И снова. Употребляйте настоящее время.

Возможно, в фантазии всплывут какие-то слова, нечто, что вы или кто-то другой говорил в этой ситуации. Произносите их вслух, вновь и вновь; слушайте, как вы произносите их, почувствуйте свои переживания при выговаривании и слушании. Вспомните ситуацию, когда вы были унижены. Воспроизведите ее несколько раз. Обратите при этом внимание, не возникает ли в памяти какой-нибудь более ранний опыт подобного рода. Если это так, перейдите к нему и проработайте ситуацию.

Делайте это для разного эмоционального опыта – насколько у вас хватит времени. Есть ли у вас, например, незавершенные ситуации горя? Когда кто-то любимый умер, могли ли вы плакать? Если нет, можете ли вы это сделать сейчас? Можете ли вы мысленно встать у гроба и проститься? Когда вы были более всего разъярены? Пристыжены? В замешательстве? Чувствовали себя виноватым? Можете ли вы пережить эту эмоцию вновь? Если не можете, то способны ли почувствовать, что блокирует вас?

Техника 2. Интеграция полярностей

Упражнение 1. Разыгрывание ролей

Участники группы по предложению терапевта по очереди проигрывают свои внутриличностные конфликты, которые ими до конца не осознаются, но очевидны для окружающих. Например, если участник, не замечая этого, излишне часто извиняется, говорит тихим голосом, смущается, то ему можно предложить сыграть роль застенчивого, робкого молодого человека. При этом его просят несколько утрировать именно те черты характера, которые у него особенно выражены.

Если участник осознает свое поведение и желает от него избавиться, ему можно поручить сыграть роль человека с противоположными чертами характера, например Хлестакова или начальника, который разговаривает с подчиненными только в тоне приказа и нравоучений.

Для разыгрывания роли каждому участнику дается по 5–10 минут. Остальное время нужно оставить для обмена впечатлениями.

Упражнение 2. Борьба противоположностей

Психотерапевт определяет тему дискуссии, затем одному из участников поручает роль нападающего, другому – защищающегося. Участники садятся лицом друг к другу и начинают дискуссию. Каждый из участников должен твердо придерживаться своей роли. Нападающий должен критиковать партнера, ругать его, поучать, говорить твердым авторитарным голосом. Защищающийся – извиняться, оправдываться, объяснять, почему у него не получается все то, что требует от него нападающий.

Дискуссия длится 10 минут. После этого партнеры меняются ролями. Каждому участнику диалога нужно как можно полнее и глубже осознать чувство власти, агрессии нападающего и чувство робости, унижения, незащищенности защищающегося. Сравните сыгранные вами роли с вашим поведением в реальной жизни. Обсудите полученный опыт вместе с группой.

Упражнение 3. Антикварный магазин

Инструкция пациенту.

Сядьте на стул, закройте глаза, расслабьтесь. Представьте себе, что вы находитесь в магазине, где продают антикварные вещи. Мысленно выберите себе любой предмет и вообразите себя этим предметом. Рассказывайте от имени этого предмета о себе: как вы себя чувствуете; почему оказались в магазине; кто и где ваш прежний хозяин и т.д. Откройте глаза и поделитесь своими ощущениями с группой.

Точно так же можно идентифицироваться с цветком, деревом, животным, вообразив себя в соответствующих условиях. Не стесняйтесь своих ощущений. Старайтесь, чтобы у вас не осталось незавершенных переживаний.

Упражнение 4. Два стула

Инструкция пациенту.

Нередко человек ощущает некоторую двойственность, расщепление противоположностями, чувствует себя в конфликте этих противоположностей, противостоящих сил. Вам предлагается сыграть диалог между этими сторонами. С каждой сменой роли вы будете менять стулья: дружелюбное *Я* и раздраженное *Я*.

Исполняемая роль может быть ролью человека, каков он сейчас; ролью ребенка, матери, отца, супруги или начальника. Роль может быть физическим симптомом – язвой, головной болью, болью в пояснице, сильным сердцебиением. Она может быть предметом, встретившимся во сне, например, частью мебели, животным и т.д.

Упражнение 5. Работа с именем

Инструкция пациенту.

Ощущение идентичности развивается под влиянием окружения. Это реакция на воздействия и влияния, адресованные человеку. Даже имя или имена, которые записаны в документах, влияют на судьбу. Они отражают родительские ожидания, направленные на ребенка, культурный и исторический фон, часто историю рода или историю страны. Кроме официального имени, человек несет детские имена, клички и прозвища – те, которыми его называли в детстве родственники и родители, как его называют сейчас близкие люди или враги.

Предлагается несколько вариантов упражнений, которые могут активизировать чувства, связанные с именем, и ассоциированные с именем отношения в семье детства.

Разные упражнения, выделяя разные фигуры, позволяют фокусироваться на разнообразных аспектах одной большой темы. Нет смысла делать их подряд, но стоит выбрать подходящие для данной сессии.

Вспомните имена и прозвища, которыми вас называли в детстве. Кто дал вам эти имена, в каких обстоятельствах вас называли тем или иным именем? Кто называл? Какие чувства вы испытываете сейчас, когда думаете об этих именах?

Выберите наиболее яркие детские имена. Какие чувства они вызывали? Соединитесь с проекцией. Поэкспериментируйте прямо сейчас. Какие чувства выражало это имя? Как к вам относились те, кто давал это имя или прозвище? Проиграйте сценки с вашим партнером.

Какие у вас прозвища или ласкательные имена сейчас? Откуда они взялись? Какие области жизни они затрагивают?

Есть ли у вас разные имена дома и на работе? Если да, с чем это связано? Вспомните ваши имена (определения, характеристики) в разные периоды жизни. Как они влияли или влияют на ваше представление о себе сейчас?

Представьте в круге тремя разными именами, сопровождая каждое соответствующей интонацией и пантомимой. Вспомните отношение к своему имени в разные периоды жизни. Как оно менялось? Гордились ли вы им, любили ли свое имя – или были периоды негативного отношения? Какие у вас сейчас варианты имен? В каких ситуациях вас так называют, когда вы таким образом представляетесь, кому, где? Какие чувства у вас ассоциируются с этими именами? Какие отношения с называющими вас так людьми?

Были ли случаи, когда вас называли именем, не соответствующим вашему полу или насмешливым? Как выбирали ваше имя родители? В честь кого? Их ожидания – что вы об этом знаете? Какое символическое значение вашего имени, что оно значит в переводе, что оно значило для вас в разные периоды жизни.

Как вы себя чувствуете с вашим именем среди других? Как относитесь к тем, у кого такие же имена: чувствуете ли вы себя хорошо или у вас возникают негативные чувства, когда есть еще люди с таким же именем? Если ваше имя уникальное – как вам среди тех, кто носит обыкновенное имя?

Если бы вы выбрали себе имя заново – какое бы вы выбрали имя и почему, что оно могло бы символизировать? Какие есть доводы для сохранения старого имени? Какие резоны для выбора нового?

Осознайте, как вы представляетесь – например, в данной группе; как вас называют – так, как вы представились или

иначе. Как вы на это реагируете? Как вы предпочитаете, чтобы вас называли, кто и когда? Какие варианты своего имени вы не любите?

Для замужних женщин: как повлияла на вашу идентичность смена или оставление девичьей фамилии после свадьбы, в случаях развода или вдовства? То, чью фамилию носите и почему – что это значит для вас? Если ваша фамилия отличается от фамилии мужа, то, как на это реагируют люди?

Техника 3. Работа со сновидениями

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

Расскажите сон от первого лица. Выделите наиболее заряженные энергией элементы сна. Последовательно идентифицируйтесь с каждым объектом сна, произнесите монолог от его имени. Возможна организация диалога между элементами сна. Найдите проекцию этих отношений в “дневной” жизни (это действие называется “челнок”).

Упражнение 2

Инструкция пациентам.

Выберите фрагмент сна и нарисуйте его. В паре выберите двух персонажей сна. Вылепите из партнера, как из глины, одного из персонажей. Это может быть движущаяся скульптура. Повзаимодействуйте с этой фигурой от имени второго персонажа. Поменяйтесь ролями – теперь вы играете ту роль, которую играл ваш помощник, он сыграет второго персонажа вашего сна.

Упражнение 3. Диалог снов

Инструкция пациентам.

Нарисуйте иллюстрацию из сна, который приснился вам когда-то. Пусть это будет два или три предмета. В паре выберите из каждого рисунка по одному персонажу. Пусть каждый из вас в роли своего персонажа проведет диалог с персонажем из сна другого человека. Проведите диалог между этими фигурами, осознайте, как и с кем этот же диалог могли бы вести в жизни.

Упражнение 4. Антисон Инструкция пациентам.

Работа в парах. Расскажите сон последовательно. Выберите и запишите список всех существительных, прилагательных и глаголов. Найдите антоним для каждого слова. Расскажите новую историю (сон), который состоит из этих противоположных по значению слов, вашему партнеру.

Упражнение 5 Инструкция пациентам.

В группе один человек рассказывает сон. Каждый из слушателей выбирает одного “персонажа” и делает рисунок. Затем в парах проиграйте роли этих персонажей или разыграйте диалог между выбранными персонажами. Осознайте, какие ваши чувства отразились в этом сне.

Техника 4. Преодоление сопротивления

Метод 1. Превращение слияния в контакт

Упражнение 1 Инструкция пациенту.

Отметьте некоторые свои привычки: как вы одеваетесь, как чистите зубы, как открываете, или закрываете дверь, как печете пирог. Если привычки кажутся не самыми эффективными или новый образ действий не хуже, а кроме того, принесет разнообразие, попробуйте изменить старые привычки. Что произойдет? Получите ли вы удовольствие, учась делать что-то по-новому? Или вы встретитесь с сильными сопротивлениями? Не опрокинет ли изменение одной какой-нибудь частности всю схему вашего заведенного порядка? Что происходит, когда вы наблюдаете, как кто-то выполняет работу, похожую на вашу? Не раздражают ли вас отличия, хотя бы небольшие, от того, как делаете это вы сами?

Упражнение 2 Инструкция пациенту.

Проснувшись, прежде чем встать, подумайте о возможности чувствовать или действовать как-то иначе, не так, как обычно.

Не принимайте решений, которые необходимо выполнить, просто живо визуализируйте возможные простые и легко выполнимые изменения в вашем обычном распорядке.

Упражнение 3

Инструкция пациенту.

Рассмотрите как можно больше своих характерных черт: речь, одежду, поведение в целом и т.д. задайте себе вопрос, в подражание кому вы их обрели. Другьям? Врагам? Если вы одобряете в себе эту особенность, чувствуете ли вы благодарность к ее источнику?

Упражнение 4

Инструкция пациенту.

Понаблюдайте за своими реакциями на кинофильм или спектакль. Отметьте, насколько, не замечая этого, вы отождествляетесь с героями. С какими именно? Не испытываете ли вы при этом внутреннего сопротивления.

Упражнение 5

Инструкция пациенту.

Вспомните, по отношению к кому вы чувствуете вину или обиду. Если бы те же действия сделал кто-нибудь другой, вызвали ли бы они то же чувство? Теперь вспомните свои отношения с этим человеком в целом. В какой степени вы принимаете как само собой разумеющееся то, что, может быть, он вовсе не принимает за само собой разумеющееся? Хотите ли вы изменить статус-кво?

Тогда, вместо того чтобы мучить себя чувствами вины или обиды, поищите пути расширения области контакта!

Метод 2. Работа с ретрофлексией. Исследование ложно направленного поведения

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

Когда мы употребляем такие выражения, как “Я спрашиваю себя” или “Я говорю себе”, что имеется в виду? Эти выражения,

которые мы используем на каждом шагу, молчаливо предполагают, что человек как бы разделен на две части, что это как бы два человека, живущие в одном теле и способные разговаривать друг с другом.

Попробуйте действительно понять, что, “спрашивая себя” о чем-то, вы задаете ретрофлексивный вопрос. Вы не знаете ответа, иначе бы вы не задавали вопрос. Кто в вашем окружении знает или должен был бы знать? Если вы можете определить, кто это, можете ли вы почувствовать желание задать свой вопрос не себе, а ему? Что вас удерживает? Застенчивость? Боязнь отказа? Нежелание обнаружить свое невежество?

Когда вы “советуетесь с собой” о чем-то, можете ли вы осознать свои мотивы? Они могут быть разными. Это может быть игра, домогательство, утешение или выговор самому себе. Чем бы это ни было, кого вы подменяете собой?

Рассмотрите угрызания совести. Вы найдете здесь не подлинное чувство вины, а лишь притворство. Обратите упрек к тому, к кому он реально обращен. Кого вы хотите укорить? Кого вы хотите переделать? В ком вы хотите вызвать чувство вины, притворяясь, что испытываете его сами?

Рассмотрите случаи саможаления и самонаказания и попробуйте ответить на следующие вопросы. Кого вы хотите пожалеть? От кого вы хотели бы получить сочувствие? Кого вы хотите наказать? Кем вы хотели бы быть наказаны?

Упражнение 2

Инструкция пациенту.

Хотя немногие из нас страдают неврозом навязчивости, но всем нам свойственна известная мера самопринуждения. Пытаясь заставить себя делать то, чего вы сами не хотите делать, вы работаете против мощного сопротивления. Перспектива достижения цели проясняется, если вместо принуждения вы займетесь выяснением того, какие препятствия стоят на вашем пути.

Обратите ситуацию, в которой вы принуждали бы себя, в ситуацию, когда вы принуждаете другого выполнить задание за вас. Будете ли вы манипулировать им с помощью вежливых

слов? Или вы будете угрожать, командовать, подкупать, награждать?

С другой стороны, как вы реагируете, когда вас принуждают? Притворяетесь глухим? Даете обещания, которые не собираетесь выполнять? Или вы реагируете чувством вины и выплачиваете долг презрением к себе и отчаянием?

Упражнение 3

Инструкция пациенту.

Еще одна важная ретрофлексия – чувство презрения к самому себе, самоуничижение. Когда отношения человека с самим собой нарушены, все его межличностные отношения тоже нарушены. Человек хронически пребывает в плохих отношениях с собой, если у него сложилась привычка все время оценивать себя и сравнивать свои реальные достижения со своими завышенными идеалами.

В чем вы сомневаетесь относительно себя? Не доверяете себе? За что осуждаете себя?

Можете ли вы обратить эти отношения? Кто этот Х, в котором вы сомневаетесь? Кого вы презираете? С кого хотели бы сбить спесь? Не является ли ваше чувство неполноценности скрытым высокомерием? Можете ли вы рассмотреть свое самоуничижение и увидеть в нем ретрофлексированное желание уничтожить некоего Х?

Упражнение 4

Инструкция пациенту.

Еще один важный тип ретрофлексии – интроспекция. Это рассмотрение самого себя. Наблюдающий раздвоен, отделен от наблюдаемой части, и пока это разделение не “зарастет”, человек не почувствует, что возможно самоосознание себя как целостной личности.

Рассмотрите свою интроспекцию. Какова ваша цель? Вы ищете какую-то тайну? Пытаетесь вытащить какое-то воспоминание? Надеетесь (или боитесь) столкнуться с чем-то неожиданным? Не смотрите ли вы на себя пристальным оком сурового родителя, чтобы удостовериться, что вы не наделали

недозволенного? Или вы стараетесь найти что-то, что будет соответствовать теории – например, той, которая развивается на этих страницах? Или, наоборот, вы находите, что таких подтверждений нет? Обратите подобные отношения на окружающих людей. Есть кто-нибудь, чьи “внутренности” вы хотели бы рассмотреть?

Есть ли кто-нибудь, за кем вы хотели бы строго смотреть? Независимо от цели вашего интроспектирования, как вы это делаете? Докапываетесь до чего-то? Или вы похожи на грубого полицейского, который стучит в дверь и требует немедленно ее открыть? Или вы смотрите на себя робко, украдкой, или устали на себя невидящими глазами? Или вы подтасовываете события, чтобы они соответствовали вашим ожиданиям? Фальсифицируете их путем преувеличения? Или вы выделяете только то, что соответствует вашим ближайшим целям? Обратите внимание, как функционирует ваше Я. Это гораздо важнее, чем конкретное содержание наблюдения.

Метод 3. Работа с ретрофлексией. Мобилизация мускулов

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

В здоровом организме мышцы не зажаты, не расслаблены, они находятся в среднем тоне, поддерживают позу, готовы обеспечивать движения или манипулирование объектами. В начале этого эксперимента не расслабляйтесь, пока не будете в состоянии справиться с возбуждением, которое таким образом освобождается. С самого начала будьте готовы к неожиданным взрывам гнева, выкрикам, рвоте, мочеиспусканию, сексуальным импульсам и т.п. Импульсы, которые вы можете почувствовать вначале, довольно близки к поверхности, и вы легко с ними справитесь. Тем не менее, чтобы избежать возможного замешательства, мы советуем выполнять мышечные эксперименты в одиночестве. Кроме того, если вы склонны к приступам тревожности, прежде чем предпринимать интенсивное мышечное сосредоточение, проработайте то, что вы собираетесь делать, с помощью внутренней вербализации.

Лежа, не расслабляясь произвольно, почувствуйте свое тело. Отметьте, в какой области ощущаются боли – головная боль, боль в спине, писчий спазм, желудочный спазм, вагинизм и т.д. Почувствуйте, где есть зажимы. Не “входите” в зажим и ничего с ним не делайте. Осознайте напряжения глаз, шеи, области вокруг рта. Позвольте своему вниманию последовательно пройти по ногам, нижней части туловища, рукам, груди, шее, голове. Если вы заметите, что лежите сгорбившись, исправьте положение. Не делайте резких движений, дайте возможность мягко развиваться самоощущению. Заметьте тенденцию вашего организма к саморегуляции – тенденцию отпустить что-то в одном месте, потянуться – в другом и пр.

Не обманывайте себя, что вы чувствуете свое тело в тех случаях, когда вы всего лишь визуализируете или “теоретически” знаете о нем. Если вы склонны к последнему, вы работаете с представлением о себе, а не с собой. Но это представление о себе навязано вам вашим Я с его сопротивлениями; оно не обладает саморегуляцией и спонтанностью. Оно не исходит из чувствования-осознавания организма. Можете ли вы, выжидая, не доверяя визуализации и теориям, обрести жар осознания, возникающий непосредственно в частях тела, на которых вы сосредоточиваете внимание?

Продвигаясь, обратите внимание, какие возражения каждому определенному моменту осознания могут у вас возникнуть. Не питаете ли вы презрения к физическому функционированию? Или вы стыдитесь, что вы – тело? Не считаете ли дефекацию болезненной и грязной необходимостью? Не пугает ли вас тенденция сжимать кулаки? Не боитесь ли вы нанести удар? Или того, что ударят вас? Не беспокоит ли вас ощущение напряжения в гортани? Не боитесь ли вы закричать?

В тех частях тела, которые вам было особенно трудно ощутить, при восстановлении чувствительности вы, скорее всего, испытаете острую боль, болезненную тупость, судороги. Если такие боли возникнут, сосредоточьтесь на них. Разумеется, мы имеем в виду только функциональные или “психогенные” боли, а не результаты физических повреждений или инфекций. Старайтесь не впасть в ипохондрию, но, если возникают

сомнения, обратитесь к врачу. Если возможно, найдите такого врача, который разбирается в функциональных расстройствах.

Упражнение 2

Инструкция пациенту.

Чрезвычайно полезный метод, позволяющий понимать значение определенных болей и напряжений, – это вспомнить соответствующие расхожие выражения. Как правило, они содержат веками проверенную мудрость. Например:

если у меня жесткая шея, не упрям ли я? Я высоко задираю голову: не высокомерен ли я? Я выдвигаю вперед подбородок: не хочу ли я лидировать? Мои брови выгибаются дугой: не надменен ли я? У меня сжимается горло: не хочу ли я закричать? Я насвистываю в темноте: не боюсь ли я чего-то?

Мое тело дрожит: я испуган? У меня нахмурены брови: я сержусь? Я чувствую, что разбухаю: не готов ли я разразиться гневом? Мое горло стянуто: чего я не могу проглотить? Я чувствую тошноту: чего я не могу переварить?

Упражнение 3

Инструкция пациенту.

До сих пор вы исследовали себя и мягко к себе приспосабливались. Теперь настало время явно выразить функции, которые скрыты в зажатых мышцах, превратить мышечные зажимы в контролируемое поведение. Наш следующий шаг в разрешении проблем хронических мышечных напряжений – и любых других психосоматических симптомов – состоит в обретении адекватного контакта с симптомом и присвоении его как вашего собственного.

Примените к головной боли или другому подобному симптому метод эксперимента на концентрацию. Отдайте ей свое внимание и позвольте спонтанно образовываться фигуре/фону. Если вы можете принять боль, она явится мотивирующим интересом; это ощущение, вызывающее заинтересованность. Важно уметь ожидать ее развития. Позвольте этому происходить самому по себе, без вмешательства и без предварительных идей. Если вы войдете в контакт, фигура будет становиться все

более ясной и вы сможете разрешить болезненный конфликт. Но нужно иметь в виду, что в течение длительного периода после начала работы изменения могут быть очень медленными, особенно если вы ждете с самого начала яркой драмы, то вы рискуете потерять терпение.

Боль будет перемещаться, расширять или сужать локализацию, менять интенсивность, качество и т.п. Старайтесь замечать, в каких местах и в каком направлении вы сжимаете определенные мускулы, определять форму и размеры зажимов. Будьте внимательны к каждому дрожанию, почесыванию, мурашкам на коже, вздрагиванию – короче, ко всем знакам биологического возбуждения. Такие ощущения возбуждения, вегетативные или мышечные, могут появляться волнами или быть постоянными, возрастать или убывать. По мере развития зуда, например, посмотрите, можете ли вы удержаться от преждевременного почесывания; сосредоточьтесь на нем и следите за его развитием. Позвольте возбуждению выйти на передний план. Если процедура проведена правильно, в конце концов остается ощущение здоровья и благополучия. Эта техника применима не только к психосоматическим болям, но также к усталости, неопределенным возбуждениям, приступам тревожности.

Упражнение 4

Инструкция пациенту.

При выполнении предыдущих упражнений вы, возможно, испытаете тревогу, которая является саморегуляцией – попыткой преодолеть неправильное дыхание во время усиливающегося возбуждения. Независимо от того, есть ли тревога, выполните следующее упражнение.

Сделайте 4–5 глубоких, но без усилия вдохов и выдохов. Можете ли вы почувствовать поток воздуха в горле, в носоглотке, в голове? При выдохе ртом дайте воздуху спокойно выходить и подставьте руку, чтобы почувствовать поток. Не держите ли вы грудь расширенной, даже когда в нее не входит воздух? Втягиваете ли вы живот во время вдоха? Можете ли вы прочувствовать мягкий вдох до подложечной ямки и тазовой

области? Чувствуете ли вы движение ребер по бокам и на спине? Обратите внимание на напряжения в горле; на челюсти; на носоглотку.

Особое внимание уделите напряжению в диафрагме. Сосредоточьтесь на этих напряжениях и зажимах и следите за их развитием. В течение дня – особенно в те моменты, когда вы ощущаете интерес (в работе, когда рядом кто-то сексуально привлекательный, воспринимая произведения искусства, при столкновении с важной проблемой), – обратите внимание, как вы стараетесь сдерживать дыхание, вместо того чтобы дышать глубже, что было бы естественней в такой ситуации с биологической точки зрения. Что вы удерживаете, ограничивая дыхание? Крик? Попытку убежать? Желание ударить? Рвоту? Испускание газов? Плач?

Метод 4. Работа с ретрофлексией. Возвращение действия во внешний мир

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

Сосредоточиваясь на различиях между левой и правой сторонами, вы можете в значительной степени восстановить тонкие моменты равновесия, необходимые для здоровой позы и правильного передвижения. Лягте на спину на пол. Поработайте сначала над дугами в пояснице и в шее. Хотя ни то, ни другое не висело бы в воздухе, если бы ваша лежащая поза была правильной, не старайтесь расслабиться или насильно заставить позвоночник распрямиться. Поднимите колени и слегка раздвиньте их, опираясь подошвами о пол. Это уменьшит напряжение в позвоночнике, но вы все еще можете почувствовать жесткость спины и тянущее ощущение в ногах. Позвольте телу спонтанно изменить позу на более удобную.

Теперь сравнивайте каждую часть правой стороны тела с левой. Вы найдете много различий в том, что должно быть симметрично. Ощущение, что вы лежите “совершенно криво”, выражает, хотя и в несколько преувеличенном виде, то, что есть на самом деле. Следуя внутренним импульсам в организме, по мере того как вы их замечаете, мягко меняйте позу – очень,

очень медленно, без резких движений. Сравнивайте левый и правый глаз, плечи, ноги, руки и т.д.

В процессе этой работы держите колени несколько раздвинутыми, руки свободными и неперекрытыми. Отметьте тенденцию соединять их, если она возникнет. Посмотрите, что это может означать. Вы хотите защитить ваши гениталии? Вы чувствуете себя слишком открытым и незащищенным перед миром, когда вы так лежите? Кто может напасть на вас? Или вы хотите связать себя из страха, что иначе вы распаетесь на куски? Не являются ли ваши различия правого и левого выражением желания одной рукой ухватиться за кого-то, а другой – оттолкнуть его? Пойти куда-то и в то же самое время не пойти? Когда вы пытаетесь устроиться поудобнее, как вы это делаете? Вы извиваетесь? Ежитесь? Переползаете? Не чувствуете ли вы себя в ловушке?

Очень важная взаимосвязь, как и важные различия, существует между передней и задней частями тела. Например, возможно, что в то время, когда вы делаете вид, что смотрите перед собой, на самом деле вас интересует то, что сзади вас, так что вы никогда не видите, где находитесь. Какой неизвестной вещи вы ждете сзади? Или вы надеетесь, что нечто возьмет вас приступом? Если вы склонны спотыкаться и легко падать, внимание к различиям между передней и задней частью может оказаться очень полезным.

Давая развиваться мышечным ощущениям, вы можете иногда почувствовать смутное, но сильное желание проделать определенное движение. Это может быть какое-то потягивание или вытягивание. Попробуйте последовать этому импульсу. Если чувство усилится, протяните всю руку и – как естественное продолжение этого жеста – все тело. К чему вы устремились? К матери? К отсутствующей возлюбленной? Не переходит ли в какой-то момент вытягивание рук в отталкивание? Если это так – оттолкните. Оттолкнитесь от чего-то твердого, вроде стены. Делайте это с силой, соответствующей вашему чувству.

Или, предположим, ваши губы сжимаются и голова наклоняется на сторону. Дайте вашей голове двигаться из стороны в сторону и скажите “нет!”. Можете вы сказать это твердо и

громко? Или ваш голос дрожит и прерывается? Вы просите? Оправдываетесь? Или наоборот, ваш отказ перерастает в общее чувство неповиновения и бунта, с ударами, пинками и криками? Что это значит?

При выполнении этих подражательных движений ничего нельзя достичь насильно. Иначе упражнение превратится в актерство и собьет вас с нужного пути. Ваше понимание того, что ищет выражения, должно расти из исследования и развития ваших чувств и их значения для вас. Если движения правильные и происходят в правильном ритме и в правильное время, они кристаллизуют ваши чувства и проясняют значение ваших межличностных отношений.

Метод 5. Работа с интроекцией. Интроецирование и еда

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

Сосредоточьтесь на своей еде, не читая и не думая. Моменты еды стали для нас в основном поводом для различных социальных действий. Примитивное существо уединяется, чтобы поесть. Последуйте – ради эксперимента – его примеру: один раз в день принимайте пищу в одиночестве и учитесь есть. Это может занять около двух месяцев, но в конце концов, вы обретете новый вкус. Если вы нетерпеливы, это может показаться слишком долгим. Вам захочется магических способов, быстрых результатов без усилия. Но, чтобы избавиться от своих интроектов, вы сами должны совершить работу разрушения и новой интеграции.

Отмечайте свои сопротивления при обращении к еде. Чувствуете ли вы вкус только первых кусков, впадая затем в транс “думания”, грез, желая поговорить – и при этом теряя ощущение вкуса? Откусываете ли вы куски определенным и эффективным движением передних зубов? Иными словами, откусываете ли вы кусок мясного сэндвича, который держите в руке, или только сжимаете челюсти, а потом движением руки отрываете кусок? Используете ли вы зубы до полного разжижения пищи? Пока просто замечайте, что вы делаете, без на-

мерения что-то менять. Многие изменения будут происходить сами собой, спонтанно, если вы будете поддерживать контакт с пищей.

Когда вы осознаете процесс еды, чувствуете ли вы жадность? Нетерпение? Отвращение? Или вы обвиняете спешку и суету современной жизни в том, что вам приходится проглатывать пищу? Иначе ли обстоит дело, когда у вас есть свободное время? Избегаете ли вы пресной, безвкусной пищи или проглатываете ее без возражений? Чувствуете ли вы “симфонию” запахов и фактуры пищи или вы настолько редуцировали свой вкус, что для него все более или менее одинаково?

Как обстоит дело не с физической, а с умственной пищей? Задайте себе, например, подобные вопросы относительно читаемой печатной страницы. Проскальзываете ли вы трудные абзацы или прорабатываете их? Или вы любите только легкое чтение, то, что можно проглотить без активной реакции? Или вы принуждаете себя читать только “трудную” литературу, хотя ваши усилия доставляют вам мало радости?

А как с кинофильмами? Не впадаете ли вы в своего рода транс, при котором вы как бы “тонете” в сценах? Рассмотрите это как случай слияния.

Метод 6. Работа с интроекцией. Изгнание и переваривание интроектов

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

Каждый раз во время еды один кусок – только один! – разжевывайте полностью до разжижения; не дайте ни одной частичке остаться неразрушенной, выскикивайте их языком и вытаскивайте из уголков полости рта для разжевывания. Когда вы почувствуете, что пища полностью разжижена – проглотите ее.

Упражнение 2

Инструкция пациенту.

Найдите какое-то интеллектуальное действие, эквивалентное пережевыванию куска. Например, возьмите одно трудное

предложение в книге, которое кажется “крепким орешком”, и тщательно его проанализируйте, разложите на части. Найдите точное значение каждого слова. Определите, хотя бы смутно, истинно или ложно предложение в целом. Сделайте это предложение своим или уясните, какую его часть вы не понимаете. Может быть, это не ваше непонимание, а предложение непонятно? Решите это для себя.

Еще один полезный эксперимент, использующий функциональную тождественность между съеданием физической пищи и “перевариванием” межличностной ситуации. Когда вы пребываете в беспокойном настроении: сердиты, подавлены, обвиняете кого-то, то есть склонны к “проглатыванию” – произвольно примените свою агрессию, направив ее на какую-то физическую пищу. Возьмите яблоко или кусок черствого хлеба и обратите на него возмездие. В соответствии со своим состоянием жуйте его так нетерпеливо, поспешно, злобно, жестоко, как вы только можете. Но кусайте и жуйте, а не глотайте!

Упражнение 3

Инструкция пациенту.

Хотя это и неприятно, но нет иного пути обнаружить, что в тебе не является частью тебя, кроме как восстановить отвращение и сопутствующий импульс отвержения. Если вы хотите освободиться от чуждых вкраплений, интроектов в вашей личности, вы должны, в дополнение к жевательному упражнению, интенсифицировав осознание вкуса, находить места, где вкус отсутствует, и восстанавливать его. Осознавайте изменение вкуса во время жевания, различия в структуре, консистенции, температуре пищи. Делая это, вы наверняка возродите отвращение. Тогда, как и при любом другом болезненном опыте, который является вашим собственным, вы должны принять и осознать это. Когда, наконец, появляется импульс рвоты, последуйте ему. Это кажется ужасным и болезненным только из-за сопротивления. Маленький ребенок делает это с легкостью; сразу же после этого он снова счастлив, освобожденный от чуждой беспокоившей его материи.

Упражнение 4

Инструкция пациенту.

Вот простое упражнение для того, чтобы начать работу над подвижностью застывшей челюсти. Если вы заметили, что часто сжимаете зубы или находитесь в состоянии суровой решимости, вместо того чтобы работать с легкостью и интересом, позвольте своим верхним и нижним зубам соприкасаться легко. Держите их несжатыми и не разомкнутыми. Сосредоточьтесь и ждите развития. Рано или поздно ваши зубы начнут стучать, как от холода. Дайте этому развиваться – если это произойдет – в возбуждение общей дрожи по всем мышцам. Дайте свободу этому состоянию, пока все не затрясется и не задрожит. Если вам удался этот эксперимент, используйте возможность увеличить свободу и амплитуду движений челюсти. Смыкайте зубы в различных положениях – резцы, передние коренные, задние коренные, а в это время сожмите пальцами голову между челюстями и ушами. Найдя болезненные точки напряжения, используйте их как места сосредоточения. Если вы достигли общей дрожи в этом или других экспериментах, используйте это для того, чтобы полностью освободиться от ригидности – до головокружения или до прекращения напряжения.

Попробуйте противоположное – сильно сжать зубы в любом положении, как при откусывании. Это создаст болезненное напряжение в челюстях, которое распространится на десны, рот, горло, глаза. Сосредоточьтесь на паттерне напряжения и затем так внезапно, как можете, освободите челюсти.

Чтобы вернуть подвижность жесткому рту, откройте его широко, когда разговариваете, а затем “откусывайте” свои слова. Выбрасывайте их, как пули из пулемета.

Упражнение 5

Инструкция пациенту.

В этом упражнении координируются дыхание и мышление (внутренняя речь). Поговорите про себя (молча, внутренне), но обращаясь к определенной аудитории, может быть, к одному человеку. Будьте внимательны к своей речи и своему дыханию. Постарайтесь не оставлять слов в горле (“уме”) во время вдоха;

выпускайте одновременно дыхание и мысли. Заметьте, как часто вы сдерживаете дыхание, Вы вновь увидите, как много в вашем мышлении от односторонних межличностных отношений, а не обмена; вы всегда читаете лекцию, комментируете, судите, или защищаете, расследуете и т.п. Поищите нужный ритм речи и слушания, ритм давать-брать, выдоха и вдоха. (Эта координация дыхания и внутренней речи – хотя одного этого упражнения и недостаточно – является основой терапии заикания.)

Метод 7. Работа с проекцией. Обнаружение проекций

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

Страх быть отвергнутым очень важен для всех невротиков, поэтому мы можем начать упражнения с него. Картина отвергнутости – сначала родителями, а теперь друзьями – создается, обыгрывается и поддерживается невротиком. Хотя это может иметь основания, противоположное также верно – невротик отвергает других за то, что они не живут в соответствии с фантастическим идеалом или стандартом, который он им предписывает. Поскольку он спроецировал свое отвержение на других, он может, не чувствуя никакой ответственности за ситуацию, считать себя пассивным объектом необоснованной вражды, недоброжелательства и даже мести.

Что касается вас – вы чувствуете себя отвергнутым? Кем? Матерью, отцом, сестрой, братом? Таите ли вы на них зло за это? На каких основаниях вы отвергаете их? В чем они не отвечают вашим требованиям?

Вызовите в фантазии кого-нибудь из знакомых. Любите вы его (или ее) или не любите? Любите вы или не любите ту или иную его черту или образ его действий? Визуализируйте его и поговорите с ним вслух. Скажите ему, что вы принимаете в нем то-то и то-то, но не хотите больше терпеть того-то, не выносите, когда он делает то-то и т.д. Повторяйте этот эксперимент много раз. Говорите ли вы неестественно? Неуклюже? Смущенно? Чувствуете ли вы то, что говорите? Не появляется ли тревож-

ность? Чувство вины? Боитесь ли вы, что своей искренностью можете непоправимо испортить отношения? Убедитесь в разнице между фантазией и реальностью: именно эти две вещи проецирующий обычно путает.

Теперь важнейший вопрос: не чувствуете ли вы, что это вы отвергаете – на тех самых основаниях, на которых считаете себя отвергнутым? Вам кажется, что люди смотрят на вас свысока? Если так, можете ли вы вспомнить случаи, когда вы смотрели свысока (или хотели бы так смотреть) на других? Не отвергаете ли вы в себе тех самых черт, за которые, как вы думаете, другие отвергают вас? Тощий, жирный, с кривыми зубами – что еще вы не любите в себе? Полагаете ли вы, что другие так же презирают вас за эти недостатки, как вы сами? С другой стороны, не замечаете ли вы, как вы приписываете другим качества, нежелательные в себе? Обманув кого-то, не говорите ли вы: “Он чуть было не обманул меня!”?

Упражнение 2

Инструкция пациенту.

Рассмотрите свои словесные выражения. Переведите их как с одного языка на другой: все предложения, в которых “оно” или другие безличные слова являются подлежащим, а “я” – второстепенным членом предложения, замените такими, где “я” будет подлежащим. Например: “Мне вспомнилось, что мне назначили встречу” поменяйте на: “Я вспомнил, что у меня встреча”. Ставьте себя в центр предположений, которые вас касаются; например, выражение: “Я должен это сделать” означает: “Я хочу это сделать”, или: “Я не хочу этого делать и не буду, но при этом я выдумываю себе оправдания”, или: “Я удерживаюсь от чего-то другого”. Переделайте также предложения, в которых вы действительно должны быть объектом, в такие, где вы переживаете что-то. Например: “Он ударил меня” в “Он ударил меня, и я испытываю удар”; “Он говорит мне” в “Он говорит мне нечто, и я слушаю это”.

Тщательно рассматривайте содержание этого “оно” в таких выражениях; переведите словесную структуру в визуальную фантазию. Например: “Мысль пришла мне в голову”. Как она

это сделала? Как она шла и как вошла? Если вы говорите: “У меня болит сердце”, испытываете ли вы боль по какому-то поводу всем своим сердцем? Если вы говорите: “У меня болит голова”, не напрягаете ли вы мускулы таким образом, что создаете головную боль – может быть, даже намеренно?

Вслушайтесь в язык других людей и попробуйте переводить его таким же образом. Это прояснит для вас многое в их отношениях. В то же время вы начнете понимать, что в жизни, как в искусстве, хотя важно и то, что говорится, еще важнее структура, синтаксис, стиль – они выражают характер и мотивацию.

Метод 8. Работа с проекцией. Ассимилирование проекций

Упражнение 1

Инструкция пациенту.

Чтобы растворить иррациональную “совесть”, нужно сделать два шага. Во-первых, переведите фразу типа: “Моя совесть или мораль требует...” в “Я требую от себя...”, то есть переведите проекцию в ретрофлексию.

Во-вторых, обратите последнюю в обоих направлениях, то есть в “Я требую от X” и: “X (например, общество) требует от меня”. Нужно отличать действительные требования и ожидания общества как от своих личных требований, так и от своих интроекций. Посмотрите, как вы ведете себя, становясь “совестью”. Придираетесь? Ворчите? Угрожаете? Шантажируете? Бросаете горькие, обиженные взгляды? Если вы сосредоточитесь на этих фантазиях, то увидите, сколь многое в “моральном долге” является вашей собственной скрытой атакой, что представляет собой частично интроецированные влияния и какая часть этих требований рациональна.

Метод 9. Работа в группе

Как и в других групповых методиках, после окончания каждого из описанных ниже упражнений тренер просит всех участников сесть в общий круг. Далее проводится обсуждение упражнения, при этом особо выделяются два аспекта:

во-первых, процесс выполнения упражнения (как участники его выполняли и что при этом чувствовали), а во-вторых, содержание (то, о чем участники говорили, выполняя данное упражнение). Как и во многих других случаях, процесс более важен, чем содержание, и иногда тренер может принимать решение проводить обсуждение только процесса. Тренер должен помогать группе в поиске способов, которые позволяют соотносить знания, полученные от данного упражнения, с личной или профессиональной жизнью участников. По возможности, тренер также участвует в выполнении упражнения.

После обсуждения упражнения всех просят потратить несколько минут на обсуждение своих планов на ближайшее будущее: что они собираются делать на каникулах, в отпуске, на выходных, предстоящие “выходы в свет” и т.д. Такая процедура позволяет участникам немного отстраниться от упражнений и вернуться к своим “нормальным” ролям.

Упражнение 1. Я и объект

Все участники разбиваются на пары. Затем их просят начать перемещаться по комнате и за ее пределами до того момента, пока они не натолкнутся на какой-то крупный объект, например на картину, арку или какую-то другую архитектурную или декоративную деталь. После этого один из членов пары начинает описывать данный объект, говоря от первого лица. Например, человек, остановившийся рядом с картиной, может сказать следующее: “Я большой, имею продолговатую форму. Я преимущественно выкрашен в зеленый цвет и поделен на две части. Моя нижняя половина темнее верхней...” Этот процесс продолжается до тех пор, пока не будет дано в достаточной степени подробное описание объекта. Далее члены пары меняются ролями, находят другой объект, и участник, который только что слушал, сам начинает описывать выбранный объект.

Часто мы приписываем качества, являющиеся на самом деле нашими собственными, другим людям. Например, мы можем заметить, что какой-то человек чересчур разговорчив, в то время как окружающим абсолютно ясно, что в действительности это

вы сами чересчур разговорчивы. Данное упражнение позволяет увидеть, что мы можем приписывать объектам собственные качества. По ходу выполнения или последующего обсуждения данного упражнения нередко все участники начинают понимать, что они описывали различные аспекты собственной личности, а не особенности объекта.

Тренер просит всех участников по очереди рассказать о двух вещах, которым, как они считают, им удалось научиться, выполняя данное упражнение. Участникам дается пять минут на вопросы, выражение чувств, обращения к другим участникам группы и на проговаривание всего того, что возникло в процессе выполнения упражнения.

Упражнение 2. Самоописание

Все участники разбиваются на пары, каждые двое партнеров садятся друг напротив друга. Затем один из пары начинает описывать себя в третьем лице. Описание в третьем лице может быть, например, таким: “Сергей Петров – высокий мужчина, его вес находится практически в идеальном соотношении с ростом. У него светло-коричневые волосы с легкой проседью. Он носит очки и выглядит...” Каждый участник описывает себя в течение пяти минут, затем партнеры меняются ролями.

Упражнение 3. Я и не Я

Это один из вариантов медитативного упражнения. Все участники разбиваются на пары, каждые двое партнеров садятся друг напротив друга. Затем один из них начинает описывать себя, говоря о наличии у себя какого-либо качества, а затем заявляя о его отсутствии: “Я испытываю чувство злости – и я не испытываю чувство злости... Я добрый – и я недобрый... Я человек спокойный – и я человек беспокойный...” Он продолжает говорить пять-десять минут, за это время нужно успеть рассказать партнеру о самых разнообразных собственных качествах, обозначая при этом оба полюса. Затем двое меняются ролями.

Техники позитивной психотерапии

Основные этапы терапевтической модели. Позитивная психотерапия не стремится первично объяснить возникновение определенных конфликтов, а старается понять человека в жизненной ситуации, в которой он заболевает.

Терапевтическая модель разделена на пять этапов:

- 1) наблюдение/дистанцирование;
- 2) инвентаризация;
- 3) ситуативное обозрение;
- 4) вербализация;
- 5) расширение системы целей.

Дистанцирование от конфликта. Если представить конфликт в виде картины, то пациента можно сравнить с человеком, настолько близко подошедшим к картине, что он отчетливо видит только ее детали, но не в состоянии рассмотреть целиком и поэтому не понимает ее смысла. На первом этапе лечения психотерапевт должен помочь пациенту как бы отстраниться от создавшейся конфликтной ситуации, рассмотреть ее со стороны и постараться составить о ней полное представление. При этом важно помнить о культуральных особенностях пациента, о традициях и обычаях страны, в которой он воспитывался и живет.

Проработка конфликта. Отстранившись от конфликта и “увидев” его в целом, далее нужно тщательно проработать каждую его деталь. Не следует забывать о четырех основных сферах разрешения конфликта. Врачу совместно с пациентом важно выяснить, какое влияние оказал конфликт на самого больного, на его профессию, семью, межличностные отношения, социальный статус и т.п. Следует разобраться, какое влияние на формирование конфликта оказали взаимоотношения родителей, ближайшее окружение, внешняя среда, какую роль при этом сыграли личностные особенности самого пациента. Только после тщательного анализа конфликта следует переходить к следующему этапу лечения.

Ситуативное одобрение. В конфликте обычно участвуют не менее двух людей, и у каждого из них есть как отрицательные, так и положительные личностные качества. Ситуативное одо-

брение – это прежде всего попытка переставить акцент с отрицательных качеств своего партнера (партнеров) по конфликту на положительные. А таковые обязательно присутствуют даже у очень сильно обидевшего вас человека – нужно только попытаться найти их. Да и попытки критически оценить собственные недостатки тоже небесплодны.

Вербализация. Этот этап лечения подразумевает обсуждение конфликта. Следует беседовать с пациентом о конфликте, а не о предполагаемых его последствиях. Беседа должна быть конфиденциальной и доверительной. Терапевту следует честно высказать свой взгляд на решение конфликта, а пациент сам решит – воспользоваться этим советом или нет. Расширение жизненных целей. Пациент, охваченный конфликтной ситуацией, всю энергию вкладывает в нее (или в ее последствия). Роль психотерапевта в этом случае заключается в том, чтобы понять непропорциональность распределения жизненной энергии и попытаться вместе с пациентом перераспределить ее между четырьмя основными сферами разрешения конфликта. Кроме того, помимо конфликта всегда существуют более важные жизненные цели, куда можно вложить часть этой энергии. Партнер приносит человеку конфликты, сложности, проблемы и кризисы. Одновременно с этим он дает также шанс дальнейшего развития личности и адекватного решения этих конфликтов. Конфронтация во многих сферах человеческих взаимоотношений по-своему может быть благоприятной: в отношениях родителей и детей, отношениях с партнером и его родителями, взаимоотношениях с окружающими. Видеть в горе только горе, а в конфликте – только разногласия, означает глубокое непонимание, что в воспитании и психотерапии кроются необозримые возможности. Отсюда ясно, что недостаточно спрашивать лишь о “почему” какого-то нарушения, страдания или испытания. Вы останетесь непонятыми, если затем не будет задан вопрос “для чего”, который означает реинтеграцию, тенденцию к единству и дальнейшему развитию.

Позитивная психотерапия может сочетаться с другими методами психотерапии или применяться самостоятельно. Чаще всего практикуется кратковременная терапия, состоящая из

20–30 занятий длительностью около 50 минут. Как правило, уже спустя относительно короткое время (10–15 встреч) наступает существенное улучшение состояния. Контрольные исследования через год в большинстве случаев выявляют стойкий терапевтический эффект. Имеется опыт лечения методом позитивной психотерапии партнерских проблем, трудностей воспитания, депрессий, фобий, сексуальных расстройств, психосоматических заболеваний, таких как болезни желудка и кишечника, ревматические жалобы, диабет и астма. Метод также неоднократно использовался при лечении психопатий и шизофрении. Особый успех наблюдается в лечении невротических и психосоматических расстройств.

Ниже приведены девять тезисов позитивной психотерапии.

- 1) Позитивная психотерапия учитывает позитивные аспекты каждой болезни. На практике это выглядит следующим образом: мы спрашиваем о том значении, какое имеет симптом для человека и его социальной группы, выделяя при этом позитивное значение: какие позитивные аспекты имеет покраснение? Какие преимущества обеспечивает заторможенность? Какие функции выполняют нарушения сна? Что значит для меня тот факт, что у меня есть страх или депрессия? и т.д.
- 2) Теория микротравм учитывает содержание конфликта и его динамику. Исходя из вопроса “Что общего у всех людей (осознание общности и единства) и чем они различаются (осознание индивидуальности и единственности)?”, позитивная психотерапия описывает содержание конфликта (актуальные и базовые способности). Зачастую это вовсе не глобальные потрясения, которые приводят к нарушениям и расстройствам, а постоянно повторяющиеся маленькие душевные раны, которые в конечном итоге формируют характер, особенно подверженный отдельным конфликтам (“Капля камень точит!”).
- 3) Транскультурное мышление является основой позитивной психотерапии. Оно включает множество индивидуально, семейно и культурно обусловленных явлений и предполагает единство в многообразии.

- 4) Концепции, мифология и восточные притчи целенаправленно включаются в терапевтическую ситуацию. Притчи способствуют ликвидации внутреннего сопротивления и облегчают осуществление самопомощи, дополняющей психотерапевтические мероприятия.
- 5) Каждый человек неповторим. Лечение соответствует потребностям больного.
- 6) Члены семьи включаются в терапевтический процесс.
- 7) Понятия позитивной психотерапии доступны каждому: речевые барьеры устранены (равенство шансов в психотерапии).
- 8) Позитивная психотерапия предлагает базовую концепцию для работы с любыми болезнями и расстройствами; она определяет три отправные точки: профилактика, собственно лечение и реабилитация (универсальность применения).
- 9) Позитивная психотерапия предлагает своим содержанием процессом такую концепцию, в рамках которой могут рационально применяться и дополнять друг друга различные методы и специальные направления (мета-теоретические и метапрактические аспекты).

Позитивная психотерапия на примере самопомощи при головных болях

Человек, страдающий головными болями, находится в двойственном положении. С одной стороны, он стремится серьезно и активно работать головой, а с другой – эта самая голова из-за болей являет собой удручающее препятствие. Происходит неосознаваемое символическое отражение подавляемых чувств. Типичный пациент с головными болями – это обязательный, добросовестный, аккуратный, неуклонно стремящийся к достижениям и успеху человек, который, тем не менее, терпит крушение, почти достигнув своей цели. Высокую интеллектуальность пациентов с головными болями отмечают почти все авторы, указывая при этом на слаборазвитую эмоциональную сферу.

Если, например, гнев или разочарование проявляются в виде головной боли, то телесную симптоматику обычно легче принять человеку, чем психическую.

Часто люди с головными болями – выходцы из семей, где высоко ценят разум и достижения. Родители нередко были сами людьми деятельными и не могли уделить своим детям ни достаточно тепла, ни времени и терпения, отводя мало внимания даже собственным телу и чувствам, а также – общению. Дети усваивают концепцию, что они живут не ради себя, а прежде всего для своей рациональной деятельности. Неспособные расслабиться или получать удовольствие, они сами теперь подставляют свою голову под это давление, выбирая себе такие цели, которых они не в силах достичь. Отношения с другими людьми также часто строятся в зависимости от того, насколько это выгодно для достижения цели.

Характерными концепциями для лиц с головными болями являются “У меня нет времени”, “Прежде всего, работа”, “Я все сделаю сам”, “Я не делаю наполовину” и “Нужно же хоть чуть-чуть думать головой”.

Попробуйте ответить на следующие вопросы, и возможно ваши ответы помогут вам в причинах, вызывающих головные боли.

1. Вы когда-нибудь размышляли так, что “ломали голову” или “голова трещала”? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Ваших головных болей? О чем они Вам говорят?
2. Почему сужаются кровеносные сосуды в Вашей голове? Кто-то не обратил на Вас внимание, “перепрыгнул через Вашу голову”? Делали ли Вы что-нибудь “сломя голову”?
3. Считают ли Вас “светлой головой” или “глупцом”? Часто ли Вы кажетесь “безголовым”, теряя рациональный контроль над собой?
4. Можете ли Вы открыто выражать свои чувства?
5. Является ли для Вас общение с гостями разгрузкой и расслаблением, или Вы еще в преддверии встречи начинаете волноваться: “Будут ли они довольны?”, “После придется опять все убирать”.

6. Думаете ли Вы о своем будущем пессимистично? Характерно ли для Вас быть всегда в заботах?

Работа с мотивацией

Важнейшим этапом терапии является работа с целями, или, если говорить грамотнее, работа с мотивацией. Прежде всего следует письменно ответить на самый главный вопрос: для чего мне быть здоровым?

Необходимо очень четко осознавать какие положительные изменения произойдут в жизни, когда вы избавитесь от болезни. Нужно ярко увидеть и почувствовать как изменится ваш внешний вид, самооценка, самочувствие, отношение окружающих, активность, в целом качество жизни.

Считается, что мотивация достаточна и цели будут работать и помогать добиваться результата, если у человека есть как минимум 7 целей, ради которых он готов бороться с болезнью. Цели должны быть конкретны и позитивны. Именно тогда они будут являться своеобразной программой, которую будет реализовывать мозг.

Вы написали ваши цели. А теперь поработаем над ними так, чтобы они стали эффективными и работающими, действительно способствующими Вашему выздоровлению. В психологии существует целое отдельное направление – психолингвистика, помогающее формулировать наши цели так, чтобы они становились реальными и достижимыми. Ниже будут изложены критерии, согласно которым нужно будет (обязательно письменно) раскрыть Ваши цели похудения.

Прежде всего цель должна быть максимально конкретна. Так, в США в 60-х годах XX в. провели эксперимент: собрали учеников колледжа и попросили написать, какими они видят себя через десять лет. 93% написали, что они хотят быть здоровыми, красивыми, богатыми и успешными. Только около 7% написали, что хотят работать в конкретной компании с конкретным заработком и т.п. Когда через десять лет сравнили их записи с реальными достижениями, то добились своих целей именно те, кто планировали свою жизнь максимально конкретно.

Цели должны быть позитивны. Мы не планируем то, чего не будет. Мы четко прописываем то, что получим. Поэтому при постановке цели мы не используем слова “нет”, “без” и не создаем отрицательные, негативные образы.

Начинаем формулировать цель, создаем образ, причем в какой-то конкретной жизненной ситуации и, следующий шаг – обязательно на несколько мгновений как-бы войти внутрь, ассоциироваться с полученным образом. Почувствовать, каково это будет жить, двигаться, работать, общаться с другими людьми, когда станете здоровы.

Например, если цель о легкости и хорошем самочувствии, то в какой ситуации и как Вы испытываете эти переживания. Обязательно должны присутствовать цели, ориентированные на отношения (тоже уточняя, о чем идет речь). Если целью станут новые хобби (танцы, фитнес, ролики), то опишите подробно, когда и где начнете заниматься, как будете выглядеть и как будете себя чувствовать.

И главное – не надо бояться планировать положительные изменения в своей жизни. Вложите в написание целей всю свою фантазию, расцветите их, прочувствуйте и, читая, уже сейчас постарайтесь ощутить все хорошее, что приобретете вместе со своей стройностью.

Задание: максимально четко, конкретно и позитивно напишите, как минимум, 7 целей Вашего выздоровления.

Работа с эмоциональным состоянием

Многие болезни, неудачи, проблемы со здоровьем не являются случайными и прежде всего связаны с нашим эмоциональным состоянием. С самого момента нашего пробуждения на наше сознание начинают действовать как положительные, так и отрицательные эмоции. Отрицательные эмоции – это не только конфликты, неудачи, неприятности на работе, но и плохая погода, раннее пробуждение, скука, поездки в переполненном транспорте и другие, казалось бы, незначительные мелочи – все это способствует накоплению отрицательной эмоции. Рано или поздно отрицательных эмоций становится больше и проявляют они себя следующими основными способами:

Обострение психосоматических заболеваний. При этом “выходе” отрицательных эмоций человека начинают беспокоить его хронические болезни или постепенно зарождаются новые. Вообще, отмечается общее недомогание, апатия, нежелание активно чем-либо заниматься. Такие пациенты часто безуспешно переходят от одного врача к другому, пытаясь найти источник болезни, но, подлечив какой-то один орган, как правило, начинают испытывать боль в другом.

Другим признаком накопления отрицательной эмоции является изменение поведения и эмоционального самочувствия. Такие лица ощущают постоянную подавленность, плохое настроение, слезливость, видят настоящее и будущее в черном свете. Или наоборот, становятся агрессивными, взрывчатыми и даже, отдавая себе отчет в неправильности своих действий, все равно ничего не могут с собой поделать, так как чувствуют, что если не будут выплескивать эту агрессию на окружающих, то она буквально разорвет их изнутри.

Часто, пытаясь компенсировать “стресс” человек приобретает так называемые зависимости или вредные привычки. Прежде всего, это алкоголь, курение, переедание, чрезмерное увлечение работой, хобби, которые часто становятся основным и любимым занятием в жизни человека и т.п. Эти привычки и становятся тем источником, который предоставляет человеку недостающие положительные эмоции, но, к сожалению, все они приводят к плачевным последствиям – алкоголизму, ожирению, переутомлению и. т.п., то есть к саморазрушению. Поэтому необходимо тщательно продумать – как будете учиться доставлять себе положительные эмоции. Для того, чтобы полнее проанализировать источники положительной и отрицательной эмоции в своей жизни мы предлагаем Вам вспомнить свой обычный будничный день и, обращая внимание на самые незначительные действия, рассмотреть какую эмоцию они Вам приносят. Например, идти пешком на работу – отрицательная эмоция, а принимать вечером ванну – положительная; рано просыпаться – отрицательная, а разгадывать кроссворд – положительная и т.д. Затем нужно продумать какие изменения Вы можете внести в свою жизнь. Быть может, Вы позволите себе немного

отдохнуть днем, прогуляться перед сном или перестанете исполнять неприятные обязанности. Вспомните о своих любимых занятиях или хобби – читать, разводить цветы, рисовать, рыбачить, смотреть телевизор и позвольте себе заниматься этим как можно больше. Каждая приятная мелочь, которую Вы доставите себе – это очередной шаг к выздоровлению.

Итак, прежде всего нужно сознательно доставлять себе удовольствия, дарить подарки, позволять себе отдыхать и получать максимум положительных эмоций в простых каждодневных действиях!

Задание: написать список, который мы условно называем “33 удовольствия”. Это список того, что доставляет Вам положительные эмоции, помогает отдохнуть и расслабиться. Этот список состоит из трех групп. Первая группа (приблизительно 10, можно больше пунктов) – это те удовольствия, которые уже есть в Вашей жизни. Вторая группа – те удовольствия, которые могут появиться в Вашей жизни в ближайшее время (то есть, как вы дополнительно сможете радовать и развлекать себя в период выздоровления). Третья группа – те удовольствия, которые появятся в Вашей жизни, когда Вы избавитесь от болезни.

Списки удовольствий, которые Вы написали, нужно начать использовать в своей повседневной жизни. Поэтому мы переходим к одному из самых главных заданий для худеющего человека.

Задание: каждое утро, проснувшись, Вы задаете себе вопрос: как я могу сегодня себя порадовать, побаловать, развлечь?

Вторичные выгоды болезней

Также мы обсудим еще одну серьезную и часто неосознаваемую причину болезней. Это так называемые бессознательные выгоды. Бывает так, что человек, не будучи готовым решать какие-то проблемы своей жизни, списывает их на болезнь. Тогда болезнь, выполняя важную психологическую функцию, буквально “мертвым грузом” повисает в жизни человека. Эту работу мы начинаем с вопроса: а что хорошего могло быть в моей болезни? Какие задачи я решал с ее помощью?

На этот вопрос большинство пациентов отвечают, что нет в этом ничего хорошего. Давайте разберемся с этим вопросом, не

пытаясь кривить душой или обмануть самого себя. Иногда человеку просто бывает “выгодно” болеть, чтобы вызвать жалость к себе или добиться каких-либо преимуществ. Таким образом он манипулирует окружающими – “не лезь ко мне, я себя плохо чувствую”, “мне и так тяжело”, “я не могу нагнуться” и т.д.

Задание: подумайте и напишите, что в своей жизни объясняли или оправдывали своей болезнью.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ РАБОТЫ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Работа с психосоматическими реакциями, на наш взгляд, во многом начинается с проработки эмоций и когниций в целом. Необходимость замечать эмоцию, называть ее, записывать в дневник, не стыдиться ее, отслеживать причину (триггер) уже оказывает терапевтический эффект. Центральное место в когнитивно-поведенческом подходе отведено работе с деструктивными мыслями (автоматическими мыслями, когнициями), которые приводят к возникновению негативных эмоций или их усилению. Они также могут приводить к замалчиванию эмоций и их накоплению. Ниже представлена работа с гневом. Важный этап работы с негативными чувствами заключается в обучении методам рексации.

Работа с гневом

Цель обучения заключается в формировании и выражении гневных аффектов, повышении способности индивидуума справляться и выражать эти аффекты социально приемлемым способом. Речь идет о прямом терапевтическом вмешательстве, которое может происходить как в индивидуальном порядке, так и в группах. После занятий с терапевтом пациент практикуется в этом навыке самостоятельно в реальных ситуациях.

Обучение состоит из следующих этапов:

сначала терапевт объясняет пациенту, какие факторы влияют на реакцию гнева:

- 1) рискованные ситуации, обстоятельства и различные возбудители (внешние, ситуативные факторы – определен-

- ные люди, место или время суток), которые потенциально провоцируют гневную или яростную реакцию пациента;
- 2) внутренние возбуждающие и сопровождающие эмоциональные и соматические факторы (чувства пациента, жажда, физические симптомы, уровень усталости), которые повышают вероятность гневной реакции;
 - 3) когниции (автоматические мысли, воспоминания, представления и позиции), которые увеличивают вероятность гневной реакции и обосновывают ее в качестве правильной и необходимой;
 - 4) навыки пациента, которые позволяют нейтрализовать или усиливать внутренние возбудители.

Затем терапевт совместно с пациентом составляет список факторов, которые наблюдаются у больного. Можно, например, попросить пациента описать последнюю гневную реакцию и определить отдельные факторы.

Пример описания эпизодов гнева.

Обстоятельства. Я возвращался уставший с работы и был огорчен тем, что придется делать покупки.

Возбудитель. Уборщица закричала на меня, когда я наступил на вымытый пол в подъезде.

Эмоции. Резкий гнев.

Физические реакции. Напряжение в мышцах, учащенное дыхание и сердцебиение, покраснение.

Мысли. Да как она посмела! Какое право она имеет кричать на меня! Дура!

Поведение. Крик на уборщицу, упрек в том, что моет подъезд очень редко, да еще в то время, когда люди идут с работы.

Последствия.

- 1) Непосредственные. Сброс напряжения; мысли: “Он это заслужил!”
- 2) Долгосрочные. Чувство стыда; мысли: “Будет обо мне думать, что я дурак”.

Навыки.

- 1) Конструктивные. Я смогу перед ней извиниться, я переборщил, потому что после работы нахожусь в стрессе.

- 2) Неконструктивные. Я могу подкрепить гневную реакцию оправданием, что уборщица ее заслужила и т.д. Потом я себя обвиняю, что в дальнейшем увеличивает мое напряжение.

На основе этого описания пациент обычно понимает, как различные факторы влияют на его гневную реакцию. Его следующей задачей является составление списка событий и возбудителей, которые обычно вызывают его гневную реакцию, рассмотрение эмоций, поведения и мыслей во время этой реакции, а потом последствий (непосредственных и долгосрочных, а также конструктивных), а затем тех, которые помогают поддерживать это поведение.

Таблица 3

Пример ведения дневника гнева пациентом

Обстоятельства	Постоянная усталость. Принес домой зарплату
Триггер	Жена меня обвиняет, что я мало зарабатываю. Также меня обвиняет в других ситуациях, которые далеко в прошлом
Автоматические мысли	Что себе эта корова позволяет, когда сама ничего не делает! Она это делает нарочно! Я ей еще покажу! В следующий раз она себе такое не позволит!
Эмоции	Усиление чувства гнева
Физические реакции	Физическая напряженность в спине и руках. Напряженность в голове. Учащенное дыхание. Затуманенное зрение
Поведение	Первоначально молчу, не реагирую, потом говорю ей, чтобы она перестала. Вдруг я закричу ей: “Закрой рот!” После следующих упреков я ей дал пощечину
Последствия	Кратковременное облегчение стресса. Я думаю, что она этого заслуживает. Долгосрочные: мне жаль, что я не смог себя контролировать. Я укоряю себя за это, чувствую себя беспомощным в управлении своими эмоциями. Жена не разговаривает со мной
Конструктивное действие	Сейчас извинюсь и объясню, что я был усталым и не сумел взять себя в руки. Но также я скажу ей, что я был уставшим, и ее предупреждал об этом. Но она пренебрегла мною. В следующий раз сразу скажу ей, что мне не нравятся ее упреки, и попробую не позволять накопиться отрицательным эмоциям

От пациента мы, как правило, хотим, чтобы он записывал свои гневные реакции – каждую ситуацию, ее обстоятельства, возбудителей, когниции, эмоции, физические реакции, поведение, последствия и способы, как конструктивно реагировать на происходящее не только в данный момент, но и в будущем.

Следующий шаг заключается в совместной проработке навыков, как по-разному реагировать на ситуации, вызывающие это чувство:

- а) контролировать возбудители и обстоятельства. Например, во время усталости пойти позаниматься спортом, при напряжении – расслабиться, на неприятные замечания реагировать ассертивно, не теряться перед ожидаемой стрессовой ситуацией, подготовиться к трудной встрече с помощью предусмотренных важных моментов и т.д.;
- б) контролировать когниции: переосмыслить типичные автоматические мысли и представления, которые возникают в критической ситуации, подготовить самоуспокаивающие мысли, определить малоадаптивные позиции и нереалистичные ожидания, которые относятся к ситуации. Например, пациент, который пришел домой с зарплатой, ожидает, что его жена будет ему благодарна и будет рада, что он смог удержаться на рабочем месте, несмотря на то, что работа приносит относительно небольшой доход.

Следующий шаг предлагает изменить гневное поведение. Этого можно достичь с помощью ролевых игр, где пациент научится по-другому реагировать на упреки жены. Мы начинаем контролировать последствия. Важно отдохнуть после аффекта. Лучше всего, если пациент научится сразу извиняться и идти заниматься неприятной работой (например, мыть туалет). Он также учится не обвинять себя за такое поведение, но вместо этого сделать что-то значимое.

Окончательный этап представляет собой обучение пациента находить альтернативное когнитивное самоутверждение, которое поможет ему справиться с ситуациями, которые вызывают гнев. Например, “Мне не нравится, что он делает, но я смогу это вытерпеть и не вспылить! Я смогу быть выше этого! Я смогу

выдержать ее упреки, она выскажется, а затем успокоится”. Пациент учится снижать напряжение с помощью контролируемого дыхания, релаксации мышц или счета до 10, прежде чем среагировать. Важной составляющей контроля является обучение ассертивности как конструктивному способу выражения напряжения и гнева.

Управление тревогой

Управление тревогой по своей структуре не слишком отличается от управления гневом. Целью управления тревогой является снижение склонности к возникновению и проявлению негативных эмоций (не только беспокойства, но и страха, раздражения, гнева) и увеличение способности пациента испытывать и выдерживать эти эмоции. Речь идет о работе, проводимой терапевтом в индивидуальном порядке или в группе. Терапевтическая программа обычно включает следующие этапы.

Происходит сопоставление ситуаций и возбудителей беспокойства. Выявляются внешние возбуждающие факторы, (специфическое поведение других людей, или конкретный вид деятельности, приводящий к внутренней напряженности и возбуждению); внутренние факторы, (физические реакции и мысли, которые делают пациента более уязвимым к отрицательным эмоциям). Пациент учится описывать ситуации и стимулы, которые в нем вызывают тревогу, в соответствии с моделью АБВ:



Рис. 6. Пример АБВ модели

В период между терапевтическими сеансами пациент записывает ситуации, которые вызывают тревогу и страх, и делает соответствующие записи компонентов своих тревожных реакции – беспокойные мысли, физические симптомы и открытое поведение. Эти записи необходимо рассмотреть с терапевтом,

обсудить используемые методы и, возможно, найти альтернативные, которые можно использовать, или тренировать навыки для преодоления трудных ситуаций.

Далее пациент обучается расслаблению мышц и контролю дыхания.

После этого происходит постепенное воздействие (т.е. подвергание себя) пугающих ситуаций. В результате происходит модификация мыслей, которые вызывают беспокойство, т.е. обучение внутренней речи в опасной ситуации (“Моя человеческая ценность не зависит от моего я в состоянии что-либо показать перед людьми. Поэтому я не потеряю работу. Это лишь ее малая часть”).

Цель обучения заключается в помощи пациенту самостоятельно справляться как с признаками тревоги, так и с настоящими либо будущими жизненными ситуациями, которых он опасался и избегал.

Тревожное ипохондрическое расстройство также лечится с использованием когнитивно-поведенческого подхода.

Терапевтические вмешательства при ипохондрическом расстройстве

Основные терапевтические вмешательства при ипохондрическом расстройстве включают:

- 1) анализ проблемы;
- 2) психообразование;
- 3) когнитивную реструктуризацию с поиском альтернативных объяснений;
- 4) экспозиционную терапию: предотвращение избегающего поведения, устранение защитного поведения режима безопасности, экспозицию в воображении (воздействие физических переживаний болезни, представлений о собственной смерти);
- 5) практику релаксации (прогрессивную мышечную релаксацию);
- 6) постепенное и регулярное повышение физической активности;

- 7) дыхательные упражнения (успокаивающее дыхание, контролируемую гипервентиляцию);
- 8) практику осознанности (mindfulness);
- 9) решение жизненных проблем;
- 10) профилактику рецидивов.

Анализ проблемы

Основной шаг – пробуждение у пациента мотивации на лечение. Самым важным моментом для получения мотивации может стать ощущение пациента, что терапевт понимает его. Пациент, как правило, обеспокоен тем, что его будут подозревать в сознательной симуляции симптомов. Психотерапевт старается избежать конфронтации, в противном случае мы рискуем, что пациент больше не придет.

Очень важна поддержка пациента в выражении его эмоций. Психотерапевт не поддерживает его убеждение в наличии у него серьезного заболевания, однако, поддерживаем самого пациента (больной нам точно и подробно описал всю ситуацию, он ответственный) и его эмоции (это должно быть трудно для него, понятно, что у него присутствуют опасения, и т.д.). Вначале психотерапевт должен быть осторожен при исследовании социальной ситуации больного, в особенности близких отношений, потому что пациенту при его страданиях хочется верить, что хотя бы одна его социальная ситуация осталась нетронутой. Об этой социальной ситуации важно спросить его, потому что должны понимать контекст, в котором развилось расстройство и в котором оно поддерживается. Тем не менее психотерапевт должен избежать всех причинных интерпретаций. В процессе терапии следует повторно заниматься анализом проблем – исследовать и описывать поведение пациента (защита, контроль, измерение, заверение), которое служит для нейтрализации беспокойства, ищем его когнитивные и эмоциональные компоненты. Пациенту дается предписание по прекращению данного защитного поведения. Постепенно он тренирует новые, здоровые формы убеждений и поведения.

Психообразование

В процессе лечения терапевт предлагает альтернативное, менее угрожающее объяснение проблем. Так происходит посте-

пенное образование о происхождении физических проблем. Это альтернативное объяснение основывается на когнитивной модели “опасения о здоровье”, основа которой – факт, что больной интерпретирует ряд общих физических ощущений в качестве признаков серьезной болезни систематически искаженным образом. Важно, чтобы это альтернативное объяснение соответствовало прошлому опыту пациента и помогло ему понять и его будущие переживания. Альтернативные объяснения не представляются пациенту лишь в качестве единственной правды, а как возможность, над которой он может задуматься и проверить ее достоверность посредством проведения эксперимента.

Когнитивная реструктуризация с поиском альтернативных объяснений

Проходит работа как с мыслями по поводу заболевания, страха заболеть, так и с мыслями относительно здоровья в целом. Речь идет о точке зрения типа “здоровье – означает отсутствие физических симптомов; симптом тождественен болезни”.

Поведенческие эксперименты

Цель бихевиоральных экспериментов – показать пациенту, что его симптомы зависят и от иных факторов, чем те, которые он рассматривает в качестве основных.

По мнению пациентов, большинство форм поведения, которые появляются при ипохондрическом расстройстве, используются в профилактических целях и поэтому их довольно трудно изменить без изменения убеждений, на которых они основаны.

Экспозиционная терапия

Экспозиция в естественных условиях значит воздействие на пугающие ситуации, например, кладбища, больницы и т.д. Другой метод – воздействие пугающих физических ощущений (гипервентиляция, физические упражнения), катастрофических мыслей и представлений с предотвращением защитного и избегающего поведения.

Частью когнитивно-поведенческой психотерапии являются физические упражнения и **обучение релаксации**. Оба метода представляют сильную экспозицию в естественных условиях – пациент долгое время избегал физических движений и вначале

при релаксации он более остро осознает свои физические ощущения, так как не отвлекает от них свое внимание на другие виды деятельности.

Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону

Сначала разучивается и тренируется расслабление некоторых групп мышц, включая мимические и голосовые; разные авторы приводят от 10 до 18 упражнений; каждое упражнение сначала воспроизводится при помощи реального движения, а затем без движения, мысленно, путем припоминания ощущений.

Затем тренирующийся при помощи тщательного и многократного самонаблюдения выясняет какие мышцы напрягаются у него при отрицательных эмоциях.

Используя навыки, полученные на первом этапе, практикующий расслабляет выявленные на втором этапе группы мышц и таким образом добивается самоуспокоения.

Ключевой элемент методики – сочетание упражнений на напряжение и расслабление мышц. Обычно работа с мышцами ведется сверху вниз (лицо, шея, плечи, руки, грудь, живот, мышцы ног, полное расслабление всего тела), либо снизу вверх. Рекомендуются повторить цикл “напряжения – расслабления” по 3 раза для каждого участка.

Решение жизненных проблем

В процессе лечения мы переходим от симптомов к межличностному контексту и жизненным проблемам. В этом процессе нам вначале помогает анамнез, расшифровка биографических, в особенности, социально обременительных отношений, соотношение между жизненными событиями и появлением симптомов. Вначале важно не интерпретировать, а мягко предупреждать о временном соотношении

Профилактика рецидивов

Ипохондрическое расстройство часто деморализует больного, заглушает в нем чувство перспективы и надежды. Мы обсуждаем гармоничный образ жизни, который повышает адаптацию к возможному стрессу. Следующий шаг – устранение стрессовых ситуаций в будущем, на которые пациент

может реагировать посредством развития других опасений о своем здоровье. Важно обсудить стратегии, которым пациент научился в процессе терапии, чтобы он мог использовать их в случае возникновения стресса. Пациент должен быть готов к тому, что у него могут быть неудачи, что его состояние может ухудшиться, однако он может использовать это испытание для того, чтобы сделать определенные выводы. Если пациент не готов к тяжелому жизненному этапу, он может впасть в уныние. Поэтому на последних сеансах необходимо подготовить пациента к тому, чтобы он был в состоянии самостоятельно справиться с возможными неудачами без соответствующей поддержки терапевта. Он должен подумать о том, при каких обстоятельствах его проблемы могут снова появиться с большей вероятностью, и подготовить план, как он будет решать эти возможные задачи. Этот кризисный план должен быть подготовлен в письменном виде.

Контрольные вопросы

1. Что такое алекситимия?
2. Назовите признаки маскированных депрессий.
3. В контексте каких психотерапевтических подходов изучалась соматизация?
4. В чем различие конверсии и соматизации?
5. Назовите слабые стороны концепции психовегетативного синдрома.
6. В чем заслуга психоанализа при изучении психосоматических расстройств?
7. Что такое конверсия?
8. Назовите методы позитивной психотерапии.
9. Расскажите о методах релаксации при лечении психосоматических расстройства.
10. Назовите психологические защиты личности.
11. Как работать с гневом?
12. Как вести когнитивно-поведенческий дневник?
13. Какие техники гештальт-терапии для лечения психосоматических расстройств вы можете назвать?
14. Какие техники из НЛП могут помочь при работе с психосоматическими расстройствами?
15. Назовите техники работы с головными болями.
16. Приведите пример психотерапии тревоги.
17. Проведите психообразование пациенту с психосоматическими расстройствами.

Л и т е р а т у р а

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Под ред. С.Л. Шишкиной: Пер. с англ. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с.
2. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. – М.: Медицина, 1968. – 540 с.
3. Ануфриев, А.К. Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний / Под ред. В.С. Ястребова, А.К. Ануфриева, М.А. Лисиной – М., 1990. – 112 с.
4. Боброва М.А. Эмоциональные, когнитивные и личностные нарушения при соматоформных расстройствах – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 23 с.
5. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.
6. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 37 с.
7. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные расстройства: Справочник. – М.: Триада, 2000. – 256 с.
8. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В. Психология и психопатология аффективных расстройств. – М.: МБА, 2005. – 276 с.
9. Ковалев Ю.В. Психосоматические расстройства. Клинико-патологические особенности личности. – М., 2002. – 272 с.
10. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
11. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. и др. Распространенность психических расстройств у больных первичной медицинской практики в Москве и методы их выявления // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: Избранные труды: Материалы научно-практической конференции с международным участием / Под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Изд-во СПб. научно.-исслед. психоневрол. института им. В.М. Бехтерева, 2009. – С. 157-158.
12. Лебедева Н.М., Иванова Е.А. Путешествие в гештальт. – СПб.: Речь, 2004. – 560 с.
13. Лекомнищев В.Т., Каменщиков Ю.Г., Репина Л.Л., Панченко Е.А. Личность и болезнь.– Ижевск, 2001. – 84 с.

14. Можны П., Шлепецки М., Прашко Я. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. – 1072 с.
15. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
16. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
17. Харитонов С. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. – М.: Психотерапия, 2009. – 176 с.
18. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. – М.: МЕДпресс, 2005. – 1024 с.
19. Barsky A. J., Nakao M. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine // BioPsychosocial Medicine. – 2007. – V1. – P.1-17.
20. Barsky A.J., Ettner S.L., Horsky J., Bates D.W. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization // Medical Care, 2001. – V.7. – №. 39. – P.705-715.
21. Delius L. Psychosomatic diseases in a broad sense, particularly psychoautonomic syndromes // Der Internist. – 1972. – T.13. – №10. – С.414-420.
22. Delius L., Fahrenberg J. Psychovegetative Syndrome – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1966.– 290 p.
23. Lipowski Z.J. Psychosomatic Medicine: An Overview // Modern trends in psychosomatic medicine 3/ Hill O. – London: Butterworths, 1976. – P.1-20.
24. Lopez Ibor J.J. Masked Depressions. The Forty-fifth Maudsley / Lecture, delivered before the Royal Medico-Psychological Association, 20 November 1970 // British Journal of Psychiatry. – 1972. – № 120. – P. 245-258.

Особенности психотерапии психосоматических расстройств

Учебное пособие

<i>Заведующая редакцией</i>	<i>Н.Б. Гончарова</i>
<i>Редактор</i>	<i>Л.Б. Абрамова</i>
<i>Компьютерная верстка</i>	<i>М.М.Абрамовой</i>

Подписано в печать 3.05.2023 г.
Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 6,75.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.