

И. Г. Малкина-Пых

---

# ПСИХОСОМАТИКА

СПРАВОЧНИК ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

*Ирина Германовна Малкина-Пых — психолог,  
д-р физ.-мат. наук в области системного анализа  
и математического моделирования  
сложных биофизических систем*

*Оформление художника С. Киселевой*

**Малкина-Пых И. Г.**

**М 18      Психосоматика: Справочник практического психо-  
лога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.**

**ISBN 5-699-06449-4**

Книга посвящена теме, интересующей разнообразную аудиторию: от профессионалов-практиков до дилетантов, заинтересованных состоянием собственного здоровья. Автор предлагает три аспекта рассмотрения проблемы: общий теоретический подход, вопросы частной психосоматики и практические методы диагностики и коррекции, применяемые при психосоматических заболеваниях.

В книгу вошли такие методы, как суггестивная психотерапия, психосинтез, гештальтерапия, нейролингвистическое программирование и многие другие.

В первой части книги рассмотрены зарубежные и отечественные концепции возникновения психосоматических заболеваний, приведены техники психологической коррекции и психотерапии. Во второй части книги изложены вопросы частной психосоматики. Показано, как личностные характеристики и ситуационные переменные, в частности, острый и хронический стресс, влияют на возникновение, клинические проявления и течение заболеваний.

**ББК 88.3**

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

## **ЧАСТЬ 1. ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА**

<b>Глава 1. ПСИХОСОМАТИКА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ . . . . .</b>	<b>16</b>
1.1.Психосоматические теории и модели . . . . .	24
1.2.Стратегии поведения при стрессе . . . . .	27
<b>Глава 2. ДИАГНОСТИКА В ПСИХОСОМАТИКЕ . . . . .</b>	<b>39</b>
2.1. Диагностическая беседа . . . . .	40
2.2. Психологические тесты в психосоматической практике . . . . .	46
2.2.1. Торонтская алекситимическая шкала . . . . .	49
2.2.2. Опросник Бека . . . . .	53
2.2.3. Гиссенский опросник соматических жалоб . . . . .	56
2.2.4. Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН) . . . . .	58
2.2.5. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина . . . . .	58
2.2.6. Личностный опросник Айзенка . . . . .	62
2.2.7. Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни . . . . .	63
2.2.8. Методика незаконченных предложений Сакса — Сиднея, модифицированная для психосоматических больных . . . . .	66
2.2.9. Методика определения психологической характеристики темперамента . . . . .	70
2.2.10. Опросник Шмишека . . . . .	74
2.2.11. Тест Кейрси . . . . .	79
2.2.12. Опросник УСК (уровень субъективного контроля) Роттера . . . . .	86
2.2.13. Опросник Келлермана — Плутчика . . . . .	93
2.2.14. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки . . . . .	98
2.2.15. Методика измерения уровня тревожности Тейлора (адаптация Норакидзе) . . . . .	102

# Оглавление

2.2.16. Тест Томаса — типы поведения в конфликте (адаптирован Гришиной) . . . . .	104
2.2.17. Опросник Гарбузова для выявления доминирующего инстинкта . . . . .	109
2.2.18. Тест Кеттела (16PF — Form C) . . . . .	112
2.2.19. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний . . . . .	113
2.2.20. Шкала депрессии Цунга . . . . .	120
2.2.21. Опросник Мини-мульт (сокращенный вариант миннесотского многомерного личностного перечня MMPI) . . . . .	122
2.2.22. Мотивация успеха и боязнь неудачи (опросник Реана) . . . . .	124
2.2.23. Методика «Цель — Средство — Результат» (ЦСР) . . . . .	126
2.2.24. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея . . . . .	131
2.2.25. Методика диагностики уровня социальной фruстрированности Вассермана (модификация Бойко) . . . . .	134
<b>2.3. Краткий обзор проективных тестов . . . . .</b>	<b>136</b>
2.3.1. Тест Роршаха . . . . .	136
2.3.2. Сонди-тест . . . . .	138
2.3.3. ТАТ — тематический тест апперцепции . . . . .	138
2.3.4. Рисуночные проективные тесты . . . . .	139
<b>Глава 3. ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ . . . . .</b>	<b>143</b>
<b>3.1. Общие вопросы терапии психосоматических пациентов . . . . .</b>	<b>143</b>
3.1.1. Внутренняя картина болезни . . . . .	153
3.1.2. Нозогенез (психогенные реакции) при психосоматических заболеваниях . . . . .	160
<b>3.2. Суггестивная психотерапия . . . . .</b>	<b>170</b>
3.2.1. Методы и техника гипнотизирования . . . . .	174
3.2.2. Самовнушение . . . . .	185
<b>3.3. Психосинтез . . . . .</b>	<b>196</b>
Техники . . . . .	199
<b>3.4. Терапия, фокусированная на решении . . . . .</b>	<b>242</b>
Техники . . . . .	244
<b>3.5. Позитивная психотерапия . . . . .</b>	<b>274</b>
Техники . . . . .	285
<b>3.6. Гештальт-терапия . . . . .</b>	<b>305</b>
Техники . . . . .	309

3.7. Когнитивно-поведенческая психотерапия . . . . .	351
Техники . . . . .	356
3.8. Символдрама (метод кататимного переживания образов) . . . . .	416
Техники . . . . .	423
3.9. Транзактный анализ . . . . .	443
Техники . . . . .	448
3.10. Терапия искусством (арт-терапия) . . . . .	497
Техники . . . . .	503
3.11. Креативная визуализация . . . . .	507
3.12. Психодрама . . . . .	527
Техники . . . . .	531
3.13. Танцевально-двигательная терапия . . . . .	545
Техники . . . . .	552
3.14. Телесно-ориентированная психотерапия . . . . .	554
Работа с телом в биоэнергетике А. Лоуэна . . . . .	556
Танатотерапия . . . . .	574
3.15. Семейная психотерапия . . . . .	578
Техники . . . . .	584
3.16. Нейролингвистическое программирование (НЛП) . . . . .	618
Техники . . . . .	635

## **ЧАСТЬ 2. ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА**

<b>ВВЕДЕНИЕ . . . . .</b>	690
<b>Глава 1. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ . . . . .</b>	703
1.1. Бронхиальная астма . . . . .	704
Картина личности . . . . .	704
Психотерапия . . . . .	709
1.2. Синдром гипервентиляции . . . . .	726
Картина личности . . . . .	726
Психотерапия . . . . .	727
<b>Глава 2. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ . . . . .</b>	732
2.1. Эссенциальная гипертония . . . . .	734
Картина личности . . . . .	734
Психотерапия . . . . .	738
2.2. Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда . . . . .	739
Картина личности . . . . .	739
Психотерапия . . . . .	745
2.3. Кардиофобический невроз . . . . .	747

Картина личности . . . . .	747
Психотерапия . . . . .	750
<b>2.4. Нарушения сердечного ритма . . . . .</b>	<b>750</b>
Картина личности . . . . .	750
Психотерапия . . . . .	751
<b>Глава 3. ПСИХОСОМАТИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ . . . . .</b>	<b>760</b>
<b>3.1. Ожирение . . . . .</b>	<b>762</b>
Картина личности . . . . .	762
Психотерапия . . . . .	765
<b>3.2. Нервная анорексия . . . . .</b>	<b>771</b>
Картина личности . . . . .	771
Психотерапия . . . . .	775
<b>3.3. Булимия . . . . .</b>	<b>777</b>
Картина личности . . . . .	777
Психотерапия . . . . .	779
<b>Глава 4. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ . . . . .</b>	<b>787</b>
<b>4.1. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .</b>	<b>790</b>
Картина личности . . . . .	790
Психотерапия . . . . .	794
<b>4.2. Запоры . . . . .</b>	<b>797</b>
Картина личности . . . . .	797
Психотерапия . . . . .	798
<b>4.3. Эмоциональная диарея . . . . .</b>	<b>799</b>
Картина личности . . . . .	799
Психотерапия . . . . .	799
<b>4.4. «Синдром раздраженной кишки» . . . . .</b>	<b>800</b>
Картина личности . . . . .	800
Психотерапия . . . . .	800
<b>4.5. Язвенный колит и болезнь Крона . . . . .</b>	<b>801</b>
Картина личности . . . . .	801
Психотерапия . . . . .	803
<b>4.6. Нарушения глотания . . . . .</b>	<b>805</b>
Психотерапия . . . . .	806
<b>Глава 5. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ . . . . .</b>	<b>813</b>
<b>5.1. Гипотиреоз . . . . .</b>	<b>813</b>
Картина личности . . . . .	813
Психотерапия . . . . .	814
<b>5.2. Гипертиреоз . . . . .</b>	<b>815</b>
Картина личности . . . . .	815

Психотерапия . . . . .	817
<b>5.3. Сахарный диабет . . . . .</b>	<b>818</b>
Картина личности . . . . .	818
Психотерапия . . . . .	820
<b>Глава 6. КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ . . . . .</b>	<b>822</b>
<b>6.1. Картина личности при кожных заболеваниях . . . . .</b>	<b>827</b>
Психотерапия . . . . .	829
<b>Глава 7. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ . . . . .</b>	<b>834</b>
<b>7.1. Рак молочной железы . . . . .</b>	<b>835</b>
Картина личности . . . . .	835
Психотерапия . . . . .	837
<b>7.2. Экстирпация матки . . . . .</b>	<b>838</b>
<b>7.3. Первичная аменорея . . . . .</b>	<b>839</b>
<b>7.4. Вторичная аменорея . . . . .</b>	<b>839</b>
<b>7.5. Дисменорея и предменструальный синдром . . . . .</b>	<b>840</b>
Картина личности . . . . .	840
Психотерапия . . . . .	842
<b>7.6. Функциональные нарушения в области гипогастрия . . . . .</b>	<b>842</b>
Картина личности . . . . .	843
Психотерапия . . . . .	844
<b>7.7. Менархе и климакс . . . . .</b>	<b>844</b>
<b>7.8. Функциональная (психосоматическая) стерильность . . . . .</b>	<b>846</b>
Картина личности . . . . .	846
Психотерапия . . . . .	846
<b>7.9. Психосоматические аспекты при гетерологичном и экстракорпоральном оплодотворении . . . . .</b>	<b>848</b>
<b>7.10. Психосоматика спонтанного аборта и преждевременных родов . . . . .</b>	<b>848</b>
<b>7.11. Ложная беременность . . . . .</b>	<b>850</b>
Картина личности . . . . .	850
Психотерапия . . . . .	851
<b>Глава 8. БОЛЕЗНИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА . . . . .</b>	<b>852</b>
<b>8.1. Ревматические поражения мягких тканей (фибромиалгия) . . . . .</b>	<b>852</b>
Картина личности . . . . .	852
<b>8.2. Симптомы остеохондроза . . . . .</b>	<b>855</b>

# Оглавление

Картина личности . . . . .	855
<b>8.3. Ревматоидный артрит . . . . .</b>	<b>856</b>
Картина личности . . . . .	856
Психотерапия при заболеваниях опорно-двигательного аппарата . . . . .	859
<b>Глава 9. ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ СИНДРОМЫ . . . . .</b>	<b>864</b>
9.1. Картина личности . . . . .	864
9.2. Психотерапия . . . . .	867
<b>Глава 10. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА . . . . .</b>	<b>870</b>
10.1. Картина личности . . . . .	870
10.2. Психотерапия . . . . .	870
<b>Глава 11. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ . . . . .</b>	<b>887</b>
11.1. Картина личности . . . . .	887
11.2. Психотерапия . . . . .	892
Техники . . . . .	893
<b>Глава 12. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИИ . . . . .</b>	<b>924</b>
12.1. Картина личности . . . . .	926
12.2. Психотерапия . . . . .	928
<b>Глава 13. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ . . . . .</b>	<b>931</b>
13.1. Простуды . . . . .	932
13.2. Простой герпес . . . . .	933
13.3. Ангина . . . . .	935
13.4. Туберкулез . . . . .	936
13.5. Психотерапия при инфекционных заболеваниях . . . . .	938
<b>Глава 14. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ . . . . .</b>	<b>942</b>
14.1. Головная боль напряжения . . . . .	944
Картина личности . . . . .	944
Психотерапия . . . . .	948
14.2. Мигрень . . . . .	949
Картина личности . . . . .	949
Психотерапия . . . . .	950
<b>Список цитированной и рекомендуемой литературы . . . . .</b>	<b>954</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга представляет собой справочное пособие по эффективным техникам, применяемым в различных психотерапевтических направлениях и школах при лечении психосоматических расстройств. Она будет полезной для практиков — врачей и психологов, желающих повысить эффективность своей работы с психосоматическими пациентами.

Психосоматика (греч. *psyche* — душа, *soma* — тело) — направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы — психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии.

Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обусловливают картину органического страдания, его длительность, течение и, возможно, резистентность к терапии. Психосоматические соотношения, возникающие у больных, традиционно рассматриваются в

## Предисловие

пределах двух основных подходов. В рамках первого из них, психоцентрического, анализируется влияние на возникновение, клинические проявления, течение и прогноз заболевания острого и хронического психического стресса, а также разнообразных характеристик, связанных с психическим статусом пациента. В числе последних рассматриваются конституциональные особенности личности, интерпретируемые в рамках психодинамического и психометрического подходов, концепции Алекситимии, специфических «профилей личности», поведенческого типа А, а также коморбидные рассматриваемому заболеванию психические расстройства (аффективные, тревожно-фобические и др.). В рамках второго, соматоцентрического, подхода изучаются нозогенные реакции — влияние особенностей клинических проявлений и течения болезни на субъективное восприятие пациентом своего заболевания и особенности психических расстройств, манифестация которых связана с соматическим страданием (соматогенные и психогенные состояния, обусловленные комплексом психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием).

Настоящий справочник написан в рамках первого из указанных подходов, психоцентрического, что и определило подбор и расстановку материала в книге. Исходя из этого подхода, в книге не рассматриваются соматические аспекты возникновения и лечения психосоматических заболеваний.

Буквальное значение термина «психотерапия» связано с двумя его толкованиями, базирующимися на переводе греческих слов *psyche* — душа и *therapeia* — забота, уход, лечение: «исцеление душой» или «лечение души». Сам термин «психотерапия» был введен в 1872 году Д. Тьюком в книге «Иллюстрации влияния разума на тело» и стал широко популярен с конца XIX века.

В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 — для детей и подростков (Kazdin, 1994). Вместе с тем существуют основные психотерапевтические подходы, существенно различающиеся по своим концептуальным основам. Различия касаются описания личности, механизмов ее развития, патогенеза неврозов, механизмов терапии и оценки ее эффективности. Рассматриваемые в данном справочнике виды психотерапии имеют разные «ми-

шени» психотерапевтического воздействия. Так, «мишень» в биоэнергетическом анализе — тело, в пациент-центрированной терапии — переживания (не просто испытываемые эмоции, а проживаемый опыт), в когнитивной терапии — неадаптивные мысли и представления, и т. д.

Психотерапевтические подходы можно условно разделить на две группы: директивная терапия, ориентированная на проблему, и недирективная, ориентированная на пациента. Для школ, относящихся к первому типу, характерна установка на обязательное «погружение» пациента в проблему. Если пациент не желает «погружаться», это трактуется как сопротивление терапии. «Ходить кругами» вокруг проблемы пациента, не входя, не углубляясь в нее, считается неэффективным. В психотерапии второго типа, напротив, пациент свободен в выборе того, о чем говорить с терапевтом и сколько уделять ей времени. Если он не говорит о своей проблеме, это рассматривается не как сопротивление, а как законное право говорить о том, о чем он сам желает.

Условно различают клинически-ориентированную психотерапию, направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и личностно-ориентированную психотерапию, которая стремится помочь человеку изменить свое отношение к социальному окружению и к собственной личности. В клинически-ориентированной психотерапии традиционно используются такие методы, как гипноз, аутогенная тренировка, различные виды внушения и самовнушения. В личностно-ориентированной психотерапии обнаруживается огромное разнообразие методов и приемов, основанных на концептуальных моделях множества школ и течений.

Тем не менее можно говорить о наличии ключевой и ведущей идеи, объединяющей почти все имеющиеся в психотерапии подходы — стремления помочь развитию личности путем снятия ограничений, запретов и комплексов. В основе психотерапии лежит идея о возможности изменения, трансформации человеческого «Я» в динамично изменяющемся мире. Иными словами, речь идет о воздействии на те или иные составляющие самосознания.

На сегодняшний день так и не сформулировано четкое общепризнанное определение психотерапии, способное охватить все ее виды и формы. Можно говорить о существовании

## **Предисловие**

медицинской, психологической, социологической и философской моделей психотерапии.

В узком смысле слова (медицинская модель) психотерапия понимается как комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека. Такая психотерапия используется при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях.

Но в науке имеет место и психологическая модель психотерапии, а значит, ее можно рассматривать как направление деятельности практического психолога. Практический психолог использует те же методы, что и клинический психотерапевт. Разница заключается прежде всего в их нацеленности. Важнейшая задача психолога состоит не в снятии или облегчении симптомов болезни, а в создании условий для оптимального функционирования личности и ее развития. Всемирная Организация Здравоохранения в преамбуле к своей Декларации указывает: «Здоровье — это не отсутствие болезни или физического недостатка, а состояние физического, умственного и социального благополучия». В этом контексте можно говорить о том, что психотерапия направлена на поддержание общей гармонии самочувствия в широком смысле слова, а не на «излечение», «исправление» или «коррекцию» каких-либо расстройств.

Расширительное понимание области применения психотерапии закреплено в Декларации по психотерапии, принятой Европейской ассоциацией психотерапии в Страсбурге в 1990 году. В этой декларации зафиксировано следующее:

- психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;
- психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;
- гарантированным является разнообразие психотерапевтических методов;
- образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально: оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах;
- доступ к такому образованию осуществляется с помощью различной предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.

Даже если рассматривать психотерапию в рамках медицинской модели, следует обратить внимание на ее отличие от других методов лечения. Речь идет, прежде всего, о том, что при психотерапии используются психологические методы и средства, а не фармакологические, физические и т. п. Кроме того, в качестве пациентов выступают люди с теми или иными расстройствами психики, а в качестве специалистов — лица, имеющие профессиональную подготовку, среди прочего, в области основ психологии и медицины.

Согласно современным взглядам (Александров, 1997; Годфруа, 1992; Карвасарский, 1999; Рудестам, 1997), в немедицинской психотерапии можно выделить следующие общие задачи, объединяющие различные по направленности и содержанию психотерапевтические методы:

- исследование психологических проблем пациента и оказание помощи в их решении;
- улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья;
- изучение психологических закономерностей, механизмов и эффективных способов межличностного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общения с людьми;
- развитие самосознания и самоисследование пациентов для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений;
- содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.

Главная цель всякого психотерапевтического воздействия заключается в том, чтобы помочь пациентам внести необходимые изменения в свою жизнь. Каким образом это можно сделать? Ответ на поставленный вопрос каждое направление психотерапии дает в терминах собственных понятий. Успешность или эффективность психотерапии оценивается в зависимости от того, насколько стойкими и в широком смысле благотворными для пациента оказываются эти изменения; оптимальными будут те психотерапевтические меры, которые обеспечивают стойкий, продолжительный позитивный эффект. Разумеется, всякая психотерапевтическая школа убеждена, что предлагаемый именно ею способ помогать пациентам является оптимальным, предоставляя сомневающимся проверить это на собственном опыте.

## Предисловие

Нередко можно прочесть и услышать о том, что в результате психотерапии произошли существенные позитивные изменения в личности пациента. Тем самым как бы подразумевается то, что психотерапия изменяет личность, делает ее другой. Строго говоря, изменений личности в смысле формирования каких-либо новых качеств или исчезновения уже имеющихся в ходе терапии, как и в ее результате, не происходит. Каждое свойство или качество личности, как известно, является достаточно устойчивым психическим образованием, а их наличие и делает личность таковой. Эти устойчивые психические образования мало подвержены даже возрастным изменениям. Изменчивость личности, ее адаптация к меняющимся условиям среды достигается за счет того, что каждое качество имеет настолько широкий диапазон ситуационно обусловленных проявлений, что порой может быть воспринято как наличие качества, противоположного тому, которое реально существует. Психотерапевтическое воздействие, не создавая новых качеств личности, приводит уже имеющиеся в соответствие, например, с изменившейся ситуацией жизнедеятельности. Такое «приведение в соответствие» и обеспечивает успех психотерапии незначительных психических нарушений (Бурлачук и др., 1999).

Задача психотерапевта — помочь разобраться в ситуации, в проблеме: подсказать, дать совет, отразить чувства и поведение пациента, чтобы он увидел себя, просветить, поддержать, успокоить и т. п. Вместе с тем в ряде случаев затруднительно точно квалифицировать работу с пациентом как психотерапевтическую или консультационную.

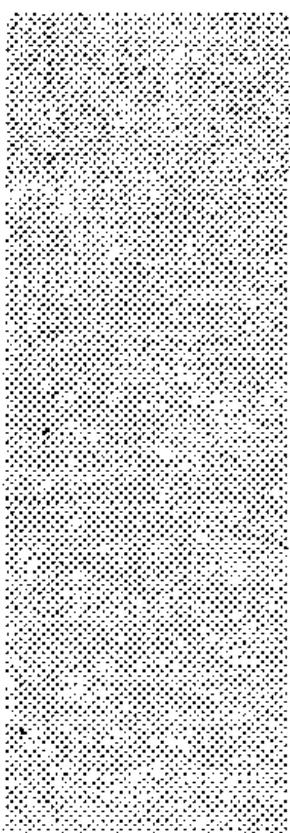
Сегодня в России наблюдается тенденция сближения медицинской и психологической психотерапии. Это проявляется в том, что и врачи, и психологи проявляют интерес к разнообразным (как новым, так и давно применяемым зарубежными специалистами) школам и техникам психотерапии, а также в размытии границ «врачебной территории», которая до недавнего времени строго охранялась от проникновения психологов.

В заключение следует сказать, что мы ни под каким видом не рекомендуем заменять необходимый курс традиционного медицинского лечения психологическими и психотерапевтическими техниками. Речь идет не о том, чтобы заменять физиологию психологией, а о том, чтобы дополнять чисто соматическое лечение психосоматическим.

**ЧАСТЬ 1**

---

**ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА**



## ПСИХОСОМАТИКА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

**П**роблема психосоматических соотношений — одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократа и Аристотеля. В 1818 г. немецкий врач из Лейпцига Хайнрот ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психики-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием». В 1822 г. немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время дополняющее по отношению к «психосоматическому». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь столетие спустя. Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам (Deutsch, 1953), и с этого времени психосоматическая медицина обозначилась как «прикладной психоанализ в медицине». Дойч, эмигрировав в сороковые годы в США, вместе с коллегами Фландерс Данбар, Францем Александером и др. вызвал интерес к психосоматическим проблемам, и уже к концу 50-х годов в американской научной литературе было опубликовано около 5000 статей о соматической медицине глазами психологов. Среди тех, кто развивал это направление, следует назвать таких известных аналитиков, как Адлер, Сонди. В России наиболее близко к этому направлению подошли ученые школы И. П. Павлова при разработке метода экспериментального невроза.

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной — это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и

техник, позволяющих работать с человеком целостно. Именно разобщенность врачебных специальностей и взглядов на человека и привела к потере идеи о целостности в работе врача. У этой проблемы есть свои причины, прежде всего — преобладание анализа как метода в медицинской науке. В настоящее время в медицине описано 10 000 симптомов и нозологических форм, а для того чтобы успешно справляться с болезнями человека, существует более трехсот медицинских специальностей.

По мере эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имеющиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, определенные характеристики органов чувств. Древние инстинктивные программы поведения человека помогали противостоять голоду, холоду, нападению врагов и хищников. По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме (Радченко, 2002).

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

**Конверсионные симптомы.** Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конвер-

сионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

**Функциональные синдромы.** В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александр описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами (Александр, 2002).

**Психосоматозы** — психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их — первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов («holy seven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертриеоз.

Позже этот список расширился — к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

Несмотря на то что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин под-

разумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

- она служит лечению заболеваний и, следовательно, находится в рамках медицины;
- исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;
- как отрасль психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
- как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
- как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая однолинейная модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел интегральный психосоматический подход.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

2. наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
3. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
4. личностными особенностями;
5. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
7. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Принято считать, что психосоматическая медицина — ровесница прошлого века. Однако речь при этом идет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела. Психосоматическая медицина стара, как само врачевание.

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции Фрейда, который совместно с Брейером доказал, что «подавленная эмоция», «психическая травма» путем «конверсий» могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд указывал, что необходима «соматическая готовность» — физический фактор, который имеет значение для «выбора органа».

Эмоциональная реакция, выражаясь в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нерв-

ную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых — истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая душевное равновесие, повреждается телесное здоровье.

Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обуславливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксацию.

Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает эти ощущения, что в конечном счете приводит к формированию патологического состояния. Таким образом, негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями таких больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится более чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление выраженных соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таким, но и любым незначительным нарушением деятельности внутренних органов и даже патологическим восприятием их обычной работы. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память.

Долговременная память — это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое

состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. На основе механизмов реверберации возбуждения и долговременной постсинаптической потенциации пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм — «следов памяти».

В итоге запас уже сложившихся энграмм получает особое значение для развития психосоматических расстройств. Например, пароксизмы синусовой тахикардии с ощущением удушья и страха смерти возникают при снижении настроения или переутомления у больной с аналогичным эпизодом на фоне послеродового эндометрита в прошлом. Подлинной причиной рецидива нередко становится лишь «воскрешение» соответствующей симптоматики вследствие оживления ее следов. Чем острее было чувство опасности для жизни и здоровья, тем больше вероятность воспроизведения развернутой клинической картины по типу депрессии или ее соматического эквивалента.

Ведущая роль в формировании долгосрочной памяти принадлежит не столько действительной тяжести соматического страдания, сколько стрессогенным действием вызванных им или случайно совпавших с ним душевных переживаний. Первостепенным фактором, обусловливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанный хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Инициатива в выборе органа принадлежит всегда корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации взаимодействует с сома-

тическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Предполагается существование так называемого препсихосоматического личностного радикала — тех личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Предрасположенность — это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Например, значение способствующих развитию болезни факторов при хронических заболеваниях стало известно лишь в последнее время. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биopsихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь «предрасположенность — личность — ситуация».

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие

эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении — все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

## 1.1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ И МОДЕЛИ

Существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний и способов их классификации. Мы коротко перечислим основные из них.

**Характерологически ориентированные направления и типологии личности.** В древности Гиппократ, а затем Гален описали людей с разными видами темпераментов — сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Эрнста Кречмера (Кречмер, 2000) и Уильяма Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942).

Классические психосоматические работы этого характерологического направления принадлежат американскому врачу Флендерс Данбар (Dunbar, 1947).

В современной медицине применение этого подхода приобрело большое значение в исследовании определенной типологии «личностей риска», как это, например, предлагает рабочая группа Rosenman и Friedman (1959, 1978) в разработке для лиц с угрозой развития инфаркта миокарда (так называемого поведения типа А). Такие описания встречаются во многих исследованиях личности (Irvine et al., 1991; Siegman, Smith, 1994; Williams, 1994).

**Психоаналитические концепции.** Научная основа, на которой в дальнейшем развивались психосоматические исследования, была заложена З. Фрейдом, создавшим конверсионную модель, согласно которой ущемленные эмоции порождают

конверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму (Бройтигам и др., 1999).

К теориям данного направления относятся также: теория де- и ресоматизации Шура (Schur, 1974), модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1967), концепция потери объекта Фрайбергера (Freyberger, 1976), концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения, Митчерлиха (Mitscherlich, 1956).

**Теория специфического психодинамического конфликта Александера.** Основателем современной психосоматики считается Франц Александр. Упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, причем соматическое лечилось исключительно на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ресоматизация и т. д.). Александр впервые в 1950 г. предложил теорию, согласно которой симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Александр говорит о вегетативном неврозе в случае постоянного физиологического сопровождения эмоциональных состояний напряжения при отсутствии действия, направленного вовне и сбрасывающего напряжение. На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах (Александер, 2002).

**Интегративные модели.** Изначально по-другому ориентированная самостоятельная линия развития психосоматической теории происходит из изучения большого контингента больных с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы.

К данным моделям относятся: интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнери (Weinerg, 1977), биopsихосоциальная модель Икскюля и Везиака (Uexküll, 1963, Uexküll, Wesiak, 1990), медицинская антропология В. Вайцзеккера (Weizsäcker, 1949).

Кроме перечисленных выше психосоматических концепций и моделей необходимо упомянуть следующие:

**Концепция алекситимии** — неспособности к эмоциональному резонансу и «оперативного мышления» (конкретное мышление, свобода от сновидений), невозможности выразить соб-

ственные переживания, эмоции и ощущения, неспособности человека быть в контакте с собственным внутренним миром. Человек как бы отделен от всего того в себе самом, что не поддается строго логическому упорядоченному анализу. Все нюансы собственных душевных движений остаются для него скрытыми (Nemiah, Sifneos, 1970, Sifneos, 1973). Алекситимия рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к психосоматическим заболеваниям. Ее рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний (Abramson et al., 1991; Dirks et al., 1981; Finn et al., 1987; Freyberger et al., 1985; Fukunishi et al., 1997; Greenberg, Dattore, 1983; Kauhanen et al., 1993; Numata et al., 1998).

**Теория стресса** (Cannon, 1975, Селье, 1982, 1991) — экспериментально-психологические, клинико-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса, устанавливающие влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. В данное направление входит большое число отдельных направлений изучения психосоматической патологии (например, стресс и адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания и т. д.).

**Нейрофизиологическое направление** (Анохин, 1975; Губачев, 1994; Судаков, 1987; Курцин, 1973), в основе которого лежит стремление установить взаимосвязи между отдельными психофизиологическими характеристиками (например, некоторые неокортикально-лимбические характеристики или симпатико-парасимпатикотрофные проявления) и динамикой висцеральных проявлений (активацией органных функций). Принципиальной основой концепции является наличие функциональных систем. Данное направление изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортико-висцеральными взаимоотношениями. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние коры больших полушарий на внутренние ор-

гены осуществляется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

**Психоэндокринное и психоиммунное направление исследований**, изучающее широкий спектр нейроэндокринных и нейрогуморальных феноменов у больных психосоматическими заболеваниями (психоэндокринное тестирование особенностей и уровня синтеза катехоламинов, гипофизарных и тиреоидных гормонов, специфика иммунограмм). Поиск «специфического нейрогормонального обеспечения» эмоционального реагирования показал, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейрогормональными сдвигами.

**Теория нарушения функциональной асимметрии мозга как причина психосоматической патологии** (Косенков, 1997, 2000).

**Концепция враждебности.** Согласно этой гипотезе, гнев и враждебность могут играть существенную роль в этиологии различных тяжелых соматических заболеваний (Graves, Thomas, 1981; Smith, 1998).

Представленные основные концепции психосоматической патологии показывают, что невозможно вычленить изолированно специфические психические или физиологические конstellации, которые бы охватывали весь спектр проявлений при данном виде заболеваний. Однако все гипотезы сходятся в одном: социальная дезадаптация — это основная причина возникновения психосоматической патологии.

В качестве обзорных работ, освещающих различные теории патогенеза психосоматических заболеваний, можно порекомендовать следующие: Бройтигам и др., 1999; Любан-Плоцца и др., 2000; Исаев, 2000.

## 1.2. СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СТРЕССЕ

Теория совладания личности с трудными жизненными ситуациями (копинга) возникла в психологии во второй половине XX в. Термин введен американским психологом Абрахамом Маслоу (Maslow, 1987). Под «копингом» (от англ. *to cope* — справиться, совладать) подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или/и внутренними требова-

ниями, которые оцениваются как напряжение или превышают возможности человека справиться с ними (Neal, 1998).

Копинг-поведение — форма поведения, отражающая готовность индивида решать жизненные проблемы. Это поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам и предполагающее сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса. При выборе активных действий повышается вероятность устранения воздействия стрессоров на личность. Особенности этого умения связаны с «Я-концепцией», локусом контроля, эмпатией, условиями среды. По представлениям Маслоу, копинг-поведение противопоставлено экспрессивному поведению.

Выделяются следующие способы совладающего поведения:

- разрешение проблем;
- поиск социальной поддержки;
- избегание.

Совладающее поведение реализуется посредством применения различных копинг-стратегий на основе ресурсов личности и среды. Одним из самых важных ресурсов среды является социальная поддержка. К личностным ресурсам относятся адекватная «Я-концепция», позитивная самооценка, низкий нейротизм, интернальный локус контроля, оптимистическое мировоззрение, эмпатический потенциал, аффилиативная тенденция (способность к межличностным связям) и другие психологические конструкты.

В процессе действия стрессора на личность происходит первичная оценка, на основании которой определяют тип создавшейся ситуации — угрожающий или благоприятный (Averill et al., 1971). Именно с этого момента формируются механизмы личностной защиты. Лазарус (Lazarus, 1991) рассматривал эту защиту (процессы совладания) как способность личности осуществлять контроль над угрожающими, расстраивающими или доставляющими ей удовольствие ситуациями. Процессы совладания являются частью эмоциональной реакции. От них зависит сохранение эмоционального равновесия. Они направлены на уменьшение, устранение или удаление действующего стрессора. На этом этапе осуществляется вторичная оценка последнего. Результатом вторичной оценки становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

- непосредственные активные поступки индивида с целью уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство, восторг или любовное наслаждение);
- косвенная или мыслительная форма без прямого воздействия, невозможного из-за внутреннего или внешнего торможения, например вытеснение («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и опасно»), давление, переключение на другую форму активности, изменение направления эмоции с целью ее нейтрализации и т. д.;
- совладание без эмоций, когда угроза личности не оценивается как реальная (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой, повседневными опасностями, которых мы успешно избегаем).

Защитные процессы стремятся избавить индивида от рассогласованности побуждений и амбивалентности чувств, предохранить его от осознания нежелательных или болезненных эмоций, а главное — устраниТЬ тревогу и напряженность. Результативный максимум защиты одновременно является минимумом того, на что способно удачное совладание. «Удачное» совладающее поведение описывается как повышающее адаптивные возможности субъекта, реалистическое, гибкое, большей частью сознаваемое, активное, включающее в себя произвольный выбор.

Существует достаточно большое количество различных классификаций стратегий копинг-поведения (Fineman, 1987, 1983; Lazarus, 1966). Можно выделить три основных критерия, по которым строятся эти классификации:

### **1. Эмоциональный/проблемный:**

1.1. Эмоционально-фокусированный копинг — направлен на урегулирование эмоциональной реакции.

1.2. Проблемно-фокусированный — направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс.

### **2. Когнитивный/поведенческий:**

2.1. «Скрытый» внутренний копинг — когнитивное решение проблемы, целью которой является изменение неприятной ситуации, вызывающей стресс.

2.2. «Открытый» поведенческий копинг — ориентирован на поведенческие действия, используются копинг-стратегии, наблюдаемые в поведении.

## 3. Успешный/неуспешный:

3.1. Успешный копинг — используются конструктивные стратегии, приводящие в конечном итоге к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс.

3.2. Неуспешный копинг — используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Представляется, что каждая используемая человеком стратегия копинга может быть оценена по всем вышеперечисленным критериям хотя бы потому, что человек, оказавшийся в трудной ситуации, может использовать как одну, так и несколько стратегий совладания. Таким образом, можно предположить, что существует взаимосвязь между теми личностными конструктами, с помощью которых человек формирует свое отношение к жизненным трудностям, и тем, какую стратегию поведения при стрессе (совладания с ситуацией) он выбирает.

Как отмечают многие авторы, существуют значительные сложности в разграничении механизмов защиты и совладания (Либина, Либин, 1998). Наиболее распространенной является точка зрения, согласно которой психологическая защита характеризуется отказом индивидуума от решения проблемы и связанных с этим конкретных действий ради сохранения комфорtnого состояния. В то же время способы совладания подразумевают необходимость проявить конструктивную активность, пройти через ситуацию, пережить событие, не уклоняясь от неприятностей. Можно сказать, что предметом психологии совладания, как специальной области исследования, является изучение механизмов эмоциональной и рациональной регуляции человеком своего поведения с целью оптимального взаимодействия с жизненными обстоятельствами или их преобразования в соответствии со своими намерениями (Либин, Либина, 1996).

Современный подход к изучению механизмов формирования совладающего поведения учитывает следующие положения.

Человеку присущ инстинкт преодоления (Фромм, 1992), одной из форм проявления которого является поисковая активность (Аршавский, Ротенберг, 1976), обеспечивающая участие эволюционно-программных стратегий во взаимодействии субъекта с различными ситуациями. На предпочтение способов совладания влияют индивидуально-психологические осо-

бенности: темперамент, уровень тревожности, тип мышления, особенности локуса контроля, направленность характера. Выраженность тех или иных способов реагирования на сложные жизненные ситуации ставится в зависимость от степени самоактуализации личности — чем выше уровень развития личности человека, тем успешнее он справляется с возникшими трудностями. Согласно этому положению, встречающиеся в жизни человека препятствия имеют своим источником не только внешние (специфику среды), но и внутренние (индивидуальные предпосылки) условия. Как защитные, так и совладающие стили реагирования связаны с установками и переживаниями, отношением к себе и другим, со структурой жизненного опыта, то есть с когнитивными, эмоциональными и поведенческими уровнями иерархической структуры психики.

В отечественной психологии актуальная проблема поведения личности в стрессе изучалась в основном в контексте преодоления экстремальных ситуаций. Исключение составляют немногочисленные работы, посвященные изучению личности и жизненного пути (Анцыферова, 1995; Либина, 1995 а, б), а также терапии супружеских конфликтов (Кочарян, Кочарян, 1994).

В зарубежной психологии изучение поведения в трудных ситуациях ведется в нескольких направлениях. Лазарус и Фолкмен (Lasarus, Folkman, 1984) подчеркивают роль когнитивных конструктов, обусловливающих способы реагирования на жизненные трудности. Коста и Маккрей (Costa, McCrae, 1992) делают акцент на влиянии личностных переменных, детерминирующих предпочтение индивидом тех или иных стратегий поведения в сложных обстоятельствах. Лер и Томэ (Lehr, Thomae, 1993) уделяют большое внимание анализу самих трудных ситуаций, справедливо предполагая сильное влияние контекста на выбор стиля реагирования. Интерпретация феноменов защиты и совладания связана также с изучением природы индивидуального поведения в контексте проблемы стресса (Селье, 1991).

В зависимости от выбранной точки отсчета, авторы по-разному определяют цели изучения защитного и совладающего поведения. Это и анализ проблем адаптации индивида в окружающем социуме, и проблемы духовного самоопределения, позволяющего сделать выбор с учетом личностного по-

тенциала. По мнению ведущего специалиста в области изучения *coping styles* («способов совладания») Лазаруса (Lazarus, 1966; 1991), несмотря на значительное индивидуальное разнообразие поведения в стрессе, существует два глобальных типа стиля реагирования.

*Проблемно-ориентированный стиль*, направленный на рациональный анализ проблемы, связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации.

*Субъектно-ориентированный стиль* является следствием эмоционального реагирования на ситуацию, не сопровождающееся конкретными действиями, и проявляется в виде попыток не думать о проблеме вообще, вовлечения других в свои переживания, желание забыться во сне, растворить свои невзгоды в алкоголе или компенсировать отрицательные эмоции едой. Эти формы поведения характеризуются наивной, инфантильной оценкой происходящего.

Английский психолог Д. Роджер (Roger et al., 1993) в своем опроснике измерения *coping styles* выделяет четыре фактора — рациональное и эмоциональное реагирование, отстраненность и избегание. При этом под эмоциональным реагированием также подразумеваются лишь негативные переживания.

Стратегии поведения раскрываются в различных формах адаптации. Адаптация, в отличие от простого приспособления, понимается сегодня как активное взаимодействие человека с социальной средой с целью достижения его оптимальных уровней по принципу гомеостаза и отличающегося относительной стабильностью. Проблема адаптации теснейшим образом связана с проблемой здоровья/болезни. Этот континuum неотъемлем от жизненного пути личности. Многофункциональность и разнонаправленность жизненного пути обусловливают взаимосвязь и взаимообусловленность процессов соматического, личностного и социального функционирования. Таким образом, адаптационный процесс включает в себя различные уровни человеческой жизнедеятельности.

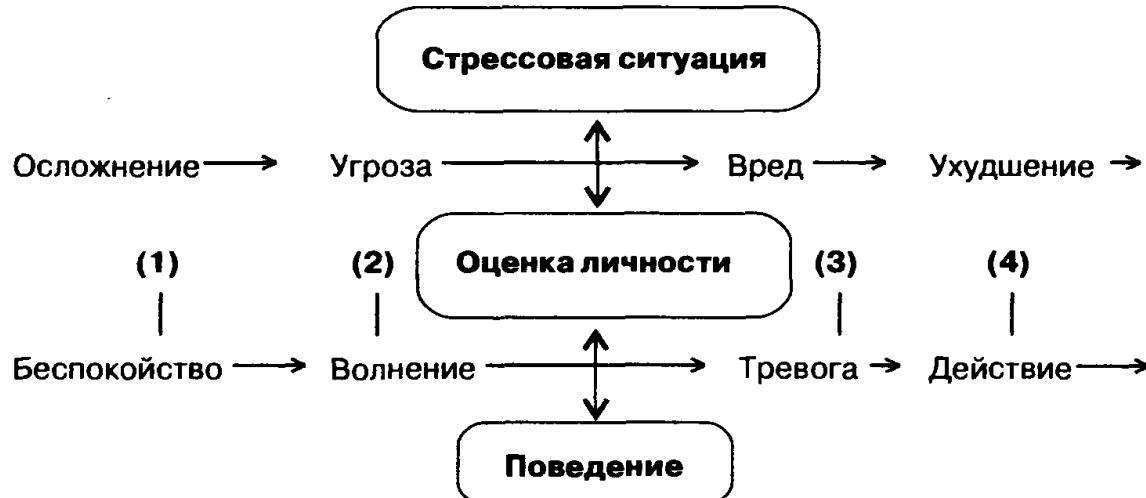
Своеобразным «срезом» адаптационного процесса, охватывающего весь жизненный путь от рождения до смерти, является внутренняя картина жизненного пути, которая ха-

рактеризует качество жизни человека и его адаптационные возможности на разных уровнях. Внутренняя картина жизненного пути — целостный образ человеческого бытия. Это ощущение, восприятие, переживание и оценка собственной жизни и в конечном счете отношение к ней. Внутренняя картина жизненного пути включает в себя ряд компонентов:

1. соматический (телесный) — отношение к своей телесности (к своему здоровью, изменениям в нем, включая болезнь, к возрастным и различным соматическим изменениям);
2. личностный (индивидуально-психологический) — отношение к себе как к личности, отношение к своему поведению, настроению, мыслям, защитным механизмам;
3. ситуационный (социально-психологический) — отношение к ситуациям, в которые оказывается включенным человек на протяжении своего жизненного пути.

Стратегии поведения являются различными вариантами процесса адаптации и подразделяются на соматически-, личностно- и социально-ориентированные в зависимости от преимущественного участия в адаптационном процессе того или иного уровня жизнедеятельности личностно-смысловой сферы. Если жизненный путь, состоящий из множества ситуаций, рассматривать в континууме здоровья/болезни, то окажется, что на полюсах этого континуума окажутся совершенно разные личности, т. е. имеются в виду в первую очередь различные системы ценностей, различный приоритет жизненных значимостей. Для больного человека наиболее значимыми представляются ситуации, имеющие отношение к его заболеванию, его возникновению, течению и исходу. При болезни круг остальных значимых переживаний резко сужается. На полюсе «здоровье» для человека важны совсем другие ситуации, в первую очередь связанные с социальным, профессиональным статусом.

Успешное разрешение ситуации зависит не в последнюю очередь от степени адекватности оценки происходящего. Часто тяжелые последствия перенесенного стресса оказываются результатом рассогласования между реальной сложностью неприятного события и субъективной оценкой его значимости. Поэтому успешность выбранного стиля реагирования связана и с тем, будет или нет событие восприниматься как угрожающее (Либина, Либин, 1998).



Смещение по шкале производимой личностью оценки слева направо при анализе значимости конкретной ситуации говорит о необходимости перейти от эмоциональных переживаний к решительным действиям. Если стадия негативных переживаний затягивается, особенно когда стрессовое событие получает субъективно высокую оценку, то неизбежен нервный срыв, провоцирующий неуправляемую и неадекватную реакцию. В этом случае стресс грозит перейти в дистресс.

Стили реагирования являются промежуточным звеном между случившимися стрессовыми событиями и их последствиями в виде, например, тревожности, психологического дискомфорта, соматических расстройств, сопутствующих защитному поведению, или же характерных для совладающего стиля поведения душевного подъема и радости от успешного решения проблемы.



Нахождение позитивных моментов в трагическом событии позволяет людям легче пережить его. Было выделено пять способов смягчения ситуации (на примере отношения к последствиям пожара) (Томпсон, 1986): .

- обнаружение неожиданно появившихся побочных положительных моментов («Зато мы теперь живем вместе с детьми»);
- сознательное сравнение с другими погорельцами («У нас хоть стоимость дома была не до конца выплачена, а вот у соседей...»);

- представление более трагических последствий ситуации («Мы ведь остались живы, а ведь могли и погибнуть!»);
- попытки забыть о случившемся («Вы о чем говорите? О пожаре? Да мы об этом давно уже забыли»).

Стиль реагирования даже у одного человека может изменяться в зависимости от сферы жизни, в которой он проявляется: в семейных отношениях, работе или карьере, заботе о собственном здоровье.

В работе (Либина, Либин, 1998) предложена типология защитных и совладающих стилей реагирования, основанная на структурно-функциональной модели поведения (табл. 1). В таблице указаны отдельные примеры пунктов (1а — 4в) опросника «Стиль поведения» (Лазарус, 2000).

Таблица 1

**Структурно-функциональная модель поведения человека  
в сложных ситуациях**

Структурные компоненты: сигнальные системы	Функциональные компоненты: фокус или направленность			Формы поведения: стили реагирования	ЗАЩИТА
	«Я»	Проблема	Другие люди		
Первосигнальный (эмоциональный по Лазарусу)	1а: изо всех сил пытаюсь забыть о случившемся	1б: вспоминаю время, когда все было значительно лучше	1в: обращаюсь за помощью к другим людям	Отстранение Избегание Подавление Проекция Вытеснение	
Второсигнальный (рациональный по Лазарусу)	2а: занимаюсь чем-нибудь посторонним, чтобы отвлечься	2б: предпочитаю подождать, пока со временем все разрешится само собой	2в: обращаюсь за эмоциональной поддержкой к родственникам или друзьям	Рационализация	
Первосигнальный (эмоциональный по Лазарусу)	3а: трудности только мобилизуют меня	3б: рассматриваю случившееся как новое испытание своих возможностей	3в: стараюсь посмотреть на ситуацию в ином свете, пытаясь отыскать хотя бы что-нибудь позитивное	Эмоциональная компетентность (представлена тремя факторами)	СОВЛАДАНИЕ
Второсигнальный (рациональный по Лазарусу)	4а: составляю план действий и приступаю к его выполнению	4б: думаю о случившемся и перебираю всевозможные варианты действий	4в: спрашиваю того, кто уже имеет опыт, как нужно поступать в таких случаях	Рациональная компетентность (представлена тремя факторами)	

К структурным компонентам относятся наиболее устойчивые базовые характеристики индивидуальности человека, такие, как первая и вторая сигнальная система (Павлов, 1980), свойства нервной системы (Теплов, 1986; Небылицын, 1974) и темперамент (Русалов, 1991). Под функциональными компонентами подразумевается (Анохин, 1975; Волков и др., 1987) специфика организации поведения и деятельности личности. В данном случае имеется в виду феномен, обозначаемый в исследованиях западных психологов как «фокусинг» (*focusing*) при изучении психических процессов или «*orientation*», «*attitude*» при анализе личности. Отечественные психологи оперируют соответственно термином «установка» и понятием «направленность личности». Особенный интерес представляет разработанная Неймарк (1972) классификация основных видов направленности личности, согласно которой выделяются направленность на себя, на других и на дело (объект).

Формы совладающего поведения в работе (Либина, Либин, 1998) названы рациональной компетентностью (образованной тремя самостоятельными первичными факторами — предметная направленность при решении проблем, коммуникативная направленность и рациональная саморегуляция) и эмоциональной компетентностью, имеющей схожую структуру. Новый вторичный фактор «эмоциональная компетентность» подчеркивает важность позитивной роли эмоций в осуществлении личностью конструктивной активности.

Эмоциональная компетентность (от лат. *emover* — волновать и *competentis* — соответствующий) обозначает способность личности осуществлять оптимальную координацию между эмоциями и целенаправленным поведением (Либина, 1996 а, б), основана на адекватной интегральной оценке человеком своего взаимодействия со средой. Адекватность означает учет внешних (стимул и обстановка) и внутренних (состояние организма и прошлый опыт) факторов, действующих на индивидуума в данной ситуации.

Эмоциональная компетентность развивается в результате разрешения внутриличностных конфликтов на основе коррекции закрепленных в онтогенезе негативных эмоциональных реакций (застенчивости, депрессии, агрессивности) и сопутствующих им состояний, препятствующих успешной адаптации индивидуума. При этом саморегуляция личности осуществляется не за счет подавления негативных эмоций, а за счет использования их энергии для организации целенаправленно-

го поведения. Выработка навыков эмоционального совладания сопряжена также с созданием новых условно-рефлекторных позитивных связей, позволяющих вырабатывать индивидуальный стиль, сбалансированный по параметрам оптимальности, комфортности, адаптивности и результативности (Либин, 1993).

Анализ темперамента и характерологических черт личности в связи со стратегиями поведения в конфликте (Thomas, 1977; Гришина, 1981) показал, что *стратегия избегания* оказалась связанной со следующими признаками темперамента: низкой предметной (то есть направленной на дело) активностью и высокой эмоциональностью, понимаемой как чувствительность к несовпадению ожидаемого и полученного результата (Русалов, 1990), а также с негативным отношением к себе и низким уровнем самоуправления (Пантилеев, 1994). *Стратегию сотрудничества* предпочитают люди, характеризующиеся высокой предметной эргичностью (то есть потребностью в напряженной работе), более низкими показателями эмоциональности, интернальностью локуса контроля (Rotter, 1966) и позитивным отношением к себе и другим. *Стратегия соперничества* образует общий паттерн с высоким уровнем эмоциональности в коммуникативной сфере, экстернальным локусом контроля и выраженным ожиданием негативного отношения со стороны окружающих. Предпочитающие *стратегию приспособления* отличаются самыми низкими в выборке показателями по параметрам предметной и коммуникативной активности.

Таким образом выяснилось, что некоторые параметры стилей реагирования имеют в своей основе базовые психологические свойства личности. Сравнение индивидуально-психологических особенностей с характеристиками жизненного пространства (в том числе различными классификациями трудных ситуаций) позволит в дальнейшем выделить паттерны признаков, уточняющих природу стилей реагирования.

Еще одним из основных компонентов в исследовательской парадигме психологии совладания (Либина, Либин, 1996) оказывается «Я»-образ. «Простота», недифференцированность «Я»-образа связана с риском отреагировать даже на закономерные жизненные кризисы соматическими и психическими расстройствами, а это сопряжено с нарушением системы жизненных ориентиров и в конечном счете с усилением процессов деиндивидуализации (Зимбардо, 1994). Важным является также сопоставление данных о внутренних механизмах формирования способов реагирования с анализом типов ситуаций, с которыми субъект взаимодействует.

Попытки системных исследований как субъективных, так и средовых (ситуационных) особенностей в протекании заболевания предпринимались во многих работах в нашей стране (Коржова, 2002). Взаимоотношения человека и ситуации в возникновении и развитии того или иного заболевания рассматриваются по-разному в зависимости от принадлежности автора к определенному психологическому направлению: от понимания ситуации как толчка к заболеванию (*the onset situation*) до признания ее определяющей роли. В первом случае приоритет отдается личности (McFarlane, 1987; Pollock, 1978). Несмотря на различия во мнениях, во всех работах признается, что анализ личностных переменных во взаимодействии со стрессовыми событиями среды является одной из черт современной психологии и одной из тенденций ее развития (Hollroyd, Coyne, 1987).

В противовес трактовке невротического конфликта в психоаналитическом и бихевиористическом понимании, учение о психологических механизмах психогений, в частности неврозов, а также психосоматических расстройств, основанное на концепции психологии отношений, обращает внимание на выявление взаимосвязи неблагоприятной ситуации и личности больного, которая сформировалась в конкретной социально-бытовой среде (Вассерман и др., 1990; Карвасарский, 1985).

Концепция психологии отношений связана в первую очередь с именем выдающегося отечественного медицинского психолога В. Н. Мясищева, который продолжил исследования своего учителя А. Ф. Лазурского в области изучения личности как системы отношений и осуществил детальную разработку этой концепции как в общепсихологическом плане, так и в приложении к теории и практике медицины. Система отношений, по В. Н. Мясищеву, является главной характеристикой личности. Отношения — это сознательная, основанная на опыте избирательная связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в действиях, реакциях и переживаниях. Отношения выступают движущей силой личности, характеризуя степень интереса, силу эмоций, желаний, потребностей. Столкновение значимых отношений личности с несовместимой с ними жизненной ситуацией становится источником нервно-психического напряжения, ведущего к нарушению здоровья. Психология отношений имеет существенное значение в исследовании нормы и патологии личности, происхождения и течения болезней, их лечения и предупреждения.

## ДИАГНОСТИКА В ПСИХОСОМАТИКЕ

**П**ри постановке психосоматического диагноза в распоряжении психотерапевта имеются две основные методики — диагностическая беседа и психологическое тестирование.

Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы привести не осмыслиенные пациентом соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни.

Первоочередная цель заключается в нахождении связей во времени между началом соматических проявлений и анамnestически достоверными жизненно важными изменениями или же в констатации их отсутствия. Если такие связи устанавливаются, то дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам пациент значимость для развития заболевания тех неприятностей, которые возникли у него в связи с конфликтами и кризами. Это предполагает знание личности пациента, условий его развития в детстве, конфликтов в процессе социализации, фиксации на них до последнего времени и уязвимости в отношении них с учетом ослабления актуальности прошлых переживаний.

При выборе комплекса тестовых методик для исследования психосоматических пациентов должны быть учтены следующие принципы:

- Относительная простота применяемых методик.
- Быстрота их проведения.
- Полнота изучения исследуемого явления.
- Взаимная дополняемость применяемых методик.
- Высокая суммарная валидность.
- Достаточная чувствительность к изменению наблюдавшегося явления у здоровых и больных, а также к изменению показателей в течение лечения.

## 2.1. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БЕСЕДА

При соматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение в первую очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния пациента (Бройтигам и др., 1999). Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные, психотерапевты или кто-либо еще ответственны за это заболевание? Соответствует ли его знание о болезни, ее причинах и течении психотерапевтической оценке?

Чтобы знать, как действовать дальше, необходимо разобраться в особенностях личности пациента и истории его жизни, предшествовавшей болезни. Были ли у него в прошлом другие заболевания? Имеется ли неблагоприятная наследственность? Как онправлялся до сих пор с предыдущими заболеваниями и как справляется с нынешним? Имеются ли у него своя точка зрения на эти и сопоставимые с ними трудности, свое мнение об особых ситуациях, которые отдалили его от семьи и профессии? Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают, когда он остается один?

Чем более свободно и менее формально протекает беседа, чем больше пациент раскрывает себя психотерапевту, тем больше возможностей обнаружить «сценический» характер его поведения. Представляется ли пациент образцом типичной проблематики межличностных отношений, в которых и возникли его конфликт и вызванные им нарушения? Характерно ли для его проблем экспансивное или сдержанное поведение, полезна или бесполезна в этих условиях его встреча с психотерапевтом? Каковы осанка пациента, его манера разговаривать, как он относится к психотерапевту и к тому, что психотерапевт вмешивается в его интимную жизнь?

Наконец, в первой же диагностической беседе необходимо выявить, что пациент утаивает от психотерапевта, несмотря на обилие даваемой им информации. Психотерапевт, со своей стороны, может оценить легко обнаруживаемые или скрытые психосоматические связи, отметить выявленные им соотношения симптомов, оставить открытый вопрос о неизвестных пока обстоятельствах, которые, по его мнению, позволили бы

обсудить с пациентом вопросы прогноза и возможностей лечения.

Первая беседа имеет решающее значение для дальнейшего формирования отношений психотерапевта и пациента. Рекомендуется уже перед первой встречей сделать установку на диагностико-терапевтическое использование пациентом своих чувственных реакций. Важные указания на свой конфликт пациент часто дает тем, что использует в отношениях с психотерапевтом свою привычную систему переноса и защиты (Любан-Площа и др., 2000).

В течение первых минут пациенты обычно расслабляются. Они с удивлением замечают, что о проблемах оказывается возможным говорить; при этом можно затрагивать очень личные вопросы, не впадая в особое смущение.

Разговор с самого начала должен также преследовать терапевтические цели. Это пациент должен чувствовать, т. к. он часто хотел бы начать лечение с момента, когда он переступит порог кабинета.

Рекомендуется использовать даже едва уловимое структурирование процессов как метод исследования, позволяющий оценивать как потребности, так и свободу пациента, которые в его собственном представлении противоречат друг другу, но психотерапевту позволяют составить общую картину болезни.

1. Вначале задают вопрос о жалобах, давших основание для обращения к психотерапевту: «Что привело вас сюда?» Часто при ответе на этот вопрос предварительно информированный пациент указывает конкретные симптомы или сообщает уже готовый диагноз: «стенокардия», «язва», «ревматизм». Эти жалобы обязывают расспросить пациента о содержании его предшествующих переживаний. Следует подвести пациента к тому, чтобы он рассказал о своем состоянии своими словами. При этом необходимо отмечать речевые обороты, которыми он пользуется при описании своих жалоб и картины своей болезни.

2. Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний: «Когда вы это почувствовали впервые?» Устанавливаются и периоды последующих ухудшений и улучшений. Психотерапевт должен настойчиво расспрашивать пациента о времени начала болезненных переживаний вплоть до дня и часа. Анамнез жизни в рамках общеврачебной ситуации, когда психотерапевт получает как психические, так

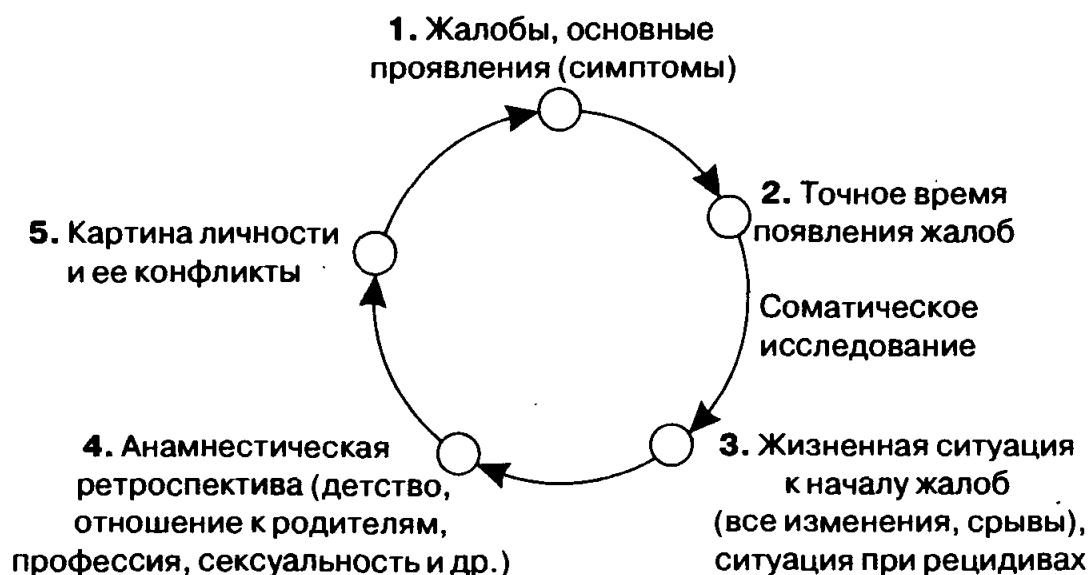
и соматические данные, включает и соматическое обследование.

3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?» Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, об изменениях в служебной деятельности, жилищных условиях. Пациент должен при этом вызывать у себя воспоминания в форме свободных ассоциаций. Поскольку о драматических событиях пациенты могут сообщать как о банальных переменах, которые всплывают в памяти и расцениваются как пустячные, на такие события следует обратить особое внимание. Если же невозможно установить связь между жизненными кризисами и началом болезни (в том числе и при повторных беседах), то психосоматическую природу заболевания следует поставить под сомнение. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства», «Расскажите немного о своих родителях» или «Каким вы были ребенком?», «Что было для вас важным событием в жизни?». При сборе анамнеза разговор ведется об отношениях с родителями, о развитии в детстве, о служебной карьере, о сексуальном развитии.

5. В конечном итоге создается картина личности пациента в целом. Если учесть его душевные переживания и поведение, то можно оценить значение симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?» — такие вопросы приводят самого пациента к пониманию собственных способов реагирования.

Конечно, этот метод следует использовать гибко. Целевое направление от симптома к ситуации, анамнезу жизни и личности полезно в качестве основной линии беседы (рис. 1).

Диагностическая беседа имеет отчасти характер провокации. Психотерапевт оперирует подбадриванием, откровенными вопросами, которые наталкивают пациента на ответы, но не фиксируют на них внимание, давая лишь направления для размышления: «Расскажите мне об этом подробнее. Как это переживалось вами тогда? Мы еще совсем не говорили о сек-



*Рис. 1. Анамнез в психосоматике*

суальности. Вы еще не сказали о своем браке». При этом следует отрешиться от представления, что пациент все о себе знает. Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из несовпадающих сообщений. Пациент должен быть открытым и критичным в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, если они могут стать плодотворными. Наиболее важными оказываются те моменты беседы, когда пациент вдруг умолкает, как бы наткнувшись на внутреннюю преграду. Паузы в разговоре — это «ворота» для прорыва вытесненных до того воспоминаний, необузданых фантазий и, может быть, для наступающего озарения. Всегда следует помнить, что слишком структурированная, жестко поставленная тема, чрезмерное количество вопросов ограничивают свободу пациента. Ошибочно также воспринимать молчание пациента «аналитически» и путать ситуацию первого интервью с ситуацией психоаналитического сеанса.

Многократно указывалось, что психосоматические больные пытаются с помощью болезни удержаться в своего рода лабильном и болезненном равновесии. Соматический симптом служит им для того, чтобы снять груз неосознаваемых конфликтов за счет переноса части своей психической энергии в физическую сферу.

Требование разработать в ходе психотерапии другие и, как кажется, лучшие пути разрешения конфликтов мобилизует страх и усиливает защиту, которая нередко в форме рационализирования используется расхожей концепцией соматиче-

ской медицины, когда, например, язвенный больной говорит: «Доктор, у меня не в порядке желудок, а не голова».

Пациента, который уже долгое время привязан к своим симптомам, трудно сразу убедить, что они могут быть связаны с трудностями эмоциональной природы. Гораздо чаще он хочет быть убежденным в том, что его страдание имеет органическую причину.

Такого рода сопротивление в особенности характерно для пациентов с функциональными болевыми синдромами. Их внутренняя неуверенность и лабильность, которая была удачно обозначена как «существование между» (Staehelin, 1963), заставляет их искать психотерапевта, который подтвердил бы наличие у них органического заболевания и освободил бы их от него. При этом они часто меняют психотерапевта.

Неспособность многих психосоматических больных осознавать эмоциональные проблемы и соответствующая этому склонность к переоценке соматических проявлений часто являются выражением страха перед стигматизацией. Ибо разделение на «приличные» (органические) и «неприличные» (психические) заболевания широко распространено не только среди пациентов. И психотерапевты иногда опасаются ясно обозначить в диагнозе психическую патологию.

К тому же эти клинические картины часто трудно распознать при психосоматических заболеваниях. В отличие от неврозов, где симптомы четко фиксированы в психической сфере, при психосоматических нарушениях, первично связанных с органными функциями, их связь с психическими процессами часто не вполне отчетлива для психотерапевта и пациента.

Субъективное отношение пациента к своей болезни есть существенный фактор начала, течения и исхода заболевания. Bleuler (1961) указал на то, что искаженное понимание болезни и неверная трактовка понятий могут иметь серьезнейшие последствия для здоровья.

Психотерапевт должен учитывать вербальные и невербальные выражения пациента, он должен видеть и слышать. Уже в начале беседы информативными могут быть следующие факты и особенности: отношение пациента к договоренности о консультации, ранний приход или опоздание на прием, сообщение избыточной информации персоналу, вступительные комментарии, приход в сопровождении членов семьи или без них, одежда, прическа, выражение лица, мимика, жестикуля-

ция, характер рукопожатия, где и как усаживается пациент, звук его голоса и выбор слов, разговорчив ли пациент, молчалив, вздыхает, раздражителен, враждебен, бунтарствует или доступен.

Люди, которые приходят к психотерапевту, чаще всего беспокойны и напряжены, поскольку должны говорить о том, о чем вообще никогда раньше не говорили или рассказывали очень редко. Их ожидания различны. Отчасти они рассматривают психотерапевта как «мозгового хирурга», отчасти видят в нем мага и волшебника или заумного ученого. Во всех случаях пациентом предъявляются ожидания мудрости и компетентности психотерапевта.

Инициатива разговора должна быть представлена пациенту. При этом применима, например, техника «ассоциативного анамнеза», позволяющая пациенту постоянные колебания между обоими полюсами психической и соматической сфер. Сначала пациент дает информацию лишь о своих органических нарушениях, далее чаще замолкает в ожидании вопросов. Надо быть внимательным, чтобы не упустить момент, в который в дискуссию можно подбросить ключевое слово. Если повторить в этот момент одну из последних фраз пациента в форме вопроса, он, как правило, дает дополнительные сведения, значимые как для его эмоциональной жизни, так и относительно органического статуса. Так, он часто сам связывает свои соматические симптомы с эмоциями, окружением и межличностными отношениями. Во время пауз в разговоре, обозначаемых как *эмоциональные узловые моменты*, происходит исследование психотерапевта пациентом. Является ли психотерапевт человеком, который не только слушает, но и может хранить тайну? Взаимный анализ ситуации происходит еще до начала собственно разговора.

Пациент должен рассматриваться как «субъект», а не как «объект». Чем сильнее проявляется эмоциональность пациента в процессе заболевания, тем выше, как правило, и эмоциональная вовлеченность психотерапевта, обнаруживает ли он у себя повышенное сострадание или, наоборот, злится на пациента и находит его «несимпатичным». Он должен распознавать эти личные побуждения и контролировать их повышенным самовосприятием. Он должен всегда знать, что происходит между ним и пациентом. Он должен свободно думать и

может иметь «сумасшедшие» мысли, но действовать обязан осторожно.

Психотерапевт, который может слушать, позволяет пациенту не только распространяться о своим симптомах, но и высказываться о своем отношении к миру, своих близких знакомых, своей скрытой агрессии и тайных желаниях.

Пациент должен чувствовать, что он может говорить, не боясь чьих-то суждений или осуждения. Он может позволить себе немножко агрессии без установки стены между вами, но должен хотеть довериться вам. Возможно, он впервые узнает о своих глубочайших ощущениях, если почувствует интерес психотерапевта и догадается о его цели — понять симптом как осмысленную, с точки зрения пациента, составную часть его жизни.

Чрезвычайно важным является способ формулирования вопроса психотерапевтом. Менее определенный вопрос дает больший простор для ассоциаций и поэтому является более предпочтительным. Слишком точный вопрос ограничивает возможности ответа и угрожает спонтанности разговора. Он может, однако, помочь пациенту, когда он споткнется о свою проблему, не отважится затронуть ее. Таким образом можно иногда получить ответ, который даст интересную информацию о неосознаваемых ассоциациях интервьюируемого. В особенности ценно, когда в ходе разговора происходит неожиданный для пациента поворот.

Часто пациенты страдают от психосоциальных конфликтов, которые могут быть решены не психотерапевтом, а лишь самим больным. Психотерапевт может, впрочем, предложить ценную помощь, выступая в роли понимающего партнера. В ходе терапевтической беседы часто чувствуется, как проблемы и конфликты теряют свою интенсивность и без прямых советов или рационального понимания, часто уже потому, что пациент их принимает.

### 2.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Психологические тесты — это стандартизованные психо-диагностические методы, предназначенные для изучения и оценки (как количественной, так и качественной) своеобразных свойств личности в ее переживаниях и поведении. Эти

тесты в принципе не выходят за пределы того, что можно получить в диагностической беседе с пациентом. Значение психологических тестов заключается в том, что они составлены таким образом, что с их помощью можно получить объективную оценку состояния пациента, независимую от субъективных мнений исследователей. Это достигается путем высокой стандартизации в проведении и оценке теста. Многие психологические тестовые методы возникли на основе теории личности или обогащены ею.

Существует огромное количество психологических тестов, основанных на самоотчетности пациентов, а также проективные тесты, где различный материал используют в качестве стимульного (тесты Люшера, Розенцвейга, Роршаха и т. д.). Интерпретация психодиагностических тестов иногда сложна и предполагает многовариантность трактовок. Полночь интерпретации зависит от квалификации психодиагноста.

Предлагаемые здесь методики не требуют сложного технического оснащения и длительной обработки результатов, просты и доступны.

Ответы на тесты с большим количеством вопросов удобно заносить в стандартный бланк с последующей обработкой результатов с помощью масок, на которых прорези соответствуют ответам, относящимся к определенной шкале. Широкое распространение получил компьютеризированный опрос с автоматической обработкой результатов тестирования.

Компьютеризированные и on-line версии многих психологических тестов доступны в Интернете на сайтах:

<http://azpsy.chat.ru/tests.html>  
<http://psy.agava.ru/prog02.shtml>  
[http://www.psyworld.agava.ru/nauka\\_psydiagnos.html](http://www.psyworld.agava.ru/nauka_psydiagnos.html)  
<http://www.psyserver.narod.ru/metodik.htm>  
<http://www1.list.ru/catalog/>  
<http://www.private.peterlink.ru/philo/blamet.html>  
<http://www.eniostyle.ru/test/>  
<http://tarassov.port5.com/psychology/tests/>  
<http://www.infamed.com/psy/>  
<http://psy.synnegoria.com/cgi-bin/>  
<http://bodyandsoul.h1.ru/test/>  
<http://www.fortunecity.com/millenium/scooby/454/Psytests/Tests/>

Большинство личностных тестов имеет характер опросника: таковы тест-опросник Г. Айзенка (EPI) и методика многофакторного исследования личности Р. Кеттела (16PF). Наибольшее распространение получил тест MMPI — миннесотский многомерный личностный перечень, который содержит 566 вопросов и пытается охватить клинически определяемые черты личности (ипохондрические, истерические, психопатические свойства, тенденции маскулинизации-феминизации, параноидные, психастенические, шизоидные и маниакальные черты, а также социальная инверсия), а также его сокращенный вариант — опросник Мини-мульт, содержащий 71 вопрос (Райгородский, 1999; Столяренко, 2000).

Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения используют тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), построенный на принципах полярных профилей; для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов — шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю. Л. Ханиным; для определения уровня нейротизма, а также показателей экстра- и интроверсии — личностный опросник Айзенка (Райгородский, 1999; Столяренко, 2000).

Для определения особенностей реагирования пациентов на заболевание рекомендуется личностный опросник Бехтеревского института — ЛОБИ (Личко, Иванов, 1980; Вассерман и др., 1990) в сочетании с опросником для изучения самооценки социальной значимости болезни (Михайлов и др., 2002).

Особое положение среди психологических тестов занимают проективные диагностические методы, например тест Роршаха, цель которого состоит в определении личностных конфликтов посредством свободных реакций пациентов на слабоструктурируемый тестовый материал.

Особое положение в клинико-психологической, а тем самым и в психосоматической диагностике занимают опросники, которые построены скорее в pragматическом стиле, без непосредственного отношения к теории. Примером этого является Гиссенская анкета жалоб, которая состоит из вопросов, касающихся жалоб на общее самочувствие, боль, нарушение эмоциональности, а также истериiformных жалоб, которые распространены в амбулаторной психотерапевтической

практике. Все эти тесты стандартизованы на репрезентативной выборке населения и группах больных, так что с их помощью можно оценивать ответы отдельных пациентов.

Психологические тесты могут дополнить, но никак не заменить общую диагностику. В индивидуальной клинической диагностике они имеют вспомогательное значение. Роль тестов в психосоматических исследованиях возрастает, если они проводятся среди большого числа пациентов, т. к. здесь используются систематические и сопоставимые для всех пациентов данные.

## 2.2.1. Торонтская алекситимическая шкала

Алекситимия характеризуется четырьмя типичными признаками с разной степенью их выраженности в каждом отдельном случае (Бройтигам и др., 1999).

1. Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Пациент затрудняется или оказывается просто не способным пользоваться символами, результатом чего является своеобразный тип мышления, который можно определить как «механический», «утилитарный», «конкретный». Речь идет о связанном с текущим моментом, ориентированном на конкретные реальные вещи мышлении, которое почти не затрагивает внутренние объекты, лишено колоритности, в разговоре утомляет собеседника и часто производит впечатление настоящей тупости. Оно организовано прагматически-технично и направлено на механическую функциональную сторону описываемого.

2. Типичная неспособность выражать переживаемые чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами. Чувства испытываются, если они вообще имеются, как нечто глухо-неструктурированное, во всяком случае, не передаваемое словами. Они часто описываются через окружающих (моя жена сказала... врач сказал...), либо вместо чувств описываются соматические ощущения.

3. Примечательно, что психосоматические пациенты очень приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как «гипернормальность». Их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в пси-

хологических структурах, то остаются на уровне конкретно-предметного использования объектов.

4. Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки «субъект — объект» вытекает неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его «ключевой фигуры»). Отсюда становится понятным, почему потеря (вымыселенная или реальная) этой «ключевой фигуры» («потеря объекта») так часто обнаруживается как провоцирующая ситуацию в начале (или при ухудшении) болезни.

Таким образом, алекситимия рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к специфически психосоматическим заболеваниям. В последние годы ее рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний (Abramson et al., 1991; Dirks et al., 1981; Finn et al., 1987; Freyberger et al., 1985; Fukunishi et al., 1997; Greenberg, Dattore, 1983; Kauhanen et al., 1994; Numata et al., 1998).

### Бланк опросника

**Инструкция:** Вам будет предложено некоторое количество вопросов; на вопросы следует отвечать поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Не нужно тратить время на обдумывание. Пропускать вопросы нельзя. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

Вопросы	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Когда я плачу, я всегда знаю, почему					
2. Мечты — это потеря времени					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства я испытываю					

Вопросы	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
5. Я часто мечтаю о будущем					
6. Мне кажется, я способен заводить друзей так же легко, как и другие					
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11. Мне недостаточно знать, что что-то привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14. Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					

## Глава 2

Вопросы	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле					
18. Я редко мечтаю					
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26. Я часто не знаю, почему я сержусь					

### Оценка результатов

Ответ «совершенно согласен» оценивается в 1 балл, «совершенно не согласен» — в 5 баллов.

С тем же значением, но с отрицательным знаком, оцениваются следующие вопросы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24.

Оценка уровня алекситимии производится путем суммирования баллов, полученных за ответы на вопросы. Уровень алекситимии у здоровых людей — до 62 баллов, 63—73 балла — зона риска, выше 74 баллов — наличие алекситимии.

Ниже приведен средний уровень алекситимии у больных с психосоматическими расстройствами, больных неврозами и здоровых лиц ( $p<0,01$ ):

*Психосоматические заболевания:*

бронхиальная астма	71,8+1,4
гипертоническая болезнь	72,6+1,4
язвенная болезнь	71,1+1,4
<i>Неврозы</i>	70,1+1,3
<i>Контрольная группа здоровых</i>	59,3+1,3

## 2.2.2. Опросник Бека

Опросник Бека предназначен для диагностики депрессивных состояний.

Несмотря на то что утверждения теста очень прямые и позволяют испытуемому скрывать свое истинное состояние, использование опросника Бека в клинической практике показало его высокую эффективность при скрининговых и предварительных обследованиях.

Тестирование можно проводить в групповом и индивидуальном вариантах.

Результаты опросника высоко коррелируют с личностной и ситуативной тревожностью и алекситимией.

Все утверждения опросника Бека являются прямыми, поэтому для подсчета общего результата необходимо просто просуммировать все баллы, соответствующие выбранным утверждениям.

### Бланк опросника

**Инструкция:** Перед вами находится опросник, содержащий тринадцать групп (А — Н) из четырех утверждений (0—3). Прочитывайте, пожалуйста, каждую группу утверждений целиком. Затем выбирайте из каждой группы одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как вы себя чувствуете сегодня, то есть прямо сейчас.

Обведите номер выбранного вами утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся вам одинаково хорошо подходящими, то обведите все их номера. Прежде чем сделать свой выбор, убедитесь, что вы прочитали все утверждения в каждой группе.

**A 0 Мне не грустно**

1 Мне грустно или тоскливо

2 Мне все время тоскливо или грустно, но я ничего не могу с собой поделать

3 Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести

**B 0 Я смотрю в будущее без особого пессимизма или разочарования**

1 Я чувствую разочарование в будущем

2 Я чувствую, что мне нечего ждать впереди

3 Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может

**B 0 Я не чувствую себя неудачником**

1 Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей

2 Когда я оглядываюсь на жизнь, я вижу лишь цепь неудач

3 Я чувствую, что потерпел неудачу как личность (родитель, муж, жена)

**Г 0 Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности**

1 Ничто не радует меня так, как было раньше

2 Ничто больше не дает мне удовлетворения

3 Меня не удовлетворяет все

**Д 0 Я не чувствую никакой особенной вины**

1 Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным

2 У меня довольно сильное чувство вины

3 Я чувствую себя очень скверным и никчемным

**Е 0 Я не испытываю разочарования в себе**

1 Я разочарован в себе

2 У меня отвращение к себе

- 3 Я ненавижу себя**
- Ж 0 У меня нет никаких мыслей о самоповреждении**
- 1 Я чувствую, что мне было бы лучше умереть
  - 2 У меня есть определенные планы совершения самоубийства
  - 3 Я покончу с собой при первой возможности
- 3 0 У меня не потерян интерес к другим людям**
- 1 Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми
  - 2 У меня потерян почти весь интерес к другим людям, и почти нет никаких чувств к ним
  - 3 У меня потерян всякий интерес к другим людям, и они меня совершенно не заботят
- И 0 Я принимаю решения примерно так же легко, как и всегда**
- 1 Я пытаюсь отсрочить принятие решений
  - 2 Принятие решений дается мне с трудом
  - 3 Я больше совсем не могу принимать решения
- К 0 Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно**
- 1 Меня беспокоит то, что я выгляжу старо и непривлекательно
  - 2 Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным
  - 3 Я чувствую, что выгляжу гадко или отталкивающе
- Л 0 Я могу работать примерно так же хорошо, как и раньше**
- 1 Нужно делать дополнительные усилия, чтобы начать что-то делать
  - 2 Мне нужно с трудом пересилить себя, чтобы что-то сделать
  - 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу
- М 0 Я устаю не больше, чем обычно**
- 1 Я устаю быстрее, чем раньше
  - 2 Я устаю от любого занятия
  - 3 Я устал чем бы то ни было заниматься
- Н 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно**
- 1 Мой аппетит не так хорош, как бывало
  - 2 Мой аппетит теперь гораздо хуже, чем раньше
  - 3 У меня совсем нет аппетита

### Оценка результатов

Считается, что испытуемый страдает депрессией, если он набрал более 25 баллов. Результат менее 10 баллов говорит об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемого. Промежуточную группу составляют испытуемые с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического генеза.

В любом случае, интерпретируя результаты опросника, необходимо помнить о том, что состояние депрессии устанавливается специалистом в результате обследования и подробной клинической беседы, а результаты опросника могут дать лишь предварительное и приближенное представление о состоянии испытуемого.

### 2.2.3. Гиссенский опросник соматических жалоб

Гиссенский опросник соматических жалоб выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу состояния физического здоровья, которая высоко коррелирует с маскированной депрессией. Для правильной интерпретации необходимо выяснить, нет ли у обследуемого установленных соматических заболеваний с подтвержденными диагнозами.

Опросник имеет 5 шкал:

Е: Истощение.

М: Желудочные жалобы.

Г: Ревматический фактор.

Н: Сердечные жалобы.

Общий балл.

### Бланк опросника

**Инструкция:** Поставьте после каждого пункта опросника цифру, соответствующую вашему обычному состоянию:

0 – не беспокоит никогда;

1 – беспокоит очень редко;

2 – временами беспокоит;

3 – часто беспокоит;

4 – беспокоит почти постоянно.

Беспокоят ли вас:

<b>E</b>	<b>G</b>
Ощущение слабости	Боли в суставах и конечностях
Повышенная сонливость	Боли в пояснице или спине
Быстрая истощаемость	Боли в шее, затылке или плечевых суставах
Усталость	Головные боли
Чувство оглушенности	Чувство тяжести или усталости в ногах
Вялость	Ощущение давления в голове
<b>M</b>	<b>H</b>
Чувство переполнения в животе	Сердцебиение, перебои в сердце
Рвота	Головокружение
Тошнота	Ощущение кома в горле
Отрыжка	Тяжесть в груди
Изжога	Приступы одышки
Боли в желудке	Сердечные приступы

### Оценка результатов

**E:** Истощение. Характеризует субъективное представление человека о наличии/потере жизненной энергии и потребность в помощи. Коррелирует с депрессивным состоянием, алекситимией.

**M:** Желудочные жалобы. Шкала отражает выраженность психосоматических желудочных недомоганий (эпигастральный синдром).

**G:** Ревматический фактор. Шкала выражает субъективные страдания человека, носящие алгический или спастический характер.

**H:** Сердечные жалобы. Обычно у здоровых испытуемых сердечные жалобы наиболее необоснованы. Высокий балл по шкале свидетельствует о приписывании себе несуществующих симптомов с целью привлечь внимание или обратиться за помощью.

Общий балл: Общий балл показывает интенсивность соматических жалоб. Хорошо коррелирует с депрессией, алекситимией, личностной тревожностью.

Нормативов для отдельных шкал не предусмотрено. Оценивается общий балл исходя из того, что при максимально возможной сумме в 100 баллов среди здоровых людей 50% имеет менее 14 баллов, 75% — менее 20, 100% — менее 40 баллов.

### 2.2.4. Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН)

Этот общеизвестный опросник состоит из 30 строк, в каждой из которых представлены два полярных утверждения, из них 10 строк характеризуют самочувствие испытуемого, 10 — активность, 10 — настроение.

Бланк теста и методика обработки результатов легко доступны во многих справочниках по психологии.

Показатели самочувствия ниже 5,4 балла, активности — ниже 5,0 балла, настроения — ниже 5,1 балла расцениваются как низкие (ниже нормы).

### 2.2.5. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина

Опросник представляет собой весьма надежный и информативный инструмент для измерения тревожности как индивидуального свойства личности и как состояния в какой-либо определенный момент в прошлом, настоящем, будущем.

Под личностной тревожностью понимается относительно устойчивая индивидуальная характеристика, черта, дающая представление о предрасположенности человека к тревожности, т. е. о его склонности воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на эти ситуации появлением состояния тревожности различного уровня.

Как реактивная диспозиция личностная тревожность активизируется при восприятии определенных «опасных» стимулов, связанных со специфическими ситуациями угрозы престижу, самооценке, самоуважению индивида.

Высокий показатель личностной тревожности дает представление о высокой вероятности появления состояния тревожности у субъекта в ситуациях, где речь идет об оценке его компетентности, подготовленности и воспринимаемых им как угрожающие. Эта группа людей обычно требует повышенного внимания со стороны психотерапевта.

Низкотревожные субъекты, напротив, не склонны воспринимать угрозу своему престижу, самооценке в широком диапазоне ситуаций. Вероятность возникновения у них состояния тревожности значительно ниже, хотя и не исключена в отдельных особо важных и личностно значимых случаях

Реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, «нервозности», сопровождающимися активацией вегетативной нервной системы. Состояние тревожности как эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию может быть различным по интенсивности и является достаточно динамичным и изменчивым по времени.

Высокий показатель реактивной тревожности косвенно свидетельствует о выраженному психоэмоциональному напряжении пациента. Этот показатель чутко реагирует на изменения психоэмоционального состояния пациента в процессе лечения и является одним из наиболее удобных для оценки эффективности психотерапевтической коррекции.

Шкала Спилбергера — Ханина состоит из 40 вопросов, в том числе из 20 вопросов, характеризующих реактивную тревожность (опросник А) и еще 20 вопросов, характеризующих личностную тревогу (опросник Б).

В зависимости от задач исследования каждый из опросников может применяться самостоятельно либо оба вместе. В последнем случае реактивная тревожность измеряется первой.

Опрос может проводиться индивидуально или в группах, без ограничения времени.

Для снижения вероятности образования установки на положительные или отрицательные вопросы в каждый из опросников включено примерно одинаковое число суждений, характеризующих высокую и низкую степень тревожности.

Испытуемому предлагается ответить на вопросы, указав, как он себя чувствует в данный момент (реактивная тревожность, 1–20 вопросы) и как он себя чувствует обычно (личностная тревожность, 21–40 вопросы).

На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа по степени интенсивности реактивной тревожности и по частоте выраженной личностной тревожности.

### Бланк опросника

#### Опросник «А»

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже утверждений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в

## Глава 2

**данный момент.** Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Помните, что в каждой строке должна быть зачеркнута только одна цифра!

Утверждения	Вовсе нет	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1. Я спокоен	1	2	3	4
2. Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3. Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4. Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5. Я чувствую себя спокойно	1	2	3	4
6. Я расстроен	1	2	3	4
7. Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8. Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9. Я встревожен	1	2	3	4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11. Я уверен в себе	1	2	3	4
12. Я нервничаю	1	2	3	4
13. Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14. Я взвинчен	1	2	3	4
15. Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16. Я доволен	1	2	3	4
17. Я озабочен	1	2	3	4
18. Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19. Мне радостно	1	2	3	4
20. Мне приятно	1	2	3	4

### Опросник «Б»

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете

**обычно.** Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Помните, что в каждой строке должна быть зачеркнута только одна цифра!

Утверждения	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
2. Я обычно устаю	1	2	3	4
3. Я легко могу заплакать	1	2	3	4
4. Я хотел бы быть таким счастливым, как и другие	1	2	3	4
5. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
6. Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
7. Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
9. Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10. Я вполне счастлив	1	2	3	4
11. Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
12. Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13. Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
14. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
15. У меня бывает хандра	1	2	3	4
16. Я доволен	1	2	3	4
17. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
19. Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

### Обработка результатов

При ответах на высокотревожные вопросы «1» означает отсутствие либо легкую степень тревожности, а отметка «4» означает высокую тревожность. При обработке результатов балльные оценки в этих вопросах имеют обратную направленность.

Уровень реактивной тревожности вычисляется по формуле:

$$Tr = Erp - Ero + 50, \text{ где:}$$

Tr — показатель реактивной тревожности;

Erp — сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

Ero — сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

$$Tl = Elp - Elo + 35, \text{ где:}$$

Tl — показатель личностной тревожности;

Elp — сумма баллов по прямым вопросам (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

Elo — сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Показатель, не достигающий 30 баллов, рассматривается как свидетельствующий о низкой тревожности, от 31 до 45 баллов — об умеренной, свыше 45 баллов — о высокой.

### 2.2.6. Личностный опросник Айзенка

Данная методика используется для выявления особенностей характера, которые получили название «экстраверсия», «интроверсия» и «нейротизм».

Для экстравертов наиболее характерны такие черты, как общительность, отзывчивость, непринужденность, жизнерадостность, уверенность в себе, стремление к лидерству. Они имеют много друзей, оптимистически настроены, добродушно-веселы, но иногда бывают вспыльчивы, несдержанны.

Интроверты в большинстве своем спокойны, уравновешены, рассудительны, осмотрительны, миролюбивы, контролируют свои поступки, действия их всегда продуманы, рациональны. Круг друзей небольшой, предпочитают книги, личные встречи, высоко ценят «эстетические нормы».

Нейротики отличаются нестабильностью, неуравновешенностью нервно-психических процессов, эмоциональной неустойчивостью, лабильностью вегетативной нервной системы, легко возбудимы. Для них характерны изменчивость настроения, сенситивность, а также тревожность, мнительность, медлительность, склонность к пессимизму, нерешительность.

Если показатель экстра-/интровертированности является достаточно стабильной характеристикой личности пациента и имеет значение лишь для выбора тактики поведения психотерапевта в процессе общения с ним, то показатель уровня нейротизма коррелирует с выраженностью его психоэмоциональной напряженности и помогает объективизировать эффективность психотерапии.

Бланк опросника и методика обработки и оценки результатов легко доступны во многих справочниках по психологии.

## 2.2.7. Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни

Влияние любого хронического соматического заболевания на социальный статус больного, его положение в обществе и микросоциальной среде, круг интересов, уровень притязаний издавна не вызывает сомнений у клиницистов.

Естественно, что хроническое соматическое страдание приводит к ломке привычного образа жизни и деятельности больного человека, необходимости формирования нового жизненного стереотипа.

При этом не так важно, насколько существенную роль в возникновении и течении данного заболевания можно отвести психогенным факторам и можно ли его с уверенностью отнести к психосоматическим заболеваниям или нет.

Исследования, проведенные на достаточно презентабельном массиве больных полярными с точки зрения психосоматической природы заболеваниями: с одной стороны, классическим психосоматозом — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; а с другой стороны — таким заболеванием, которое никто из авторитетных специалистов не относит к психосоматическим — мочекаменной болезнью, показали, что, несмотря на абсолютно разную природу этих

заболеваний, их дезадаптирующее влияние на социальный статус больных ни по частоте, ни по степени выраженности практически ничем не отличается и отмечается почти в ста процентах случаев (Михайлов и др., 2002).

Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», а следовательно, и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации, ибо изменение отношения больного к своему страданию наряду с купированием невротической симптоматики и воздействием на патогенетические механизмы психосоматического заболевания — одна из главных задач психотерапии в соматической клинике.

Вместе с тем клинические наблюдения показывают, что разные больные зачастую вкладывают в понимание такой самооценки совершенно разное содержание.

На основании опроса двух тысяч больных различными хроническими соматическими заболеваниями был разработан формализованный опросник, позволяющий выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса больных (Михайлов и др., 2002).

### Бланк опросника

**Инструкция:** Вам предлагается 10 утверждений и 5 вариантов ответов. После каждого утверждения поставьте крестик в одной колонке, соответствующей вашему согласию или несогласию с этим утверждением.

Утверждения	Наверняка нет	Скорее нет	Затрудняюсь ответить	Пожалуй, да	Безусловно да
1) Из-за болезни я не могу работать с прежней работоспособностью, стал(а) слабым(ой), немощным(ой), сам(а) себе неприятен(а)					
2) Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел(а) родным со своей болезнью					

Утверждения	Навер- няка нет	Ско- рее нет	Затруд- няюсь ответить	Пожа- луй, да	Безус- ловно да
3) Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях					
4) Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют и даже придираются					
5) Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы					
6) Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру					
7) После того как заболел(а), замечаю изменения в своей внешности, стал(а) некрасивым(ой), неприятным(ой) для окружающих					
8) Моя болезнь сделала меня несчастным(ой), заставляет чувствовать себя не таким(ой), как все					
9) Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей					
10) Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не дает возможности больше зарабатывать					

### Обработка результатов

Один из двух последних вариантов ответов расценивается как свидетельствующий о высокой либо очень высокой значимости для данного больного влияния болезни на ту или иную условно выделенную сферу его социального статуса (соответствующую номеру вопроса):

1. Ограничение ощущения силы и энергии;
2. Ухудшение отношения к больному в семье;
3. Ограничение удовольствий;
4. Ухудшение отношения к больному на работе;
5. Ограничение свободного времени;
6. Ограничение карьеры;
7. Снижение физической привлекательности;
8. Формирование чувства ущербности;
9. Ограничение общения;
10. Материальный ущерб.

Расположение их в виде векторов на диаграмме позволяет более наглядно судить о степени социальной значимости заболевания для данного больного в целом, а также о тех направлениях, которые следует рассматривать как «мишени» или «точки приложения» психотерапевтического воздействия в процессе его медико-социальной реабилитации.

#### **2.2.8. Методика незаконченных предложений Сакса – Сиднея, модифицированная для психосоматических больных**

Суть методики состоит в том, что испытуемому предлагается опросник, содержащий 64 незаконченных предложения с детерминирующим реакцию началом, и дается инструкция закончить их первой пришедшей на ум фразой.

#### **Бланк опросника**

**Инструкция:** Прочтите внимательно эти незаконченные предложения, дополнив их первой пришедшей вам в голову мыслью. Делайте это как можно быстрее. Если вы не можете закончить какое-нибудь предложение, оставьте его, обведя

кружком номер, и вернитесь к нему позже. Будьте правдивы. Ваши ответы никому, кроме психотерапевта, не будут известны.

1. Думаю, что мой отец редко...
2. Если все против меня, то...
3. Я всегда хотел...
4. Если бы я занимал руководящий пост...
5. Будущее кажется мне...
6. Если бы не болезнь...
7. Мое начальство...
8. Знаю, что глупо, но боюсь...
9. Думаю, настоящий друг...
10. Когда я был ребенком...
11. Идеалом женщины (мужчины) для меня является...
12. Когда я вижу женщину вместе с мужчиной...
13. По сравнению с большинством других семей моя семья...
14. Лучше всего мне работается с...
15. Моя мать и я...
16. Все-таки здоровые люди...
17. Сделал бы все, чтобы забыть...
18. Если бы только мой отец захотел...
19. Думаю, что я достаточно свободен, чтобы...
20. Я мог бы быть очень счастливым, если бы...
21. Если кто-нибудь работает под моим руководством...
22. Надеюсь на...
23. В школе мои учителя...
24. Большинство моих товарищей не знают, что я боюсь...
25. Не люблю людей, которые...
26. Раньше я...
27. Считаю, что юношей (девушек)...
28. Супружеская жизнь кажется мне...
29. Моя семья обращается со мной, как с...
30. Люди, с которыми я работаю...
31. Моя мать...
32. Моей самой большой ошибкой было...
33. Я хотел бы, чтобы мой отец...
34. Моя наибольшая слабость заключается в том...
35. Моя болезнь...
36. Моим скрытым желанием в жизни...
37. Мои подчиненные...
38. Наступит тот день, когда...

39. Когда ко мне приближается мой начальник...
40. Хотелось бы мне перестать бояться...
41. Больше всего люблю тех людей, которые...
42. Если бы я снова стал молодым...
43. Считаю, что большинство женщин (мужчин)...
44. Если бы у меня была нормальная половая жизнь...
45. Большинство известных мне семей...
46. Люблю работать с людьми, которые...
47. Считаю, что большинство матерей...
48. Когда я был молодым, то чувствовал себя виноватым, если...
49. Думаю, что мой отец...
50. Когда мне начинает не везти, я...
51. Когда я даю другим поручение...
52. Больше всего я хотел бы в жизни...
53. Когда я буду старым...
54. Люди, превосходство которых над собой я признаю...
55. Мои опасения не раз заставляли меня...
56. Когда меня нет, мои друзья...
57. Из-за болезни...
58. Моим самым живым детским воспоминанием является...
59. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины)...
60. Моя половая жизнь...
61. Когда я был ребенком, моя семья...
62. Люди, которые работают со мной...
63. Я люблю свою мать, но...
64. Самое худшее, что мне случилось совершить, это...

При затруднении испытуемому необходимо повторить инструкцию и дать пример ответа: «Я думаю, что мой отец бывает не прав». Ответы испытуемого группируются в ключе.

### **Ключ к методике незаконченных предложений Сакса — Сиднея**

1. Отношение к матери — предложения № 15, 31, 47, 63.
2. Отношение к отцу — предложения № 1, 18, 36, 49.
3. Отношение к семье — предложения № 13, 29, 45, 61.
4. Отношение к женщинам (мужчинам) — предложения № 11, 27, 43, 59.
5. Отношение к половой жизни — предложения № 12, 28, 44, 60.

6. Отношение к товарищам и знакомым — предложения № 9, 25, 41, 56.
7. Отношение к вышестоящим лицам на работе, в школе — предложения № 7, 23, 39, 54.
8. Отношение к подчиненным — предложения № 4, 21, 37, 51.
9. Отношение к товарищам по работе — предложения № 14, 30, 43, 62.
10. Страхи и опасения — предложения № 8, 24, 40, 55.
11. Сознание вины — предложения № 17, 32, 48, 64.
12. Отношение к себе — предложения № 2, 19, 37, 50.
13. Отношение к прошлому — предложения № 10, 26, 42, 58.
14. Отношение к будущему — предложения № 5, 22, 38, 53.
15. Цели — предложения № 3, 19, 36, 52.
16. Отношение к болезни — предложения № 6, 16, 35, 57.

### Обработка результатов

Учитывается качество ответа (смысл законченного предложения), латентный период (время, затраченное на обдумывание ответа), а также эмоциональная реакция испытуемого.

Каждый ответ (система отношений) оценивается по 3-балльной системе (0, 1, 2).

0 баллов ставится в том случае, если адаптация не нарушена, конфликт не выявлен;

1 — если конфликт на субклиническом уровне, испытуемый сам видит пути разрешения конфликта;

2 — когда адаптация нарушена, требует психотерапевтической коррекции.

Анализируя ответы испытуемого, удается выявить его отношение к себе, своему прошлому, настоящему, будущему, окружающей среде и др.

Часть ответов бывает формального характера, соответствующая по содержанию началу фразы. Эмоционально значимые предложения даже при формальном соответствии ответа сопровождаются задержкой (удлинением латентного периода), мимико-вегетативной реакцией.

У пациентов с истерической акцентуацией, как правило, выявляется множество конфликтов, выражена демонстративность, вычурность ответов.

У пациентов со страхами и болезненными переживаниями выявляется неуверенность в будущем.

Чем категоричнее и ярче даже отрицательные ответы, свидетельствующие о конфликте, тем больше они свидетельствуют о социальной дезадаптации испытуемого.

Методика помогает сориентироваться в многообразной системе отношений личности пациента, выявить нарушения этих отношений, определить точки приложения психотерапевтической коррекции и реабилитации пациентов.

Включение четырех дополнительных предложений (№ 6, 16, 35, 57) позволяет оценить степень выраженности психотравмирующего воздействия на соматическое заболевание.

При этом следует иметь в виду, что заболевание как психотравма может находить свое отражение и в высказываниях пациентов по другим вопросам, прямо не связанным с болезнью.

### 2.2.9. Методика определения психологической характеристики темперамента

Опросник темперамента позволяет диагностировать следующие полярные его свойства: экстраверсию — интроверсию, ригидность — пластичность, эмоциональную возбудимость — эмоциональную уравновешенность, темп реакций (быстрый — медленный), активность (высокую — низкую) и, кроме того, искренность испытуемого в ответах на вопросы. Каждое свойство темперамента оценивается с помощью кода опросника.

#### Бланк опросника

**Инструкция:** Нужно ответить на каждый вопрос «да» либо «нет» и записать свой ответ (+ или —) рядом с номером вопроса. Не следует тратить много времени на обдумывание вопросов. Дайте тот ответ, который первым приходит в голову. Отвечайте на все вопросы подряд, ничего не пропуская. Чем искреннее вы это сделаете, тем точнее и правильнее сможете изучить свой темперамент.

1. Вы любите часто бывать в компании?
2. Вы избегаете иметь вещи, которые ненадежны, непрочны, хотя и красивы?
3. Часто ли у вас бывают подъемы и спады настроения?
4. Во время беседы вы очень быстро говорите?

5. Вам нравится работа, требующая полного напряжения сил и способностей?
6. Бывает ли, что вы передаете слухи?
7. Считаете ли вы себя человеком очень веселым и жизнерадостным?
8. Вы очень привыкаете к определенной одежде, ее цвету и покрою, так, что неохотно меняете ее на что-нибудь другое?
9. Часто ли вы чувствуете, что нуждаетесь в людях, которые вас понимают, могут одобрить и утешить?
10. У вас очень быстрый почерк?
11. Ищете ли вы себе сами работу, занятие, хотя можно было бы и отдыхать?
12. Бывает ли так, что вы не выполняете своих обещаний?
13. У вас много очень хороших друзей?
14. Трудно ли вам оторваться от дела, которым поглощены, и переключиться на другое?
15. Часто ли вас терзает чувство вины?
16. Обычно вы ходите очень быстро, независимо от того, спешите или нет?
17. В школе вы бились над трудными задачками до тех пор, пока не решали их?
18. Бывает ли, что иногда вы соображаете хуже, чем обычно?
19. Вам легко найти общий язык с незнакомыми людьми?
20. Часто ли вы планируете, как будете себя вести при встрече, беседе?
21. Вы вспыльчивы и легкоранимы намеками и шутками над вами?
22. Во время беседы обычно вы жестикулируете?
23. Чаще всего вы просыпаетесь утром свежим и хорошо отдохнувшим?
24. Бывают ли у вас такие мысли, о которых вы не хотели, чтобы о них знали другие?
25. Вы любите подшучивать над другими?
26. Склонны ли вы к тому, чтобы основательно проверить свои мысли, прежде чем их сообщать кому-либо?
27. Часто ли вам снятся кошмары?
28. Обычно вы легко запоминаете и усваиваете новый учебный материал?
29. Вы настолько активны, что вам трудно даже несколько часов быть без дела?
30. Бывало ли, что, разозлившись, вы выходили из себя?

31. Вам нетрудно внести оживление в довольно скучную компанию?
32. Вы обычно довольно долго раздумываете, принимая какое-то, даже не очень важное, решение?
33. Вам говорили, что вы принимаете все слишком близко к сердцу?
34. Вам нравится играть в игры, требующие быстроты и хорошей реакции?
35. Если у вас что-то долго не получается, то обычно вы все же пытаетесь сделать это?
36. Возникало ли у вас, хотя и кратковременно, чувство раздражения к вашим родителям?
37. Считаете ли вы себя открытым и общительным человеком?
38. Обычно вам трудно взяться за новое дело?
39. Беспокоит ли вас чувство, что вы чем-то хуже других?
40. Обычно вам трудно что-то делать с медлительными и неторопливыми людьми?
41. В течение дня вы можете долго и продуктивно заниматься чем-либо, не чувствуя усталости?
42. У вас есть привычки, от которых следовало бы избавиться?
43. Вас принимают иногда за человека беззаботного?
44. Считаете ли вы хорошим другом только того, чья симпатия к вам надежна и проверена?
45. Вас можно быстро рассердить?
46. Во время дискуссии обычно вы быстро находите подходящий ответ?
47. Вы можете заставить себя долго и продуктивно, не отвлекаясь, заниматься чем-либо?
48. Бывает ли, что вы говорите о вещах, в которых совсем не разбираетесь?

### Обработка результатов

Следует построчно сложить ответы «да» (в коде указаны их номера) и полученные суммы умножить на коэффициент (3, 2 или 1 балл), затем то же сделать с ответами «нет». После этого вычисляется общая сумма баллов, характеризующая конкретное свойство темперамента.

Обработку результатов удобно проводить с помощью масок или в компьютеризированной форме.

**Коды опросника:**

Свойства темперамента	Ответы «да»	Балл	Ответы «нет»	Балл
1. Экстраверсия	1, 7, 23, 19, 25, 31, 37, 4, 43	3 2	2	1
2. Ригидность	8, 26, 32, 2, 14, 20, 38, 44	3	37 19, 46	2 1
3. Эмоциональная возбудимость	15, 21, 33 39, 45, 3, 9, 27	3 2 1		
4. Темп реакций	4, 16, 28, 10, 22, 34, 40, 46, 17, 29, 37	3 2 1		
5. Активность	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 10	3 1	38	1
6. Искренность	30, 36, 42, 48, 6, 12, 18, 25, 24	3 2 1	23	1

В начале обработки результатов опроса оцените искренность ответов по соответствующей шкале: высокая – 13–20 баллов, средняя – 8 – 12 баллов, низкая – 0 – 7 баллов (ответы ненадежны).

Затем, руководствуясь таблицей «Средние оценки и зоны выраженности свойств темперамента», определите степень выраженности каждого свойства и зафиксируйте письменно, например:

«Темперамент характеризуется очень высокой экстраверсией (24 балла), средней пластичностью (7 баллов), очень высокой эмоциональной уравновешенностью (5 баллов), быстрым темпом реакций (14 баллов), низкой активностью (9 баллов)».

**Средние оценки и зоны выраженности свойств темперамента:**

Экстраверсия	Ригидность	Эмоциональная возбудимость	Темп реакций	Активность
22–26 очень высокая	16–23 очень высокая	18–20 очень высокая	20–22 очень высокий	24– 26 очень высокая

Экстраверсия	Ригидность	Эмоциональная возбудимость	Темп реакций	Активность
17–21 высокая	12–15 высокая	14–17 высокая	14–19 высокий	21–23 высокая
16–13 средняя	8–10 средняя	13 средняя	9–13 средний	14–20 средняя
12–16 средняя	7–11 средняя	8–12 средняя	5–8 медленный	9–13 низкая
7–11 высокая	3–6 высокая	4–7 высокая	0–4 очень медленный	0–8 очень низкая
0–6 очень высокая	0–2 очень высокая	0–3 очень высокая		
Интроверсия	Пластичность	Эмоциональная уравновешенность		

## 2.2.10. Опросник Шмишека

### Текст опросника

**Инструкция:** Вам предлагается ряд вопросов. Возле номера каждого из них поставьте «+», если вы с ним согласны, или «—», если для вас это нехарактерно.

1. Ваше настроение, как правило, бывает ясным, неомраченным?
2. Восприимчивы ли вы к оскорблениюм, обидам?
3. Легко ли вы плачете?
4. Возникает ли у вас по окончании какой-либо работы сомнения в качестве ее исполнения и прибегаете ли вы к проверке — правильно ли все было сделано?
5. Были ли вы в детстве таким же смелым, как ваши сверстники?
6. Часто ли у вас бывают резкие смены настроения (только что парили в облаках от счастья, и вдруг становится очень грустно)?
7. Бываете ли вы обычно во время веселья в центре внимания?
8. Бывают ли у вас дни, когда вы без особых причин ворчливы и раздражительны и все считают, что вас лучше не трогать?
9. Всегда ли вы отвечаете на письма сразу после прочтения?

10. Вы человек серьезный?
11. Способны ли вы на время так сильно увлечься чем-нибудь, что все остальное перестает быть значимым для вас?
12. Предприимчивы ли вы?
13. Быстро ли вы забываете обиды и оскорблении?
14. Мягкосердечны ли вы?
15. Когда вы бросаете письмо в почтовый ящик, проверяете ли вы, опустилось оно туда или нет?
16. Требует ли ваше честолюбие, чтобы в работе (учебе) вы были одним из первых?
17. Боялись ли вы в детские годы грозы и собак?
18. Смеетесь ли вы иногда над неприличными шутками?
19. Есть ли среди ваших знакомых люди, которые считают вас педантичным?
20. Очень ли зависит ваше настроение от внешних обстоятельств и событий?
21. Любят ли вас ваши знакомые?
22. Часто ли вы находитесь во власти сильных внутренних порывов и побуждений?
23. Ваше настроение обычно несколько подавлено?
24. Случалось ли вам рыдать, переживая тяжелое нервное потрясение?
25. Трудно ли вам долго сидеть на одном месте?
26. Отстаиваете ли вы свои интересы, когда по отношению к вам допускается несправедливость?
27. Хвастаетесь ли вы иногда?
28. Сможете ли вы в случае надобности зарезать домашнее животное или птицу?
29. Раздражает ли вас, если штора или скатерть висит неровно, стараетесь ли вы это поправить?
30. Боялись ли вы в детстве оставаться дома одни?
31. Часто ли портится ваше настроение без видимых причин?
32. Случалось ли вам быть одним из лучших в вашей профессиональной деятельности?
33. Легко ли вы впадаете в гнев?
34. Способны ли вы быть шаловливо-веселым?
35. Бывают ли у вас состояния, когда вы переполнены счастьем?
36. Смогли бы вы играть роль конферансье в веселых представлениях?
37. Лгали ли вы когда-нибудь в своей жизни?
38. Говорите ли вы людям свое мнение о них прямо в глаза?

39. Можете ли вы спокойно смотреть на кровь?
40. Нравится ли вам работа, когда только вы один ответственны за нее?
41. Заступаетесь ли вы за людей, по отношению к которым допущена несправедливость?
42. Беспокоит ли вас необходимость спуститься в темный подгреб, войти в пустую темную комнату?
43. Предпочитаете ли вы деятельность, которую нужно выполнять долго и точно, той, которая не требует большой кропотливости и делается быстро?
44. Вы очень общительный человек?
45. Охотно ли вы в школе декламировали стихи?
46. Сбегали ли вы в детстве из дома?
47. Обычно вы без колебаний уступаете место в автобусе престарелым пассажирам?
48. Часто ли вам жизнь кажется тяжелой?
49. Случалось ли вам так расстраиваться из-за какого-нибудь конфликта, что после этого вы чувствовали себя не в состоянии пойти на работу?
50. Можно ли сказать, что при неудаче вы сохраняете чувство юмора?
51. Стаетесь ли вы помириться, если кого-нибудь обидели?  
Предпринимаете ли вы первым шаги к примирению?
52. Очень ли вы любите животных?
53. Случалось ли вам, уходя из дома, возвратиться, чтобы проверить: не произошло ли чего-нибудь?
54. Беспокоили ли вас когда-нибудь мысли, что с вами или с вашими родственниками должно что-либо случиться?
55. Существенно ли зависит ваше настроение от погоды?
56. Трудно ли вам выступать перед большой аудиторией?
57. Можете ли вы, рассердившись на кого-либо, пустить в ход руки?
58. Очень ли вы любите веселиться?
59. Вы всегда говорите то, что думаете?
60. Можете ли вы под влиянием разочарования впасть в отчаяние?
61. Привлекает ли вас роль организатора в каком-нибудь деле?
62. Упорствуете ли вы на пути к достижению цели, если встречается какое-либо препятствие?
63. Чувствовали ли вы когда-нибудь удовлетворение при неудачах людей, которые вам неприятны?

64. Может ли трагический фильм взволновать вас так, что у вас на глазах выступят слезы?
65. Часто ли вам мешают уснуть мысли о проблемах прошлого или о будущем дне?
66. Свойственно ли было вам в школьные годы подсказывать или давать списывать товарищам?
67. Смогли бы вы пройти в темноте один через кладбище?
68. Вы, не раздумывая, вернули бы лишние деньги в кассу, если бы обнаружили, что получили их слишком много?
69. Большое ли вы значение придаете тому, что каждая вещь в вашем доме должна находиться на своем месте?
70. Случается ли, что, ложась спать в отличном настроении, следующим утром вы встаете в плохом расположении духа, которое длится несколько часов?
71. Легко ли вы приспосабливаетесь к новой ситуации?
72. Часто ли у вас бывают головокружения?
73. Часто ли вы смеетесь?
74. Сможете ли вы относиться к человеку, о котором вы плохого мнения, так приветливо, что никто не догадывается о вашем действительном отношении к нему?
75. Вы человек живой и подвижный?
76. Сильно ли вы страдаете, когда совершается несправедливость?
77. Вы страстный любитель природы?
78. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли вы, закрыты ли краны, погашен ли везде свет, заперты ли двери?
79. Пугливы ли вы?
80. Может ли принятие алкоголя изменить ваше настроение?
81. Охотно ли вы принимаете участие в кружках художественной самодеятельности?
82. Тянет ли вас иногда уехать далеко от дома?
83. Смотрите ли вы на будущее немного пессимистично?
84. Бывают ли у вас переходы от веселого настроения к тоскливому?
85. Можете ли вы развлекать общество, быть душой компании?
86. Долго ли вы храните чувство гнева, досады?
87. Переживаете ли вы долгое время горести других людей?
88. Всегда ли вы соглашаетесь с замечаниями в свой адрес, правильность которых сознаете?
89. Могли ли вы в школьные годы переписать из-за помарок страницу в тетради?

90. Вы по отношению к людям больше осторожны и недоверчивы, чем доверчивы?
91. Часто ли у вас бывают страшные сновидения?
92. Бывают ли у вас иногда такие навязчивые мысли, что если вы стоите на перроне, то можете против своей воли кинуться под приближающийся поезд или можете кинуться из окна верхнего этажа большого дома?
93. Становитесь ли вы веселее в обществе веселых людей?
94. Вы человек, который не думает о сложных проблемах, а если и занимается ими, то недолго?
95. Совершаете ли вы под влиянием алкоголя внезапные, импульсивные поступки?
96. В беседах вы больше молчите, чем говорите?
97. Могли бы вы, изображая кого-нибудь, так увлечься, чтобы на время забыть, какой вы на самом деле?

### Обработка результатов

Свойство характера	Коэффициент	«да», номера вопросов	«нет», номера вопросов
1. Гипертимность	3	1, 12, 25, 36, 50, 61, 75, 85	—
2. Эмоциональность	3	3, 14, 52, 64, 77, 87	28, 39
3. Тревожность	3	17, 30, 42, 54, 79, 91	5, 67
4. Демонстративность	2	7, 21, 24, 32, 45, 49, 71, 74, 81, 94, 97	56
5. Дистимичность	3	10, 23, 48, 83, 96	34, 58, 73
6. Застревание	2	2, 16, 26, 38, 41, 62, 76, 86, 90	13, 51
7. Педантичность	2	4, 15, 19, 29, 43, 53, 65, 69, 78, 89, 92	40
8. Циклотимность	3	6, 20, 31, 44, 55, 70, 80, 93	—
9. Возбудимость	3	8, 22, 33, 46, 57, 72, 82, 95	—
10. Экзальтированность	6	11, 35, 60, 84	—
11. Ложь	1	9, 47, 59, 68, 88	18, 27, 37, 63

Количество совпадающих с ключом ответов умножается на значение коэффициента соответствующего типа акцентуации. Если полученная величина превышает 18, то это свидетельствует о выраженности данного типа акцентуации.

## 2.2.11. Тест Кейрси

### Текст опросника

**Инструкция:** Опросник содержит 70 утверждений, каждое из которых имеет два варианта — а и б. Ваша задача — выбрать один из них. Имейте в виду, что оба варианта равнозначны, не нужно искать какого-то «более правильного» из них, выбирайте тот, который больше соответствует вашему поведению, вашим представлениям о себе, вашим взглядам на жизнь. В бланке, помещенном в конце опросника, обведите кружком букву, соответствующую выбранному вами варианту каждого утверждения.

- 1) В компании (на вечеринке) вы
  - а) общаетесь со многими, включая и незнакомых;
  - б) общаетесь с немногими — только с вашими знакомыми.
- 2) Вы человек
  - а) скорее реалистичный, чем склонный теоретизировать;
  - б) скорее склонный теоретизировать, чем реалистичный.
- 3) Как вы думаете, что хуже —
  - а) «вивать в облаках»;
  - б) придерживаться проторенной дорожки.
- 4) Вы более подвержены влиянию
  - а) принципов, законов;
  - б) эмоций, чувств.
- 5) Вы более склонны
  - а) убеждать;
  - б) затрагивать чувства.
- 6) Вы предпочитаете работать
  - а) выполняя все точно в срок;
  - б) не связывая себя определенными сроками.

- 7) Вы склонны делать выбор
  - a) довольно осторожно;
  - b) внезапно, импульсивно.
- 8) В компании (на вечеринке) вы
  - a) остаетесь допоздна, не чувствуя усталости;
  - b) быстро утомляетесь и предпочитаете пораньше уйти.
- 9) Вас больше привлекают
  - a) люди здравомыслящие;
  - b) люди с богатым воображением.
- 10) Вам интереснее
  - a) то, что происходит в действительности;
  - b) те события, которые могут произойти.
- 11) Оценивая поступки людей, вы
  - a) больше учитываете требования закона, чем обстоятельства;
  - b) больше учитываете обстоятельства, чем требования закона.
- 12) Обращаясь к другим, вы склонны
  - a) соблюдать формальности, этикет;
  - b) проявлять свои личные, индивидуальные качества.
- 13) Вы человек скорее
  - a) точный, пунктуальный;
  - b) неторопливый, медлительный.
- 14) Вас больше беспокоит
  - a) необходимость оставлять дело незаконченным;
  - b) необходимость непременно доводить дело до конца.
- 15) В кругу знакомых вы, как правило,
  - a) в курсе происходящих событий;
  - b) узнаете о новостях с опозданием.
- 16) Повседневные дела вам нравится делать
  - a) общепринятым способом;
  - b) своим оригинальным способом.
- 17) Вы предпочитаете таких писателей, которые
  - a) выражают свои мысли просто и четко, напрямую;
  - b) пользуются аналогиями, иносказаниями.
- 18) Вас больше привлекает
  - a) стройность мысли;
  - b) гармония человеческих отношений.

- 19) Вы чувствуете себя увереннее  
    а) в логических умозаключениях;  
    б) в практических оценках ситуаций.
- 20) Жизнь доставляет вам больше удовольствия, когда дела  
    а) решены и устроены;  
    б) не решены и пока не уложены.
- 21) Вы человек  
    а) скорее серьезный, ответственный;  
    б) скорее беспечный, беззаботный.
- 22) При телефонных разговорах вы  
    а) заранее не продумываете, что нужно сказать;  
    б) мысленно «репетируете» то, что будет сказано.
- 23) По вашему мнению, факты  
    а) важны сами по себе;  
    б) важны как проявления общих закономерностей.
- 24) Фантазеры, мечтатели обычно  
    а) раздражают вас;  
    б) довольно симпатичны вам.
- 25) Вы чаще действуете как человек  
    а) хладнокровный;  
    б) горячий, вспыльчивый.
- 26) Как вы думаете, что хуже —  
    а) быть несправедливым;  
    б) быть беспощадным.
- 27) Обычно вы предпочитаете действовать  
    а) тщательно оценивая все возможности;  
    б) полагаясь на волю случая.
- 28) Вам приятнее  
    а) покупать что-либо;  
    б) иметь возможность купить.
- 29) В компании вы, как правило,  
    а) первым заводите беседу;  
    б) ждете, когда с вами заговорят.
- 30) С вашей точки зрения, здравый смысл  
    а) редко ошибается;  
    б) часто попадает впросак.
- 31) Детям часто не хватает  
    а) практичности;  
    б) воображения.

- 32) В принятии решений вы руководствуетесь скорее
  - а) принятыми нормами;
  - б) своими чувствами, ощущениями.
- 33) Вы человек
  - а) скорее твердый, чем мягкий;
  - б) скорее мягкий, чем твердый.
- 34) Что, по-вашему, больше впечатляет:
  - а) умение методично организовать;
  - б) умение приспособиться и довольствоваться достигнутым.
- 35) Вы больше цените
  - а) определенность, законченность;
  - б) открытость, многовариантность.
- 36) Новые и нестандартные отношения с людьми
  - а) стимулируют, придают вам энергию;
  - б) утомляют вас.
- 37) Вы чаще действуете
  - а) как человек практического склада;
  - б) как человек оригинальный, необычный.
- 38) Вы более склонны
  - а) находить пользу в отношениях с людьми;
  - б) понимать мысли и чувства других людей.
- 39) Вам приносит большее удовлетворение
  - а) тщательное и всестороннее обсуждение спорного вопроса;
  - б) достижение соглашения по спорному вопросу.
- 40) Вы руководствуетесь более
  - а) рассудком;
  - б) велениями сердца.
- 41) Вам удобнее выполнять работу
  - а) по предварительной договоренности;
  - б) которая подвернулась случайно.
- 42) Вы обычно полагаетесь
  - а) на организованность, порядок;
  - б) на случайность, неожиданность.
- 43) Вы предпочитаете иметь
  - а) много друзей на непродолжительное время;
  - б) несколько старых друзей.

- 44) Вы руководствуетесь в большей степени  
 а) фактами, обстоятельствами;  
 б) общими положениями, правилами, принципами.
- 45) Вас больше интересуют  
 а) производство и сбыт продукции;  
 б) проектирование и исследования.
- 46) Что вы скорее считаете за комплимент:  
 а) «Вы очень логичный человек»;  
 б) «Вы тонко чувствующий человек».
- 47) Более ценным качеством для себя вы считаете  
 а) невозмутимость;  
 б) увлеченность.
- 48) Вы предпочитаете высказывать  
 а) определенные и окончательные утверждения;  
 б) предварительные и неоднозначные утверждения.
- 49) Вы лучше чувствуете себя  
 а) после принятия решения;  
 б) не ограничивая себя решениями.
- 50) Общаешься с незнакомыми, вы  
 а) легко завязываете продолжительные беседы;  
 б) не всегда находите темы для разговора.

**Бланк опросника**

1	2	3	4	5	6	7
1 a b	2 a b	3 a b	4 a b	5 a b	6 a b	7 a b
8 a b	9 a b	10 a b	11 a b	12 a b	13 a b	14 a b
15 a b	16 a b	17 a b	18 a b	19 a b	20 a b	21 a b
22 a b	23 a b	24 a b	25 a b	26 a b	27 a b	28 a b
29 a b	30 a b	31 a b	32 a b	33 a b	34 a b	35 a b
36 a b	37 a b	38 a b	39 a b	40 a b	41 a b	42 a b
43 a b	44 a b	45 a b	46 a b	47 a b	48 a b	49 a b
50 a b	51 a b	52 a b	53 a b	54 a b	55 a b	56 a b
57 a b	58 a b	59 a b	60 a b	61 a b	62 a b	63 a b
64 a b	65 a b	66 a b	67 a b	68 a b	69 a b	70 a b

E	I

S	N

T	F

J	P

### Обработка результатов

Под каждой из букв впишите сумму набранных ответов:

$$\begin{array}{ll} E = \sum a \text{ в первом столбце;} & I = \sum b \text{ в первом столбце.} \\ S = \sum a \text{ во 2-м и 3-м столбцах;} & N = \sum b \text{ во 2-м и 3-м столбцах.} \\ T = \sum a \text{ в 4-м и 5-м столбцах;} & F = \sum b \text{ в 4-м и 5-м столбцах.} \\ J = \sum a \text{ в 6-м и 7-м столбцах;} & P = \sum b \text{ в 6-м и 7-м столбцах.} \end{array}$$

В каждой паре (**E-I, S-N, T-F, J-P**) выделите букву, которой соответствует большее число баллов (если в какой-либо паре числа равны, то выделите *правую* букву). Эти четыре выделенные буквы образуют формулу психологического типа респондента. Впишите полученную четырехбуквенную формулу в рамку, например:

E N F J

### Описание результатов

**Первая группа психологических типов** (тип темперамента *Дионисий*; главная черта — стремление к свободе) определяется сочетанием **SP**:

**ESFP — Тамада:** общительность, оптимизм, теплота, юмор, щедрость, богатство языка; поддаются соблазнам; способности к бизнесу, торговле.

**ISFP — Художник:** повышенная чувствительность, острая ощущения текущей минуты, неприятие всякого рода ограничений; сфера интересов — изобразительное искусство, музыка, танец.

**ESTP — Антрепренер:** энергия, pragmatism, поиск выгоды во взаимоотношениях, юмор, жажда острых ощущений, любовь к риску.

**ISTP — Мастер:** умелые руки, мастерство в обращении с инструментами, жажда действий, бесстрашие, часто — отсутствие интереса к теоретическому обучению и высшему образованию.

**Вторая группа психологических типов** (тип темперамента *Эпиметей*; главная черта — чувство ответственности) определяется сочетанием **SJ**:

**ESFJ — Торговец:** открытый, практичный, компанийский, обладает житейской мудростью.

**ISFJ — Хранитель традиций:** спокойный, заботливый; хо-

зянин в своем доме; соблюдает обычай, преемственность, делает все по плану; больше исполнитель, чем руководитель.

**ESTJ — Администратор:** лидер, цельная натура; бесхитростен, не любит лишних выдумок; главные ориентиры в жизни — долг, план, порядок, иерархия.

**ISTJ — Опекун:** человек слова, хороший семьянин; спокоен, надежен, логичен, малоэмоционален, тверд, основателен, внимателен к деталям.

**Третья группа психологических типов** (тип темперамента *Аполлон*; главная черта — стремление к духовному росту, самопознанию и самовыражению) определяется сочетанием NF:

**ENFJ — Педагог:** общителен, внимателен к чувствам других людей, умеет распределять роли в группе, не любит монотонности; лидер, образцовый родитель.

**INFJ — Предсказатель:** проницателен, прозорлив, обладает богатым воображением, поэтичен, раним, не любит споров и конфликтов; может быть хорошим психологом, врачом, писателем.

**ENFP — Журналист:** понимает людей, умеет влиять на них; чувствителен к новому, необычному; энтузиаст, оптимист, противник сухой логики, обладает богатой фантазией, творческими способностями, которые может проявить в искусстве, политике, бизнесе.

**INFP — Романтик:** идеалист, лирик, борец со злом за идеалы добра и справедливости, покладистый супруг; кто угодно — писатель, архитектор, психолог, — только не бизнесмен.

**Четвертая группа психологических типов** (тип темперамента *Прометей*; главная черта — дух научного поиска, изобретательство, стремление к познанию и творчеству) определяется сочетанием NT:

**ENTJ — Фельдмаршал:** руководитель, требовательный родитель, интеллигент; логичный, целеустремленный; работу иногда ставит выше, чем семейное благополучие.

**INTJ — Исследователь:** высокий уровень интеллекта, сочетание логики и интуиции, большие способности к обучению, независимость, самоуверенность; слабость эмоций и возможные трудности в мире чувств.

**ENTP — Изобретатель:** новатор, энтузиаст, не выносит рутину и банальность; инициативен, обладает смекалкой, практической интуицией, чувством юмора, педагогическими способностями.

**INTP – Архитектор:** сложный внутренний мир, широкий кругозор, любовь к знанию; логичен, способен мгновенно оценивать ситуацию, полон новых идей; несколько высокомерен; интересы — в мире мыслей и речи, может быть прекрасным философом, математиком.

### 2.2.12. Опросник УСК (уровень субъективного контроля) Роттера

Опросник диагностирует локализацию контроля над значимыми событиями. В основе его лежит различие двух локусов контроля — интернального и экстернального и, соответственно, двух типов людей — интерналов и экстерналов.

**Интернальный тип.** Человек считает, что происходящие с ним события зависят прежде всего от его личностных качеств (компетентности, целеустремленности, уровня способностей и т. п.) и являются закономерными следствиями его собственной деятельности.

**Экстернальный тип.** Человек убежден, что его успехи и неудачи зависят прежде всего от внешних обстоятельств — условий окружающей среды, действий других людей, случайности, везения или невезения и т. д.

Любой индивид занимает определенную позицию на континууме, задаваемом этими полярными локусами контроля.

#### Текст опросника

**Инструкция:** Вам будет предложено 44 утверждения, касающихся различных сторон жизни и отношения к ним. Оцените, пожалуйста, степень своего согласия или несогласия с приведенными утверждениями по 6-балльной шкале: — 3 — 2 — 1 + 1 + 2 + 3, от полного несогласия (-3) до полного согласия (+3).

Другими словами, поставьте против каждого утверждения балл от единицы до тройки с соответствующим знаком «+» (согласие) или «—» (несогласие).

1. Продвижение по службе больше зависит от удачного стечения обстоятельств, чем от способностей и усилий человека.

2. Большинство разводов происходит оттого, что люди не захотели приспособиться друг к другу.
3. Болезнь — дело случая; если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.
4. Люди оказываются одинокими из-за того, что сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.
5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.
6. Бесполезно прилагать усилия для того, чтобы завоевывать симпатии других людей.
7. Внешние обстоятельства, родители и благосостояние влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда руководитель полностью контролирует действия подчиненных, а не полагается на их самостоятельность.
10. Мои отметки в школе, в институте часто зависели от случайных обстоятельств (например, настроения преподавателя) больше, чем от моих собственных усилий.
11. Когда я строю планы, то, в общем, верю, что смогу осуществить их.
12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
14. Если люди не подходят друг другу, то, как бы они ни старались, наладить семейную жизнь все равно не смогут.
15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.
16. Люди вырастают такими, какими их воспитывают родители.
17. Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.
18. Я не стараюсь планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.

19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и уровня подготовленности.
20. В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.
21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.
22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определить, что и как делать.
23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.
24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своих делах.
25. В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.
26. Я часто чувствую, что ничего не могу изменить в сложившихся обстоятельствах.
27. Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.
28. На подрастающее поколение влияет так много обстоятельств, что усилия родителей по его воспитанию часто оказываются бесполезными.
29. То, что со мною случается, это дело моих собственных рук.
30. Трудно бывает понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.
31. Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего, не проявил достаточно усилий.
32. Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что хочу.
33. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще были виновны другие люди, чем я сам.
34. Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно одевать.
35. В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы не разрешатся сами собой.
36. Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.
37. Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.

38. Мне всегда было трудно понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.
39. Я всегда предпочитаю принимать решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.
40. К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными, несмотря на все его старания.
41. В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.
42. Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.
43. Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.
44. Большинство моих неудач произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения.

### Обработка результатов

Обработка результатов теста включает несколько этапов.

**1-й этап. Подсчет «сырых» (предварительных) баллов по шкалам.**

*Показатели (шкалы):*

1. ИО — шкала общей интернальности;
2. ИД — шкала интернальности в области достижений;
3. ИН — шкала интернальности в области неудач;
4. ИС — шкала интернальности в семейных отношениях;
5. ИП — шкала интернальности в производственных отношениях;
6. ИМ — шкала интернальности в области межличностных отношений;
7. ИЗ — шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.

Подсчитайте сумму баллов по каждой из семи шкал, при этом вопросы, указанные в столбце «+», берутся с тем же знаком балла, а вопросы, указанные в столбце «—», изменяют знак балла на обратный.

В приведенной ниже таблице указаны номера утверждений, относящихся к соответствующим шкалам.

## Глава 2

1. ИО		2. ИД		3. ИН		4. ИС		5. ИП		6. ИМ		7. ИЗ	
+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
2	1	12	1	2	7	2	7	19	1	4	6	13	3
4	3	15	5	4	24	16	14	22	9	27	38	34	23
11	5	27	6	20	33	20	26	25	10				
12	6	32	14	31	38	32	28	42	30				
13	7	36	26	42	40	37	41	36	26				
15	8	37	43	44	41			37	43				
16		9											
17		10											
19		14											
20		18											
22		21											
25		23											
27		24											
29		26											
31		28											
32		30											
34		33											
36		35											
37		38											
39		40											
42		41											
44		43											

**2-й этап. Перевод «сырых» баллов в стены (стандартные оценки)** производится в соответствии с приведенной ниже таблицей. Стены представлены в 10-балльной шкале и дают возможность сравнивать результаты различных исследований.

Стен	Минимальные и максимальные значения «сырых» показателей по шкалам													
	1. ИО		2. ИД		3. ИН		4. ИС		5. ИП		6. ИМ		7. ИЗ	
1	-132	-13	-36	-10	-36	-7	-30	-11	-30	-4	-12	-6	-12	-3
2	-12	-2	-9	-6	-6	-3	-10	-7	-3	0	-5	-4	-2	-1
3	-1	10	-5	-2	-2	1	-6	-4	1	4	-3	-2	0	1
4	11	22	-1	2	2	5	-3	0	5	8	-1	0	2	3
5	23	33	3	6	6	8	1	4	9	12	1	2		4
6	34	45	7	10	9	12	5	7	13	16	3	5		5
7	46	57	11	15	13	16	8	11	17	20	6	7	6	7
8	58	69	16	19	17	20	12	14	21	24	8	9	8	9
9	70	80	20	23	21	24	15	18	25	28	10	11	10	11
10	81	132	24	36	25	36	19	30	29	30	12		12	

Проанализируйте количественно и качественно показатели УСК по семи шкалам, сравнивая результаты (полученный «профиль») с нормой. Нормальным считается значение стена, равное 5. Отклонение вправо (6 и более стенов) свидетельствует об интернальном типе уровня субъективного контроля в соответствующих ситуациях, отклонение влево (4 и менее стенов) свидетельствует об экстернальном типе.

### **Описание оцененных шкал**

1. Шкала общей интернальности — ИО. Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Низкий показатель по шкале ИО соответствует низкому уровню субъективного контроля. Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, не считают себя способными контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей.
2. Шкала интернальности в области достижений — ИД. Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем. Низкие показатели по шкале ИД свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам — везению, счастливой судьбе или помощи других людей.
3. Шкала интернальности в области неудач — ИН. Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных не-

приятностях и страданиях. Низкие показатели ИН свидетельствуют о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать эти события результатом невезения.

4. Шкала интернальности в семейных отношениях — ИС. Высокие показатели означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни. Низкий ИС указывает на то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.
5. Шкала интернальности в области производственных отношений — ИП. Высокий ИП свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении и т. д. Низкий ИП указывает на то, что человек склонен придавать большее значение внешним обстоятельствам — руководству, товарищам по работе, везению-невезению.
6. Шкала интернальности в области межличностных отношений — ИМ. Высокий показатель ИМ свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. Низкий ИМ, напротив, указывает на то, что человек не может активно формировать свой круг общения и склонен считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров.
7. Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни — ИЗ. Высокие показатели ИЗ свидетельствуют о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом самого себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Человек с низким ИЗ считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Исследование самооценок людей с разными типами субъективного контроля показало, что люди с низким УСК характеризуют себя как эгоистичных, зависимых, нерешительных,

несправедливых, суетливых, враждебных, неуверенных, неискренних, несамостоятельных, раздражительных. Люди с высоким УСК считают себя добрыми, независимыми, решительными, справедливыми, способными, дружелюбными, честными, самостоятельными, невозмутимыми. Таким образом, УСК связан с ощущением человеком своей силы, достоинства, ответственности за происходящее, с самоуважением, социальной зрелостью и самостоятельностью личности.

### **2.2.13. Опросник Келлермана — Плутчика**

С помощью данного опросника выявляются характерные для испытуемого механизмы психологической защиты.

#### **Текст опросника**

**Инструкция:** Прочитайте приведенные ниже высказывания. Те из них, которые соответствуют вашему поведению и состоянию, отметьте в бланке для ответов знаком «+».

1. Со мной очень легко договориться.
2. Я сплю больше, чем другие мои знакомые.
3. Я всегда нахожу человека, на которого хочу походить.
4. Если меня лечат, я стараюсь узнать, почему мне это все делают.
5. Если я чего-нибудь захочу, не могу дождаться, пока не получу.
6. Я часто краснею.
7. Одно из самых больших моих достоинств — сдержанность.
8. Иногда у меня появляется побуждение пробить стену кулаком.
9. Я несдержаный.
10. Если меня кто-нибудь затянет в толпу людей, я готов его убить.
11. Я редко запоминаю свои сны.
12. Меня злят люди, которые командуют другими.
13. Мне часто бывает плохо.
14. Я — высоконравственный человек, как мало кто другой.
15. Чем больше приобретаю имущества, тем счастливее себя чувствую.

16. Я всегда нахожусь в центре своих мечтаний.
17. Мне делается неловко даже от мысли, что члены моей семьи ходили бы голыми.
18. Люди уже мне говорили, что я часто хвастаюсь.
19. Если меня кто-нибудь отвергает, у меня иногда даже возникает желание покончить с жизнью.
20. Люди мною часто любуются.
21. Я иногда бывал так ожесточен, что даже ломал вещи.
22. Меня очень раздражают люди, сочиняющие всякие сплетни.
23. Я всегда вижу лучшую сторону жизни.
24. Я хочу и все время стараюсь с помощью физзарядки изменить свой внешний облик.
25. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила бы окружающий мир.
26. Я не суеверен.
27. Мне уже говорили, что я бываю слишком импульсивным.
28. Меня раздражают люди, которые рисуются перед другими.
29. Ненавижу недружелюбных.
30. Я очень стараюсь никого не обидеть.
31. Я из тех людей, которые не плачут.
32. Я очень много курю.
33. Мне очень трудно расстаться с тем, что мне принадлежит.
34. Я плохо запоминаю лица.
35. Я много занимаюсь онанизмом.
36. Я с трудом запоминаю фамилии.
37. Если мне кто-то мешает, я ему ничего не говорю, а сразу же жалуюсь кому-нибудь.
38. Люблю выслушивать различные мнения по обсуждаемому вопросу, даже если знаю, как его надо решать.
39. Люди мне никогда не надоедают.
40. Я не могу спокойно усидеть на месте.
41. Я мало что помню из своего детства.
42. Я долго не замечаю отрицательные стороны своих знакомых.
43. Прежде чем сердиться, надо все хорошо обдумать.
44. Обо мне говорят, что я доверчив.
45. Мне неприятны люди, которые одним прыжком достигают своей цели.

46. Неприятные мысли я стараюсь выбросить из головы.
47. Я никогда не теряю оптимизма.
48. Перед путешествием я обдумываю каждую мелочь.
49. Иногда я сам вижу, что сержусь на кого-то больше, чем следовало бы.
50. Если дела идут не так, как мне хочется, я иногда становлюсь угрюмым.
51. Во время спора я люблю указывать другим на ошибки в их рассуждениях.
52. Если мне бросают вызов, у меня появляется сильное желание его принять.
53. Неприятные фильмы меня бесят.
54. Я раздражаюсь, если на меня не обращают внимания.
55. Люди говорят про меня, что я не эмоционален.
56. Приняв какое-то решение, я даже после этого обдумываю его.
57. Если кто-нибудь говорит, что моих способностей недостаточно, чтобы сделать что-либо, то я обязательно стараюсь сделать это.
58. Когда я вожу автомобиль, мне иногда хочется разбить другую машину.
59. Многие люди меня раздражают потому, что они эгоисты.
60. Уезжая в отпуск, я всегда беру с собой какую-то работу.
61. Я презираю некоторыми пищевыми продуктами.
62. Я иногда грызу ногти.
63. Говорят, что я склонен обходить острые вопросы.
64. Я любитель выпить.
65. Я возмущаюсь, когда слышу вульгарные шутки.
66. Мне иногда снятся вещи, вызывающие неприязнь.
67. Карьеристы меня раздражают.
68. Я много вру.
69. Я презираю порнографией.
70. Из-за своего характера я имел неприятности по работе.
71. Больше всего я ненавижу несчастных людей.
72. Разочарование в чем-либо приводит меня в плохое настроение.
73. Если я слышу или читаю о какой-нибудь трагедии, это не меняет моего настроения.
74. Прикосновение к чему-то слизистому вызывает у меня отвращение.

75. Когда я в приподнятом настроении, то начинаю вести себя как ребенок.
76. Я все-таки много спорю с людьми.
77. Я никогда не испытываю неприятных ощущений на похоронах от того, что нахожусь в одном помещении с покойником.
78. Не люблю людей, которые стараются быть в центре внимания.
79. Многие люди меня раздражают.
80. Мыться не в своей ванне для меня настоящее мучение.
81. Мне неловко произносить нецензурные слова.
82. Я раздражаюсь, когда чувствую, что нельзя доверять людям.
83. Мне нужно, чтобы обо мне говорили, что я сексуально привлекателен.
84. Что бы я ни начинал, я никогда не заканчиваю начатого дела.
85. Я стараюсь одеваться так, чтобы выглядеть более привлекательным.
86. Я придерживаюсь более строгих моральных принципов, чем мои знакомые.
87. В споре мои аргументы, как правило, бывают более логичными, чем у других.
88. Люди безнравственные мне неприятны.
89. Когда кто-то меня толкает, я способен взбеситься.
90. Я часто влюблуюсь.
91. Говорят, что я человек объективный.
92. Вид крови не вызывает у меня никакого волнения.

### Бланк опросника

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92

Опросник содержит 8 шкал. Ниже приводится ключ к опроснику, в котором указаны номера вопросов, относящихся к соответствующему механизму защиты.

### Ключ к опроснику

1. Реактивные образования: 17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86.
2. Отрицание реальности: 1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90.
3. Замещение: 8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76, 89.
4. Регрессия: 2, 5, 9, 13, 27, 32, 35, 40, 50, 54, 62, 64, 68, 70, 72, 75, 84.
5. Компенсация: 3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85.
6. Проекция: 12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 82, 88.
7. Вытеснение: 6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92.
8. Рационализация: 4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91.

### Обработка результатов

Ответы, относящиеся к каждой из восьми шкал, выделяются с помощью масок, изготовленных с помощью следующего бланка:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2	4	5	8	4	7	8	3	4	3	7	6	4	8	5	5	1	5	3	2	3	6	2
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
5	3	2	4	6	6	8	7	4	5	7	4	7	3	8	2	4	7	2	8	2	6	2
47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
2	8	3	4	8	5	1	4	7	8	5	3	6	8	1	4	2	4	1	1	6	4	1
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92
4	6	4	7	1	4	3	7	8	6	1	1	6	5	4	5	1	8	6	3	2	8	7

Нечетные (темные) строки содержат номер вопроса, четные (светлые) — количество баллов, которое присваивается каждому *положительному* ответу. Максимальное количество баллов по каждой из шкал одинаково, что позволяет дать им одинаковую — нормированную оценку. Подсчитайте общее количество баллов по каждой шкале и выясните, какой вид психологической защиты преобладает у респондента.

### 2.2.14. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки

Этот опросник авторы предложили для выявления важных, по их мнению, показателей и форм агрессии.

#### Текст опросника

**Инструкция:** Прочитывая предложенные утверждения, примеряйте, насколько они соответствуют вашему стилю поведения, вашему образу жизни, и отвечайте одним из четырех возможных ответов: «да», «пожалуй, да», «пожалуй, нет», «нет».

1. Временами не могу справиться с желанием навредить кому-либо.
2. Иногда могу сплетничать о людях, которых не люблю.
3. Легко раздражаюсь, но легко и успокаиваюсь.
4. Если меня не попросить по-хорошему, просьбу не выполню.
5. Не всегда получаю то, что мне положено.
6. Знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной.
7. Если не одобряю поступки других людей, даю им это почувствовать.
8. Если случается обмануть кого-либо, испытываю угрызения совести.
9. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
10. Никогда не раздражаюсь настолько, чтобы разбрасывать вещи.
11. Всегда снисходителен к чужим недостаткам.
12. Когда установленное правило не нравится мне, хочется нарушить его.
13. Другие почти всегда умеют использовать благоприятные обстоятельства.
14. Меня настораживают люди, которые относятся ко мне более дружелюбно, чем я этого ожидаю.
15. Часто бываю не согласен с людьми.
16. Иногда на ум приходят мысли, которых я стыжусь.
17. Если кто-нибудь ударит меня, я не отвечу ему тем же.
18. В раздражении хлопаю дверьми.
19. Я более раздражителен, чем кажется со стороны.
20. Если кто-то корчит из себя начальника, я поступаю ему наперекор.

21. Меня немного огорчает моя судьба.
22. Думаю, что многие люди не любят меня.
23. Не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной.
24. Увиливающие от работы должны испытывать чувство вины.
25. Кто оскорбляет меня или мою семью, напрашивается на драку.
26. Я не способен на грубые шутки.
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмехаются.
28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались.
29. Почти каждую неделю вижу кого-нибудь из тех, кто мне не нравится.
30. Довольно многие завидуют мне.
31. Требую, чтобы люди уважали мои права.
32. Меня огорчает, что я мало делаю для своих родителей.
33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их щелкнули по носу.
34. От злости иногда бываю мрачным.
35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не огорчаюсь.
36. Если кто-то пытается вывести меня из себя, я не обращаю на него внимания.
37. Хотя я и не показываю этого, иногда меня гложет зависть.
38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются.
39. Даже если злюсь, не прибегаю к сильным выражениям.
40. Хочется, чтобы мои грехи были прощены.
41. Редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня.
42. Обижаюсь, когда иногда получается не по-моему.
43. Иногда люди раздражают меня своим присутствием.
44. Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел.
45. Мой принцип: «Никогда не доверять чужакам».
46. Если кто-то раздражает меня, готов сказать ему все, что о нем думаю.
47. Делаю много такого, о чем впоследствии сожалею.
48. Если разозлюсь, могу ударить кого-нибудь.
49. С десяти лет у меня не было вспышек гнева.
50. Часто чувствую себя, как пороховая бочка, готовая взорваться.

51. Если бы знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко ладить.
52. Всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня.
53. Когда кричат на меня, кричу в ответ.
54. Неудачи огорчают меня.
55. Дерусь не реже и не чаще других.
56. Могу вспомнить случаи, когда был настолько зол, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее.
57. Иногда чувствую, что готов первым начать драку.
58. Иногда чувствую, что жизнь со мной поступает несправедливо.
59. Раньше думал, что большинство людей говорит правду, но теперь этому не верю.
60. Ругаюсь только от злости.
61. Когда поступаю неправильно, меня мучает совесть.
62. Если для защиты своих прав нужно применить физическую силу, я применяю ее.
63. Иногда выражаю свой гнев тем, что стучу по столу.
64. Бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся.
65. У меня нет врагов, которые хотели бы мне навредить.
66. Не умею поставить человека на место, даже если он этого заслуживает.
67. Часто думаю, что живу неправильно.
68. Знаю людей, которые способны довести до драки.
69. Не огорчаюсь из-за мелочей.
70. Мне редко приходит в голову мысль о том, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня.
71. Часто просто угрожаю людям, не собираясь приводить угрозы в исполнение.
72. В последнее время я стал занудой.
73. В споре часто повышаю голос.
74. Стараюсь скрывать плохое отношение к людям.
75. Лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить.

### Ключ для обработки результатов

При совпадении номера вопроса и типа ответа (да/нет) показателю присваивается значение 1, при несовпадении — 0.

1. Физическая агрессия — использование физической си-

лы против другого лица: 1+, 9-, 17-, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+. К = 11.

2. Вербальная агрессия — выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных обращений к другим лицам (угроза, проклятия, ругань): 7+, 15+, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75-. К = 8.

3. Косвенная агрессия — использование окольным путем направленных против других лиц сплетен, шуток и проявление ненаправленных, неупорядоченных взрывов ярости (в крике, топтанье ногами и т. п.): 2+, 10+, 18+, 26-, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+. К = 13.

4. Негативизм — оппозиционная форма поведения, направленная обычно против авторитета и руководства, которая может нарастать от пассивного сопротивления до активных действий против требований, правил, законов: 4+, 12+, 20+, 28+, 36-. К = 20.

5. Раздражение — склонность к раздражению, готовность при малейшем возбуждении излиться во вспыльчивости, резкости, грубоści: 3+, 11-, 19+, 27+, 35-, 43+, 50+, 57+, 64+, 69-, 72+. К = 9.

6. Подозрительность — склонность к недоверию и осторожному отношению к людям, происходящим из убеждения, что окружающие намерены причинить вред: 6+, 14+, 22+, 30+, 38+, 45+, 52+, 59+, 65-, 70-. К = 11.

7. Обида — проявления зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то именно или всем миром за действительные или мнимые страдания: 5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+. К = 13.

8. Чувство вины, или аутоагressия, — отношение и действия по отношению к себе и окружающим, происходящие из возможного убеждения самого обследуемого в том, что он является плохим человеком, поступает нехорошо: вредно, злобно или бессовестно: 8+, 16+, 24+, 32+, 40+, 47+, 54+, 61+, 67+. К = 11.

Суммарные показатели:

(«1» + «2» + «3») : 3 = ИА — индекс агрессивности;

(«6» + «7») : 2 = ИВ — индекс враждебности.

### Обработка результатов

При обработке данных ответы «да» и «пожалуй, да» объединяются — суммируются как ответы «да» (+); ответы «нет» и «пожалуй, нет» суммируются как ответы «нет» (—). Сумма баллов, умноженная на коэффициент К, указанный при каждом параметре агрессивности, позволяет получить удобные для сопоставления — нормированные — значения каждого показателя и двух суммарных индексов.

### 2.2.15. Методика измерения уровня тревожности Тейлора (адаптация Норакидзе)

#### Текст опросника

**Инструкция:** Опросник состоит из 60 утверждений. На каждый предложенный вопрос надо ответить «да» или «нет».

1. Я могу долго работать не уставая.
2. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.
3. Обычно руки и ноги у меня теплые.
4. У меня редко болит голова.
5. Я уверен в своих силах.
6. Ожидание меня нервирует.
7. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
8. Обычно я чувствую себя вполне счастливым.
9. Я не могу сосредоточиться на чем-либо одном.
10. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали.
11. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
12. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
13. Я думаю, что я не более нервный, чем большинство других людей.
14. Я не слишком застенчив.
15. Жизнь для меня почти всегда связана с большим напряжением.
16. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
17. Я краснею не чаще, чем другие.
18. Я часто расстраиваюсь из-за пустяков.
19. Я редко замечаю у себя сердцебиение или одышку.
20. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся.

21. Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит.
22. Обычно я спокоен и меня нелегко расстроить.
23. Меня часто мучаюточные кошмары.
24. Я склонен все принимать слишком всерьез.
25. Когда я нервничаю, у меня усиливается потливость.
26. У меня беспокойный и прерывистый сон.
27. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать.
28. Я более чувствителен, чем большинство других людей.
29. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех.
30. Я хотел бы быть так же доволен своей жизнью, как, вероятно, довольны другие.
31. Мой желудок сильно беспокоит меня.
32. Я постоянно озабочен своими материальными и служебными делами.
33. Я настороженно отношусь к некоторым людям, хотя знаю, что они не могут причинить мне вреда.
34. Мне порой кажется, что передо мной нагромождены такие трудности, которых мне не преодолеть.
35. Я легко прихожу в замешательство.
36. Временами я становлюсь настолько возбужденным, что это мешает мне заснуть.
37. Я предпочитаю уклоняться от конфликтов и затруднительных положений.
38. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
39. Я никогда не опаздывал на свидания или работу.
40. Временами я определенно чувствую себя бесполезным.
41. Иногда мне хочется выругаться.
42. Почти всегда я испытываю тревогу в связи с чем-либо или с кем-либо.
43. Меня беспокоят возможные неудачи.
44. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
45. Меня нередко охватывает отчаяние.
46. Я — человек нервный и легковозбудимый.
47. Я часто замечаю, что мои руки дрожат, когда я пытаюсь что-нибудь сделать.
48. Почти всегда испытываю чувство голода.
49. Мне не хватает уверенности в себе.
50. Я легко потею даже в прохладные дни.
51. Я часто мечтаю о таких вещах, о которых лучше никому не рассказывать.

52. У меня очень редко болит живот.
53. Я считаю, что мне очень трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
54. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я не могу долго усидеть на одном месте.
55. Я всегда отвечаю на письма сразу же после прочтения.
56. Я легко расстраиваюсь.
57. Практически я никогда не краснею.
58. У меня гораздо меньше различных опасений и страхов, чем у моих друзей и знакомых.
59. Бывает, что я откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
60. Обычно я работаю с большим напряжением.

### Обработка результатов

Оценка результатов исследования по опроснику производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности. В 1 балл оцениваются:

- ответы «да» к высказываниям 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 60
- и ответы «нет» к высказываниям 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58.

Лживыми считаются ответы «да» к пунктам 2, 10, 55 и «нет» к пунктам 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Суммарная оценка: 40 – 50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; 25 – 40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги; 15 – 25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5 – 15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0 – 5 баллов – о низком уровне тревоги.

### 2.2.16. Тест Томаса – типы поведения в конфликте (адаптирован Гришиной)

Для описания типов поведения людей в конфликтах К. Томас считает применимой двухмерную модель регулирования конфликтов, основополагающими в которой являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в ситуацию, и напористость, для которой характерен акцент на собственных интересах.

Выделяется пять способов регулирования конфликтов,

обозначенные в соответствии с двумя основополагающими измерениями (кооперация и напористость):

1. *Соревнование* (конкуренция) — стремление добиться своих интересов в ущерб другому.
2. *Приспособление* — принесение в жертву собственных интересов ради другого.
3. *Компромисс* — соглашение на основе взаимных уступок; предложение варианта, снимающего возникшее противоречие.
4. *Избегание* — отсутствие стремления к кооперации и отсутствие тенденции к достижению собственных целей.
5. *Сотрудничество* — участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

В своем опроснике по выявлению типичных форм поведения К. Томас описывает каждый из пяти перечисленных возможных вариантов 12 суждениями о поведении индивида в конфликтной ситуации. В различных сочетаниях они сгруппированы в 30 пар, в каждой из которых респонденту предлагается выбрать то суждение, которое является наиболее типичным для характеристики его поведения.

Ответы на вопросы заносятся в бланк.

### Текст опросника

**Инструкция:** Перед вами ряд утверждений, которые помогут определить некоторые особенности вашего поведения. Здесь не может быть ответов «правильных» или «ошибочных». Люди различны, и каждый может высказать свое мнение.

Имеются два варианта, А и В, из которых вы должны выбрать один, в большей степени соответствующий вашим взглядам, вашему мнению о себе. В бланке для ответов поставьте отчетливый крестик соответственно одному из вариантов (А или В) для каждого утверждения. Отвечать надо как можно быстрее.

1. А. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.  
Б. Чем обсуждать, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба согласны.
2. А. Я стараюсь найти компромиссное решение.  
Б. Я пытаюсь уладить дело с учетом всех интересов другого и моих собственных.

3. А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.  
Б. Я стараюсь успокоить другого и, главным образом, сохранить наши отношения.
4. А. Я стараюсь найти компромиссное решение.  
Б. Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.
5. А. Улаживая спорную ситуацию, я все время стараюсь найти поддержку у другого.  
Б. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.
6. А. Я пытаюсь избежать неприятностей для себя.  
Б. Я стараюсь добиться своего.
7. А. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса, с тем чтобы со временем решить его окончательно.  
Б. Я считаю возможным в чем-то уступить, чтобы добиться другого.
8. А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.  
Б. Я первым делом стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы.
9. А. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.  
Б. Я прилагаю усилия, чтобы добиться своего.
10. А. Я твердо стремлюсь достичь своего.  
Б. Я пытаюсь найти компромиссное решение.
11. А. Первым делом я стараюсь ясно определить, в чем состоят все затронутые спорные вопросы.  
Б. Я стараюсь успокоить другого и, главным образом, сохранить наши отношения.
12. А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.  
Б. Я даю возможность другому в чем-то оставаться при своем мнении, если он тоже идет навстречу мне.
13. А. Я предлагаю среднюю позицию.  
Б. Я настаиваю, чтобы было сделано по-моему.
14. А. Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах.  
Б. Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.
15. А. Я стараюсь успокоить другого и, главным образом, сохранить наши отношения.  
Б. Я стараюсь сделать так, чтобы избежать напряженности.

16. А. Я стараюсь не задеть чувств другого.  
Б. Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.
17. А. Обычно я настойчиво стараюсь добиться своего.  
Б. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.
18. А. Если это сделает другого счастливым, дам ему возможность настоять на своем.  
Б. Я даю возможность другому в чем-то оставаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу.
19. А. Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые вопросы и интересы.  
Б. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.
20. А. Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия.  
Б. Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для обеих сторон.
21. А. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.  
Б. Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы и их совместному решению.
22. А. Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека.  
Б. Я отстаиваю свои желания.
23. А. Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.  
Б. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.
24. А. Если позиция другого кажется мне очень важной, я постараюсь пойти навстречу его желаниям.  
Б. Я стараюсь убедить другого прийти к компромиссу.
25. А. Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.  
Б. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.
26. А. Я предлагаю среднюю позицию.  
Б. Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.
27. А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.  
Б. Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.

28. А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.  
Б. Улаживая ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого.
29. А. Я предлагаю среднюю позицию.  
Б. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.
30. А. Я стараюсь не задеть чувств другого.  
Б. Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы совместно с другим человеком могли добиться успеха.

### Бланк опросника

№	A	B	№	A	B	№	A	B
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		

### Ключ к опроснику

1. Соперничество: 3А, 6В, 8А, 9В, 10А, 13В, 14В, 16В, 17А, 22В, 25А, 28А.
2. Сотрудничество: 2В, 5А, 8В, 11А, 14А, 19А, 20А, 21В, 23В, 26В, 28В, 30В.
3. Компромисс: 2А, 4А, 7В, 10В, 12В, 13А, 18В, 22А, 23А, 24В, 26А, 29А.
4. Избегание: 1А, 5В, 6А, 7А, 9А, 12А, 15В, 17В, 19В, 20В, 27А, 29В.
5. Приспособление: 1В, 3В, 4В, 11В, 15А, 16А, 18А, 21А, 24А, 25В, 27В, 30А.

## Обработка результатов

В ключе каждый ответ А или В дает представление о количественном выражении: соперничества, сотрудничества, компромисса, избегания и приспособления. Если ответ совпадает с указанным в ключе, ему присваивается значение 1, если не совпадает, то присваивается значение 0. Количество баллов, набранных индивидом по каждой шкале, дает представление о выраженности у него тенденции к проявлению соответствующих форм поведения в конфликтных ситуациях. Для обработки результатов удобно использовать маску.

### 2.2.17. Опросник Гарбузова для выявления доминирующего инстинкта

#### Бланк опросника

**Инструкция:** Отметьте знаком «+» в таблице номера наиболее близких вам и волнующих вас проблем и утверждений.

#### Номера вопросов

1	6	11	16	21	26	31
2	7	12	17	22	27	32
3	8	13	18	23	28	33
4	9	14	19	24	29	34
5	10	15	20	25	30	35

1. Вы уделяете достаточно времени и усилий проблеме сохранения своего здоровья, полагая, что здоровье выше всего.
2. Вас более всего волнует здоровье ваших детей.
3. Вас более всего волнуют и огорчают проявления недоброжелательности людей по отношению друг к другу, отсутствие у многих истинной доброты.
4. Вы однозначно отдаете предпочтение исследовательской, экспериментальной, поисковой работе.
5. Вы всегда стремитесь к лидерству и для вас карьера — естественное самоутверждение человека.
6. Вас возмущают все формы подавления человека человеком, человека — государством.

7. Вы ни при каких обстоятельствах не потерпите высокомерия по отношению к вам.
8. Вы полагаете, что человек не должен упускать ни мига радости и удовольствия, поскольку жизнь одна и другой не будет.
9. Вас более всего волнуют проблемы, связанные с благополучием вашей семьи.
10. Более всего вы цените способность ощущать состояние другого человека, понимать его переживания.
11. Более всего вы мечтаете о работе в коллективе увлеченных и талантливых людей.
12. Вы предпочитаете управленческую, организационную работу, и вам близки утверждения: «Не мешайте деловым людям, и тогда придет изобилие».
13. Если бы вам предложили на выбор карьеру, богатство, безопасность или свободу, вы бы без колебаний выбрали свободу.
14. Вы всегда на стороне тех, кто готов поступиться благополучием ради сохранения своей чести и родовой гордости.
15. Вы не приемлете риска здоровьем и благополучием даже ради самых заманчивых целей и предложений.
16. Более всего вас волнует безопасность ваших детей.
17. Больше всего вы цените бескорыстие в отношениях между людьми.
18. Вы отлично понимаете людей, готовых покинуть обжитое место и уехать на новые земли, если там начинается новое и интересное дело.
19. Для вас более приоритетна перспектива служебного роста, чем материальные стимулы.
20. Вы полагаете, что из всех прав человека важнейшее — свобода слова, передвижения, вероисповедания.
21. Вам нравятся люди, ведущие самоотверженную борьбу против всех форм унижения человека человеком, человека — государством и имеющие право сказать: «В нашем роду не было подлецов».
22. Вы полагаете, что самая большая глупость на свете — с запозданием обратиться к врачу и тем самым запустить болезнь.

23. Более всего волнует и тревожит вас будущее ваших детей.
24. Вы тяжелее переживаете беды и несчастья своего народа, чем свои собственные.
25. Вас раздражает инертность и противодействие бездарных, облеченных властью людей новому, прогрессивному, талантливому, творческим людям.
26. Вы готовы к жесткой борьбе с конкурентами в главном для вас деле.
27. Более всего вас интересует независимость от кого бы то ни было и от чего бы то ни было.
28. Вы более всего нетерпимы ко всем формам ущемления вашего Я, и ваше кредо — «Честь превыше всего».
29. Вы абсолютно согласны с философом, утверждавшим, что «все вокруг имеет смысл, пока есть Я».
30. Лучше всего вы ощущаете себя в кругу своей семьи. Она ваша отрада, и ваше кредо: «Мой дом — моя крепость».
31. Более всего вас заботит и огорчает отсутствие заботы о слабых, больных, инвалидах и о пожилых людях.
32. Вас восхищают люди, готовые поступиться благополучием, здоровьем ради реализации своих творческих устремлений.
33. Вы цените людей дела, результата, сильную руку в управлении.
34. Вы не терпите ограничений в своей деятельности, в своей жизни, в своей свободе.
35. При любых обстоятельствах и перед лицом любой угрозы следует действовать в согласии с кредо: «Лучше умереть стоя, чем жить на коленях».

### Обработка результатов

Типы инстинктов	I	II	III	IV	V	VI	VII
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
Номера вопросов	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31	32	33	34	35

Наибольшая сумма баллов укажет на доминирующий инстинкт и на типовую принадлежность:

I — эгофильный тип (самосохранение — «Безопасность и здоровье превыше всего»);

II — генофильный тип (продолжение рода — «Интересы семьи превыше всего»);

III — альтруистический тип (альtruизм — «Доброта превыше всего»);

IV — исследовательский тип (исследование — «Творчество и прогресс — превыше всего»);

V — доминантный тип (доминирование — «Дело и порядок — превыше всего, будет хорошо всем — будет хорошо каждому»);

VI — либертофильный тип (инстинкт свободы — «Свобода превыше всего»);

VII — дигнитофильный тип (сохранение достоинства — «В нашем роду не было трусов и подлецов; честь превыше всего»).

Если равное количество баллов окажется у двух инстинктов, то респонденту свойственен смешанный тип. Чрезвычайно информативно отсутствие баллов по инстинктам альтруизма, самосохранения, продолжения рода.

### 2.2.18. Тест Кеттела (16PF — Form C)

Бланк теста и методика обработки результатов легкодоступны во многих справочниках по психологии.

Каждая из шкал теста оценивается в условных баллах — стенах. Здесь мы приведем только названия полярных характеристик личности, получаемых при интерпретации результатов тестирования.

1. *Общительность — замкнутость (сдержанность).*
2. *Мышление абстрактное — конкретное, примитивное.*
3. *Эмоциональная устойчивость — эмоциональная неустойчивость.*
4. *Независимость — подчиненность.*
5. *Озабоченность — беспечность.*
6. *Выраженная сила «Я» — беспринципность.*
7. *Смелость — робость.*
8. *Податливость — жестокость.*

9. Подозрительность — доверчивость.
10. Непрактичность — практичность.
11. Гибкость — прямолинейность.
12. Тревожность — спокойствие.
13. Радикализм — консерватизм.
14. Самостоятельность — внушаемость.
15. Высокий самоконтроль — низкий самоконтроль.
16. Напряженность — релаксация.
17. Живость — правдивость (высокая оценка по этой шкале дает основание подвергнуть сомнению достоверность полученных при опросе материалов).

## 2.2.19. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний

### Текст опросника

**Инструкция:** Оцените свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов — никогда не было, 4 балла — редко, 3 балла — иногда, 2 балла — часто, 1 балл — постоянно или всегда.

1. Ваш сон поверхностный и неспокойный?
2. Замечаете ли вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна вы чувствуете себя усталым и разбитым (неотдохнувшим)?
4. У вас плохой аппетит?
5. У вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если вас что-либо тревожит?
7. Чувствуете ли вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли вы, что прежняя работа дается вам труdnее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли вы, что стали более рассеянным и невнимательным, забываете, куда положили какую-нибудь вещь, или не можете вспомнить, что только что собирались делать?

11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?
13. У вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т. д.)?
14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?
15. Замечаете ли вы, что потребность в интимной жизни для вас стала меньше или даже стала вас тяготить?
16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?
17. Приходит ли вам мысль, что в вашей жизни мало радости и счастья?
18. Замечаете ли вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?
19. Проверяете ли вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т. д.?
20. Беспокоят ли вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
21. Когда вы расстраиваетесь, у вас бывает так плохо с сердцем, что вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «Скорую помощь»?
22. Бывает ли у вас звон в ушах или рябь в глазах?
23. Бывают ли у вас приступы учащенного сердцебиения?
24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают вас?
25. Испытываете ли вы в пальцах рук и ног или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?
26. У вас бывают периоды такого беспокойства, что вы даже не можете усидеть на месте?
27. Вы к концу работы так сильно устаете, что вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?
28. Ожидание вас тревожит и нервирует?
29. У вас кружится голова и темнеет в глазах, если вы резко встанете или наклонитесь?
30. При резком изменении погоды у вас ухудшается самочувствие?
31. Вы замечали, как у вас непроизвольно подергиваются голова и плечи или веки, скулы, особенно когда вы волнуетесь?

32. У вас бывают кошмарные сновидения?
33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
34. Ощущаете ли вы комок в горле при волнении?
35. Бывает ли у вас чувство, что к вам относятся безразлично, никто не стремится вас понять и посочувствовать, и вы ощущаете себя одиноким?
36. Испытываете ли вы затруднения при глотании пищи, особенно когда вы волнуетесь?
37. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у вас находятся в беспокойном движении?
38. Беспокоит ли вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?
39. Вы легко потеете при волнении?
40. Бывает ли у вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
41. Чувствуете ли вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
42. У вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
43. Вы плохо переносите транспорт (vas «укачивает» и вам становится дурно)?
44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
45. Легко ли вы обижаетесь?
46. У вас бывают навязчивые сомнения в правильности ваших поступков или решений?
47. Не считаете ли вы, что ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
48. Вам часто хочется побывать одному?
49. Вы замечаете, что ваши близкие относятся к вам равнодушно или даже неприязненно?
50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?
51. Бывают ли у вас головные боли?
52. Замечаете ли вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?
53. Совершаете ли вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т. д.)?

54. Вы легко краснеете или бледнеете?
55. Покрываются ли ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнении?
56. Приходят ли вам на работе мысли, что с вами может неожиданно что-то случиться и вам не успеют оказать помощь?
57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда вы расстраиваетесь?
58. Приходят ли вам мысли, что ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем вы?
59. Бывают ли у вас запоры или поносы?
60. Когда вы расстраиваетесь, у вас бывает отрыжка или тошнота?
61. Прежде чем принять решение, вы долго колеблетесь?
62. Легко ли меняется ваше настроение?
63. При расстройствах у вас появляется зуд кожи или сыпь?
64. После сильного расстройства вы теряли голос или у вас отнимались руки или ноги?
65. У Вас повышенное слюноотделение?
66. Бывает ли, что вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?
67. Бывает ли, что вы испытываете сильное чувство голода, а, едва начав есть, быстро насыщаешься?
68. У вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты вы сами?

### Бланк опросника

№ вопроса	Оценка						
1		18		35		52	
2		19		36		53	
3		20		37		54	
4		21		38		55	
5		22		39		56	
6		23		40		57	
7		24		41		58	
8		25		42		59	

№ вопроса	Оценка						
9		26		43		60	
10		27		44		61	
11		28		45		62	
12		29		46		63	
13		30		47		64	
14		31		48		65	
15		32		49		66	
16		33		50		67	
17		34		51		68	

## Обработка результатов

Для удобства обработки рекомендуется изготовить маски для каждой из шести шкал. При обработке результатов используются таблицы значений диагностических коэффициентов по шкалам:

### 1. Шкала тревоги

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

**2. Шкала невротической депрессии**

<b>Номер вопроса</b>	<b>1 балл</b>	<b>2 балла</b>	<b>3 балла</b>	<b>4 балла</b>	<b>5 баллов</b>
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1	18	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

**3. Шкала астении**

<b>Номер вопроса</b>	<b>1 балл</b>	<b>2 балла</b>	<b>3 балла</b>	<b>4 балла</b>	<b>5 баллов</b>
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

**4. Шкала истерического типа реагирования**

<b>Номер вопроса</b>	<b>1 балл</b>	<b>2 балла</b>	<b>3 балла</b>	<b>4 балла</b>	<b>5 баллов</b>
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,08	-0,64	-0,1	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

## 5. Шкала обсессивно-фобических нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

## 6. Шкала вегетативных нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
25	-1,15	-1,48	-1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	09
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,044	0	0,78	0,45
44	-1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Для интерпретации результатов диагностические коэффициенты по каждой из шести шкал суммируют и выстраивают график. В каждой из шкал показатель больше +1,28 указывает на уровень здоровья по данному симптомокомплексу, меньше – 1,28 говорит о болезненном характере выявляемых расстройств.

### 2.2.20. Шкала депрессии Цунга

Тест адаптирован в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева Г. И. Балашовой.

Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Полное тестирование с обработкой занимает 20 – 30 мин. Испытуемый отмечает ответы на бланке.

**Бланк опросника**

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

**A — никогда или изредка**

**B — иногда**

**C — часто**

**D — почти всегда или постоянно**

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1. Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2. Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4. У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5. Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7. Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8. Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10. Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11. Я мыслю так же ясно, как всегда	1	2	3	4
12. Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14. У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15. Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16. Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17. Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18. Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

### Обработка результатов

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

$$\text{УД} = \sum \text{пр.} + \sum \text{обр.}, \text{ где}$$

$\sum \text{пр.}$  — сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\sum \text{обр.}$  — сумма цифр, «обратных» зачеркнутым, к высказываниям номер 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. Например: у высказывания № 2 зачеркнута цифра 1, мы ставим в сумму 4 балла; у высказывания № 5 зачеркнут ответ 2, мы ставим в сумму 3 балла; у высказывания № 6 зачеркнут ответ 3 — ставим в сумму 2 балла; у высказывания № 11 зачеркнут ответ 4 — ставим в сумму 1 балл.

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов. Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии. Если УД более 50 баллов и менее 59, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более чем 70 баллов.

#### 2.2.2.1. Опросник Мини-мульт (сокращенный вариант миннесотского многомерного личностного перечня MMPI)

Опросник Мини-мульт представляет собой сокращенный вариант MMPI, содержит 71 вопрос, 11 шкал.

Первые 3 шкалы, оценочные, измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью.

1. *Шкала лжи* — оценивает искренность испытуемого.
  2. *Шкала достоверности* — выявляет недостоверные ответы: чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты.
  3. *Шкала коррекции* — сглаживает искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения.
- Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности:

4. *Ипохондрия* — близость испытуемого к астено-невротическому типу. Испытуемые с высокими оценками медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны власти, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.
5. *Депрессия*. Высокие оценки имеют чувствительные, сенситивные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но не способны принять решение самостоятельно, у них нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.
6. *Истерия*. Выявляет лиц, склонных к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы разрешаются уходом в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание во что бы то ни стало, жажда восхищения. Чувства таких людей поверхностны и интересы неглубоки.
7. *Психопатия*. Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации, такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен временный подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь внешней причиной.
8. *Паранойальность*. Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале — склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает иначе, тот или глупый человек, или враг. Свои взгляды они активно насаждают, поэтому имеют частые конфликты с окружающими. Собственные малейшие удачи они всегда переоценивают.
9. *Психастения*. Диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственна тревожность, боевязливость, нерешительность, постоянные сомнения.
10. *Шизоидность*. Лицам с высокими показателями по этой шкале свойственен шизоидный тип поведения. Они спо-

собны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Таким образом, общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

11. *Гипомания.* Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Бланк теста и методика обработки результатов легкодоступны во многих справочниках по психологии.

### 2.2.22. Мотивация успеха и боязнь неудачи (опросник Реана)

**Инструкция:** Отвечая на нижеприведенные вопросы, необходимо выбрать ответ «да» или «нет». Если вы затрудняетесь с ответом, то вспомните, что «да» объединяет как явное «да», так и «скорее да, чем нет». То же относится и к ответу «нет»: он объединяет явное «нет» и «скорее нет, чем да».

Отвечать на вопросы следует быстро, не задумываясь надолго. Ответ, который первый приходит в голову, как правило, является и наиболее точным.

#### Текст опросника

1. Включаясь в работу, как правило, оптимистично надеюсь на успех.
2. В деятельности активен.
3. Склонен к проявлению инициативности.
4. При выполнении ответственных заданий стараюсь по возможности найти причины отказа от них.
5. Часто выбираю крайности: либо заниженно легкие задания, либо нереалистично высокие по трудности.
6. При встрече с препятствиями, как правило, не отступаю, а ищу способы их преодоления.

7. При чередовании успехов и неудач склонен к переоценке своих успехов.
8. Продуктивность деятельности в основном зависит от моей собственной целеустремленности, а не от внешнего контроля.
9. При выполнении достаточно трудных заданий, в условиях ограничения времени, результативность деятельности ухудшается.
10. Склонен проявлять настойчивость в достижении цели.
11. Склонен планировать свое будущее на достаточно отдаленную перспективу.
12. Если рискую, то, скорее, с умом, а не бесшабашно.
13. Не очень настойчив в достижении цели, особенно если отсутствует внешний контроль.
14. Предпочитаю ставить перед собой средние по трудности или слегка завышенные, но достижимые цели, чем нереально высокие.
15. В случае неудачи при выполнении какого-либо задания его притягательность, как правило, снижается.
16. При чередовании успехов и неудач склонен к переоценке своих неудач.
17. Предпочитаю планировать свое будущее лишь на ближайшее время.
18. При работе в условиях ограничения времени результативность деятельности улучшается, даже если задание достаточно трудное.
19. В случае неудачи при выполнении чего-либо от поставленной цели, как правило, не отказываюсь.
20. Если задание выбрал себе сам, то в случае неудачи его притягательность еще более возрастает.

### Ключ к опроснику

«Правильными» считаются:

- ответ «да»: 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 20;
- ответ «нет»: 4, 5, 7, 9, 13, 15, 17.

### Обработка результатов и критерии оценки

За каждое совпадение ответа с ключом испытуемому дается 1 балл. Подсчитывается общее количество набранных баллов.

Если количество набранных баллов от 1 до 7, то диагностируется мотивация на неудачу (боязнь неудачи).

Если количество набранных баллов от 14 до 20, то диагностируется мотивация на успех (надежда на успех).

Если количество набранных баллов от 8 до 13, то следует считать, что мотивационный полюс ярко не выражен. При этом можно иметь в виду, что, если количество баллов 8 – 9, есть определенная тенденция мотивации на неудачу, а если количество баллов 12–13, имеется определенная тенденция мотивации на успех.

*Мотивация на успех* относится к позитивной мотивации. При такой мотивации человек, начиная дело, имеет в виду достижение чего-то конструктивного, положительного. В основе активности человека лежит надежда на успех и потребность в достижении успеха. Такие люди обычно уверены в себе, в своих силах, ответственны, инициативны и активны. Их отличает настойчивость в достижении цели, целеустремленность.

*Мотивация на неудачу* относится к негативной мотивации. При данном типе мотивации активность человека связана с потребностью избежать срыва, порицания, наказания, неудачи. Вообще, в основе этой мотивации лежит идея избегания и идея негативных ожиданий. Начиная дело, человек уже заранее боится возможной неудачи, думает о путях избегания этой гипотетической неудачи, а не о способах достижения успеха.

Люди, мотивированные на неудачу, обычно отличаются повышенной тревожностью, низкой уверенностью в своих силах. Странятся избегать ответственных заданий, а при необходимости решения сверхответственных задач могут впадать в состояние, близкое к паническому. По крайней мере, ситуативная тревожность у них в этих случаях становится чрезвычайно высокой. Все это вместе с тем может сочетаться с весьма ответственным отношением к делу.

### 2.2.23. Методика «Цель – Средство – Результат» (ЦСР)

Данный опросник рассчитан на исследование особенностей структуры деятельности. В основу его положено понятие *Цель – Средство – Результат*, отражающее основные черты

любой деятельности. Согласно парадигме, любую деятельность можно рассматривать как состоящую из трех компонентов, обычно чередующихся последовательно. В начале любой деятельности человек, синтезируя большое количество информации, вырабатывает цель деятельности — начинает представлять более или менее ясную картину желаемого будущего, то конечное состояние, в которое он хочет привести ситуацию и себя. Далее в ход вступают средство — тот ресурс, который человек готов истратить на достижение цели. Завершением любой деятельности является актуализация результата — того итога, которого достиг человек.

Как разные люди, так и один человек в разные периоды жизни обладают неодинаковыми параметрами своей деятельности. Данная методика предназначена для определения личностных свойств индивида, связанных с деятельностью за период 1–2 месяца перед проведением теста. Иными словами, по результатам опросника ЦСР нельзя судить о том, обладал или нет обследованный тем или иным качеством в более ранний период (например, за полгода до проведения теста). Опросник рекомендуется применять, начиная с подросткового возраста. Допустима групповая форма работы.

### **Текст опросника**

**Инструкция:** В опроснике содержится несколько десятков утверждений, касающихся вашего характера, поведения. К опроснику приложен бланк, где номера в клетках соответствуют номерам утверждений. Прочтите каждое утверждение и решите, верно оно или нет. Если вы решили, что данное утверждение верно, поставьте плюс на бланке ответов рядом с его номером. Если утверждение по отношению к вам неверно, поставьте минус. Если утверждение по отношению к вам бывает верно или неверно в разные периоды вашей жизни, выбирайте решение так, как это правильно в настоящее время. Если вы затрудняетесь однозначно ответить на какой-либо вопрос, то можете не ставить никакой знак. Однако учтите, что если вы пропустите 5 и более утверждений, то результат будет признан недостоверным.

1. Я активный человек.
2. Иногда я прихожу в сильное возбуждение.
3. Бывает так, что я чем-нибудь раздражен.

4. Я всегда ем то, что мне подают.
5. Чтобы добиться чего-то в жизни, надо уметь ставить перед собой цели.
6. Я бы сравнил себя с хорошо настроенным музыкальным инструментом.
7. Я всегда делаю так, как мне говорят.
8. Иногда я задумываюсь о смысле жизни.
9. Не люблю, когда мне подсказывают, как надо делать.
10. Я могу объяснить поступки каждого человека.
11. Часто мои близкие меня не слушают, и мне приходится повторять одну фразу несколько раз, пока наконец меня не услышат.
12. Часто со мной случаются странные вещи.
13. Обычно я не могу однозначно сказать про кого-то, хороший он человек или нет.
14. Я предпочитаю ставить перед собой цели не очень сложные, но и не очень простые.
15. Со мной часто происходят вещи, которые я не могу объяснить.
16. Когда остаюсь один, я много размышляю.
17. Я скучаю редко.
18. Мне можно доверить любую тайну.
19. В любой ситуации можно найти выход.
20. Вид заходящего солнца вызывает у меня вдохновение.
21. Когда я прохожу мимо лежащего мяча, у меня возникает желание пнуть его.
22. Когда волнуюсь, то чаще я краснею, чем бледнею.
23. Хорошая музыка меня воодушевляет.
24. Цели перед собой предпочитаю ставить сам.
25. Вид неприятного мне человека вызывает у меня желание его побить или нанести ему какой-нибудь другой ущерб.
26. Все, что мне дорого, одинаково ценно для меня.
27. Когда я что-то делаю, то охотно выслушиваю любые советы.
28. Удачно законченное дело вызывает у меня прилив хорошего настроения.
29. Принимая решение, я взвешиваю все «за» и «против».
30. Иногда бывает, что я говорю о ком-то плохо.
31. У меня характер скорее «нападающего», чем «защитника».
32. Стабильность лучше непредсказуемости.

**Бланк опросника**

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.
25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.

**Ключ для обработки результатов**

1. С+	2. С+	3. Л—	4. Л+	5. Ц+	6. Ц+	7. Л+	8. Ц—
9. С+	10. Р+	11. Р+	12. Р—	13. Р—	14. Ц+	15. Р—	16. Ц—
17. Ц+	18. Л+	19. С+	20. Р—	21. С—	22. С—	23. Р—	24. Ц+
25. С+	26. Ц—	27. С—	28. Р—	29. Ц+	30. Л—	31. С+	32. Р+

Сначала подсчитываются следующие показатели:

$\Sigma_{\text{совп}}$  — количество совпадений по шкале «Цель» (например, положительный ответ на 5-е утверждение считается совпадением по шкале «Цель»).

$\Sigma_{\text{несовп}}$  — количество несовпадений по шкале «Цель» (например, положительный ответ на 8-е утверждение считается несовпадением по шкале «Цель»).

$C_{\text{совп}}$  — количество совпадений по шкале «Средство».

$C_{\text{несовп}}$  — количество несовпадений по шкале «Средство».

$P_{\text{совп}}$  — количество совпадений по шкале «Результат».

$P_{\text{несовп}}$  — количество несовпадений по шкале «Результат».

$L_{\text{совп}}$  — количество совпадений по шкале «Ложь».

$L_{\text{несовп}}$  — количество несовпадений по шкале «Ложь».

Путем вычитания получаются окончательные баллы:

$\Delta = \Sigma_{\text{совп}} - \Sigma_{\text{несовп}}$  (шкала «Цель»)

$C = C_{\text{совп}} - C_{\text{несовп}}$  (шкала «Средство»)

$P = P_{\text{совп}} - P_{\text{несовп}}$  (шкала «Результат»)

$L = L_{\text{совп}} - L_{\text{несовп}}$  (шкала «Ложь»)

*Недостоверными* признаются результаты в случае 5 и более пропущенных утверждений, а также если  $L$  больше 0.

Таблица интерпретации результатов

Цель		
от - 9 до - 5 баллов	от - 4 до +4 баллов	от +5 до +9 баллов
Сильно фрустрированное состояние, выражющееся в невозможности ставить перед собой конструктивные цели. Мотивы деятельности бессистемны, неиерархизированы. Вместо того чтобы ставить реальные цели деятельности, достигать весомых результатов, респондент ограничивается постановкой либо «микроцелей», ограниченных текущей ситуацией, либо же фиксируется на постановке глобальных целей. Одним из выражений последнего является поиск так называемого «смысла жизни».	Ставящиеся цели не всегда обоснованы, неустойчивы. Не все разумные действия целесообразны, иногда склонен к пустому времяпрепровождению. В случае затруднения с выбором цели легко пользуется подсказкой извне, готов принять цель извне. Чтобы подготовить себя к выполнению какой-либо деятельности, всегда требуется определенная сила воли, чтобы «собраться».	Оптимальный результат. Респондент ставит перед собой реальные цели, настроен на достижение. Мотивы целесообразования и деятельности в целом систематичны, иерархизированы. Практически все, что делает респондент, он может объяснить с точки зрения целесообразности. Не склонен к пустому времяпрепровождению. Решительность связана с легкостью образования целей, отсутствием мнительности.

## Средство

от - 9 до - 2 баллов	от - 1 до +2 баллов	от +3 до +6 баллов	от +7 до +9 баллов
Респондент испытывает хронический недостаток средств достижения поставленных целей. Типичные проявления ограниченности в выборе средств: низкий энергетический потенциал, преобладание парасимпатической составляющей вегетативной нервной системы, конформность, сильная зависимость от ситуации, от других людей (в первую очередь от их мнения), внушаемость, обилие психологических комплексов, которые в том числе мешают использовать на 100 % внутренний потенциал.	Респондент периодически встречается с трудностями в выборе средств (речь идет о психологических барьерах). Причиной такой скованности часто бывает отсутствие конструктивной, достижаемой цели. Также одним из факторов подобного поведения является комплекс причин, который можно назвать «страхом самовыражения». В установках респондента преобладают «энергосберегающие мотивы». Недостаточно спонтанное поведение.	Оптимальный результат. Респондент достаточно свободен в выборе средств, его поведение настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация. Достаточно хороший энергетический потенциал. Сбалансированность симпатики и парасимпатики. Не агрессивен, но и не конформен. Поведение не вызывающее, но и не блокирующее комплексы, мнительностью, негативизмом.	Поведение излишне спонтанно. Не ищет помощи от окружающих, предпочитает ими верховодить. В своих действиях респондент не только не обращает внимания на имеющиеся стандарты поведения, но часто действует вопреки им. Повышенная агрессивность, проявляющаяся как в открытых формах, так и скрытая.

Результат		
от – 9 до – 5 баллов	от – 4 до +4 баллов	от +5 до +9 баллов
<p>Респондент склонен переоценивать результат своей деятельности. Удача вызывает приступы сильного веселья, неудачи провоцируют неадекватное горе. Даже ничтожные события способны вызвать настояще потрясение.</p> <p>Респондент как бы находится в состоянии хронического перехода, транса. Личностный рост респондента непредсказуем, во многом случаен. Как правило, повышенная тревожность. Интерес к своему внутреннему миру.</p>	<p>Оптимальный результат. Как правило, респондент довольно трезво оценивает результаты своей деятельности. Он не переоценивает, но и не недооценивает итоги.</p> <p>В оценках других людей, событий довольно беспристрастен. Личностный рост нормально динамичен.</p>	<p>Респондент склонен недооценивать результаты своей деятельности. Ригидность, излишняя критичность. В оценках поведения других людей преобладает оттенок критиканства, неодобрения. Ярким проявлением ригидности являются персверации: многократные и навязчивые повторения.</p> <p>Респондент неоднократно повторяет одну и ту же фразу, совершает одно и то же действие. Редко испытывает сильные эмоции, даже самые эффектные результаты не вызывают яркого удовольствия или же огорчения.</p>

## 2.2.24. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея

Эта методика (Holmes, Rahe, 1967) предназначена для самостоятельной оценки любым желающим своего «уровня стресса» и «стрессоустойчивости», но может с успехом применяться при диагностике психосоматических заболеваний.

### Бланк опросника и объяснение результатов

**Инструкция:** Доктора Холмс и Рей (США) изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий у более чем пяти тысяч пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени стрессогенности.

Внимательно прочтите весь перечень, чтобы иметь общее

представление о том, какие ситуации, события и жизненные обстоятельства, вызывающие стресс, в нем представлены. Затем повторно прочтите каждый пункт, обращая внимание на количество баллов, которым оценивается каждая ситуация. Сосчитайте число баллов, соответствующих тем событиям и ситуациям, которые за последние два года происходили в вашей жизни. Если какая-либо ситуация возникала у вас чаще одного раза, то число баллов за это событие следует умножить на соответствующее количество раз. Разделите полученную сумму на 2 (посчитайте среднее количество баллов в 1 год). Для упрощенной оценки можно сосчитать количество баллов за один последний год.

Подсчитанная цифра имеет большое значение: она выражает в цифрах степень вашей стрессовой нагрузки. Большое количество баллов — это сигнал тревоги, предупреждающий вас об опасности. Следовательно, вам необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс. Итоговое число определяет одновременно и степень вашей сопротивляемости стрессу.

Если, к примеру, сумма равна 300 баллам, то это означает реальную угрозу психосоматического заболевания, поскольку вы близки к фазе нервного истощения. Необходимо предпринять меры по нормализации своего состояния или обратиться к психотерапевту.

Обратите внимание: и хорошие, и плохие события в равной степени являются стрессогенными факторами! Приобретение или потеря крупной суммы, женитьба и развод, повышение и понижение по службе — все это является стрессорами.

В тех графах, где значение изменений не указано (изменение места работы, условий жизни и т. д.), событие оценивается независимо от того, к лучшему или к худшему были эти изменения.

№	Жизненные события	Баллы
1	Смерть супруга (супруги)	100
2	Развод	78
3	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером	65
4	Тюремное заключение	63
5	Смерть близкого члена семьи	63

№	Жизненные события	Баллы
6	Серьезная травма или болезнь	53
7	Женитьба, свадьба	50
8	Увольнение с работы	47
9	Примирение супругов	45
10	Уход на пенсию	45
11	Изменение в состоянии здоровья одного из членов семьи	44
12	Беременность (ваша, если вы женщина, или вашей партнерши)	40
13	Сексуальные проблемы	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15	Перемена места работы	39
16	Изменение финансового положения	38
17	Смерть близкого друга	37
18	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (машины, дома)	31
21	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
22	Изменение должности, служебной ответственности	29
23	Сын или дочь покидают дом	29
24	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
25	Выдающееся личное достижение, успех	28
26	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
28	Перемена в условиях жизни	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30	Проблемы и конфликты с начальством	23
31	Изменение условий работы или рабочего времени	20
32	Перемена места жительства	20
33	Смена места обучения	20
34	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19

№	Жизненные события	Баллы
35	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
36	Изменения в общественной деятельности	18
37	Менее крупная ссуда или заем (для покупки компьютера, телевизора и т. п.)	17
38	Изменение привычек, связанных со сном, нарушение сна, изменение режима дня	16
39	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	15
40	Изменение в привычном образе питания (диета, изменение аппетита и т. п.)	15
41	Отпуск	13
42	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
43	Незначительные проступки (штраф за проезд без билета и т. п.)	11

150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-либо заболевания, а 300 баллов увеличивают эту вероятность до 90%.

### 2.2.25. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана (модификация Бойко)

#### Бланк опросника

**Инструкция:** Ниже предлагается опросник, который фиксирует степень неудовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности.

Прочтите каждый вопрос и укажите один наиболее подходящий ответ (поставьте крестик в соответствующей графе таблицы).

- 0 — полностью удовлетворен;
- 1 — скорее удовлетворен;
- 2 — затрудняюсь ответить;
- 3 — скорее не удовлетворен;
- 4 — полностью не удовлетворен.

Удовлетворены ли вы	0	1	2	3	4
Своим образованием					
Взаимоотношениями с коллегами (на работе)					
Взаимоотношениями с администрацией на работе					
Взаимоотношениями с субъектами своей профессиональной деятельности (пассажиры, ученики, пациенты и т. д.)					
Содержанием своей работы в целом					
Условиями профессиональной деятельности (учебы)					
Своим положением в обществе					
Материальным положением					
Жилищно-бытовыми условиями					
Отношениями с супругом(ой)					
Отношениями с ребенком (детьми)					
Отношениями с родителями					
Обстановкой в обществе (государстве)					
Отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми					
Сферой услуг и бытового обслуживания					
Сферой медицинского обслуживания					
Проведением досуга					
Возможностью проводить отпуск					
Возможностью выбора места работы					
Своим образом жизни в целом					

### Обработка данных

По каждому пункту определяется показатель уровня фрустрированности (от 0 до 4 баллов).

Можно определить итоговый средний индекс уровня социальной фрустрированности. Для этого надо сложить показатели фрустрированности по всем пунктам и разделить сумму на число пунктов (20).

### Интерпретация результатов

Выводы об уровне социальной фрустрированности делаются с учетом величины балла по каждому пункту. Чем больше балл, тем выше уровень социальной фрустрированности:

- 3,5—4,0: очень высокий;
- 3,0—3,4: повышенный;
- 2,5—2,9: умеренный;
- 2,0—2,4: неопределенный;
- 1,5—1,9: пониженный;
- 0,5—1,4: очень низкий;
- 0—0,4: отсутствие (почти отсутствие) фрустрированности.

### 2.3. КРАТКИЙ ОБЗОР ПРОЕКТИВНЫХ ТЕСТОВ

Существует огромное количество определений, отвечающих на вопрос, что же такое проективные тесты. Нет необходимости их перечислять, каждый автор предлагает, как правило, свое.

Существуют крайне поверхностные дефиниции, примером которых может служить предложенная Чарльзом Райкрофтом в «Критическом словаре психоанализа»: «*проективные тесты, или Проекционные тесты*, — психологические тесты, направленные на выявление личностных особенностей, где субъекту предлагается интерпретировать рисунки или неопределенные конфигурации, такие, как чернильные пятна, исходя из собственного воображения». Другие определения, напротив, громоздки и многословны. Однако общей особенностью любого адекватного определения является:

1. Упоминание проекции как принципа, положенного в основу метода;
2. Указание на свободный характер ответов испытуемого, не оцениваемых с точки зрения их правильности и неправильности, и
3. Указание на неопределенность и неоднозначность стимульного материала, который тем самым отличается от стимульного материала интеллектуальных и других тестов.

#### 2.3.1. Тест Роршаха

Эта проективная методика исследования личности создана Г. Роршахом в 1921 г. По своей популярности в психодиагностических исследованиях личности она занимает ведущее место среди других проективных методик.

Стимульный материал теста Роршаха состоит из 10 стандартных таблиц с черно-белыми и цветными симметричными аморфными (слабоструктурными) изображениями (так называемые « пятна Роршаха »). Обследуемому предлагается ответить на вопрос о том, что изображено, на что это похоже. Ведется дословная запись всех высказываний обследуемого, учитываются время с момента предъявления таблицы до начала ответа, положение, в котором рассматривается изображение, а также любые особенности поведения. Завершается обследование опросом, который осуществляется экспериментатором по определенной схеме (уточнение деталей изображения, по которым возникла ассоциация).

Каждый ответ оценивается по пяти категориям:

1. *Локализация* (выбор для ответа всего изображения или его отдельных деталей);
2. *Детерминанты* (для формирования ответа могут быть использованы форма изображения, цвет, форма совместно с цветом и т. д.);
3. *Уровень формы* (оценка того, насколько адекватно форма изображения отражена в ответе, при этом в качестве критерия используются интерпретации, получаемые наиболее часто);
4. *Содержание* (ответ может касаться людей, животных, неодушевленных предметов и т. д.);
5. *Оригинальность-популярность* (оригинальными считаются очень редкие ответы, а популярными те, которые встречаются не менее чем у 30% обследуемых).

Эти счетные категории имеют детально разработанные классификации и интерпретативные характеристики. Обычно изучаются « суммарные оценки », т. е. суммы однотипных оценок, отношения между ними. Совокупность всех полученных отношений позволяет создать единую и уникальную структуру взаимосвязанных особенностей личности.

Диагностические показатели теста Роршаха не имеют строго однозначного психологического значения. Однозначность достигается непосредственным контактом с обследуемым, его углубленным изучением. Дифференциально-диагностическое значение данных, получаемых при использовании теста, тем определеннее, чем больше изучаемая совокупность показателей, относящихся к конкретной задаче.

### 2.3.2. Сонди-тест

Эта проективная методика исследования личности опубликована Л. Сонди в 1939 г.

Стимульный материал состоит из 48 стандартных карточек с портретами психически больных людей (гомосексуализм, садизм, эпилепсия, истерия, кататоническая шизофрения, депрессия и мания). Большинство используемых в teste портретов больных заимствованы из немецких учебников по психопатологии. Карточки-портреты разделены на 6 серий, по 8 в серии (по одному портрету от каждой категории больных). Обследуемому предлагается во всех сериях портретов выбрать по два наиболее и наименее понравившихся. Для получения устойчивых показателей обследование рекомендуется проводить не менее шести раз.

При интерпретации полученного материала исходят из того, что если четыре или более портретов одной категории больных получили благоприятную или неблагоприятную оценку, то данную «диагностическую область» следует признать значимой для обследуемого. Считается, что выбор портретов зависит прежде всего от инстинктивных потребностей. Отсутствие выбора свидетельствует об удовлетворенных потребностях, а неудовлетворенные, действующие с большой динамической силой, приходят к позитивному или негативному выбору. В случае позитивного выбора речь идет о потребностях, которые признаются, а выбор, отрицательно окрашенный, указывает на задержанные, подавленные потребности.

### 2.3.3. ТАТ – тематический тест апперцепции

Это одна из наиболее используемых в мире проективных методик исследования личности создана Морган и Мюрреем в 1935 г.

Стимульный материал ТАТ составляет стандартный набор из 31 таблицы: 30 черно-белых картин и одна пустая таблица, на которой обследуемый может вообразить любую картину. В используемых изображениях представлены относительно неопределенные ситуации, допускающие их неоднозначную интерпретацию. В то же время каждый из рисунков обладает особой стимулирующей силой, провоцируя, например, агрес-

сивные реакции или способствуя проявлению установок обследуемого в сфере семейных отношений.

В ходе эксперимента в определенной последовательности представляются 20 картин, отбираемых из стандартного набора в зависимости от пола и возраста (есть картины для всех, для женщин, мужчин, мальчиков и девочек до 14 лет). Возможно использование сокращенных наборов специально подобранных картин. Предлагается придумать небольшую историю о том, что привело к ситуации, изображенной на картине, что происходит в настоящее время, о чем думают, что чувствуют действующие лица, чем эта ситуация закончится. Рассказы обследуемого записываются дословно, с фиксацией пауз, интонации, выразительных движений, других особенностей. Обычно прибегают к записи на скрытый магнитофон. Отмечается время с момента предъявления картины до начала рассказа и общее время, затраченное на рассказ по каждой картине. Завершает обследование опрос, основная задача которого — получение дополнительных данных об обследуемом, а также уточнение источников тех или иных сюжетов, разбор всех обнаруженных в рассказах логических неувязок, оговорок, ошибок восприятия и т. д.

В итоге исследователь получает сведения об основных стремлениях, потребностях обследуемого, воздействиях, оказываемых на него, конфликтах, возникающих во взаимодействии с другими людьми, и способах их разрешения, другую информацию.

Осуществляется также формальный анализ рассказов, включающий в себя расчет длительности рассказов, их стилевых особенностей и др. Этот аспект анализа может быть полезен для обнаружения патологических тенденций.

### 2.3.4. Рисуночные проективные тесты

Наиболее популярными в психологии являются такие тесты, как тест Маховера «Нарисуй человека», тест Гудинафа — Харриса «Рисование», тест «Автопортрет» в интерпретациях Бернса и Рида (Никитин, 1998).

Эти методики позволяют создать «психофизический» портрет индивидуальности на основе впечатлений реципиента о своем теле. Сопоставление выделенной терапевтом структуры

признаков характера с представлениями его носителя об особенностях своей психофизики расширяет границы объективного восприятия целостного образа респондента. Посредством анализа изображенных на тестовом рисунке области, формы и степени развития мышечных и структурных напряжений мы приближаемся к пониманию психологической сущности личности, взаимосвязи ее психических и телесных проявлений.

В отличие от диагностических методик, построенных на верbalной оценке, информативность проективного рисунка, выделяющего дисфункции, значительно убедительнее для человека, проходящего психофизическую коррекцию, чем описание сложных умозрительных моделей, не совсем понятных и, как следствие этого, не полностью принимаемых реципиентом. Достоверность диагностики обусловлена и сопоставлением зон напряжения на рисунке и теле, и через реальное ощущение реципиентом дискомфорта и даже боли в различных частях тела.

При работе с психосоматическими больными рекомендуется применение следующих рисуночных тестов.

### 2.3.4.1. Тест «Образ себя»

Анализ исследований тестового рисунка «образа себя» в выборках, относящихся к различным культурным группам, позволил выделить ряд наиболее важных и универсальных критериев для описания и создания психологического портрета человека (Никитин, 1998).

- *Уровень стереотипизации в представлении «образа себя».* Акцент в подавляющем большинстве случаев делается на фрагментах лица (глазах), игнорируются конечности (пальцы рук); фигуры изображаются статичными, тяжелыми, в однообразной позиции (анфас), с укороченным туловищем и конечностями; в образе либо отсутствуют эмоциональные проявления и чувства, либо присутствует «посаженная» улыбка.
- *Характер эстетической ориентации.* Тела воспроизводят в грубой форме, без должного внимания. Для представителей женского пола характерна фиксация внимания на лице (глаза, губы) и одежде, для мужчин значимее все тело, мальчики сориентированы на демонстрацию

силы. Редко можно увидеть проработанную пластику тела, динамичного, «летящего» человека; преобладают либо «солдатики» — руки по швам, ноги вместе, либо «полицейские» — руки спрятаны, ноги врозь.

- *Уровень осознания телесной конгруэнтности.* Голова и конечности, как правило, не уравновешены, пропорции и размеры их не соблюdenы. Внимание к кистям мы наблюдаем только у художественно одаренных респондентов с хорошо развитой мелкой моторикой. У большинства — маленькие обрубленные пальцы либо их отсутствие, обрубленные стопы ног, прямая жесткая спина.
- *Уровень рефлексии.* Изображение, как правило, носит внеличностный характер. Реципиенты в большей степени ориентированы на существующие нормы представления себя, чем на проживание и отображение своего внутреннего мира. Личностные мотивы подавляются желанием выглядеть лучше в глазах будущих зрителей. Отсюда фантазии скорее сводятся к прорабатыванию деталей костюма, чем к попытке изобразить особенности своего типа характера.

#### 2.3.4.2. Тест «Телесные состояния»

Этот тест одновременно является и методом коррекции состояния пациентов, применяемым в групповой телесно-ориентированной терапии. Он раскрывает сенситивный мир человека при восприятии им своего тела. Обычно тестирование проводят в группах пациентов. Перед началом рисования пациентам следует достигнуть состояния релаксации, чтобы прочувствовать характер телесных ощущений, вспомнить наиболее частые и типичные, комфортные и дискомфортные проявления в разных частях тела. Для углубления впечатления и большей объективизации восприятия предварительно выполняется комплекс диагностической гимнастики, специально разработанный для активизации суставов и позвоночника и ведущих мышечных паттернов, как в статике, так и в динамике. На последнем этапе предварительного знакомства со своим телом участники тренинга разбиваются на группы по 4—5 человек для проведения упражнения «Глина». Один из членов микрогруппы становится объектом воздействия со стороны

своих коллег, гладящих, разминающих, толкающих, вытягивающих, катающих и бросающих его в течение 10 — 15 минут, чтобы вызвать ранее незнакомые ему ощущения и впечатления о своем теле. Только после столь тщательно и вдохновенно проведенной процедуры реципиенты воспроизводят в красках свои ощущения на рисунке. Интересно, что в результате нового телесного опыта информативность изображения увеличивается и респонденты впервые осознают ранее не замечавшиеся и не дифференцировавшиеся ими ощущения. В процессе терапии используемая палитра красок становится шире и утонченнее вместо используемых вначале трех-четырех основных цветов. По мере терапевтической проработки тела раскрываются все новые и новые горизонты его восприятия пациентом, в рисунок вносятся дополнительные элементы, отражающие более высокую степень проникновения субъекта в свою телесную самость. Одновременно расширяется и психологический спектр переживаний тела; с познанием материальной сущности меняется и оценка своей самости, своего места в мире и своего отношения к человеку в целом.

При сопоставлении рисунков тестов «Образ себя» и «Телесные состояния» обнаруживается тесная взаимосвязь между выделенными зонами «легкости», «напряжения» и «боли» и характером и формами изображения психологического образа.

Так, например, наблюдается явная проекция зон «напряжения» во внешнем облике нарисованного человека. Респондент бессознательно схватывает и вырисовывает участки тела таким образом, что в стиле изображения и в характере прорисовывания отдельных деталей тела можно увидеть проявление как психических, так и соматических дисфункций. Конечно, не в каждом случае возможно прямое сопоставление. Качество диагностики зависит и от умения респондентов рисовать, и от понимания ими поставленных задач, и от опыта психотерапевта наблюдать и чувствовать индивидуальность. Именно поэтому рисуночные тесты являются прежде всего дополнением для целостной оценки функционального состояния человека в рамках целостного подхода. Объективная достоверная диагностика не может быть сведена только к данному классу тестирования.

## ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

### 3.1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

**П**сихотерапия определяется как целенаправленная вербальная или невербальная коммуникация с больным для воздействия на его болезненное соматическое и психическое состояние. Она планируется в рамках теории болезни и лечения и проводится как обучающий и корректирующий метод (Бройтигам и др., 1999). Психотерапия является методом коммуникации, позволяющим изменять миры внутренних символов человека (Кэхеле, 1995).

В психологи<sup>е</sup> часто акцентируют внимание на семи основных источниках эмоционально обусловленных (психосоматических) заболеваний (Радченко, 2002).

Первый источник — это внутренний конфликт, конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной «победе» одной из них над другой. Например, при передании можно выделить две различные части личности, которые формируют разные модели поведения. Часть первая как бы говорит: «Я хочу себя утешить, убаюкать едой, забыть все эти неприятные переживания». Вторая часть «призывает»: «Немедленно прекрати есть, посмотри, на кого ты похожа, во что превратилось твоё тело». Обе эти части, как чаши весов, доминируют пополам, конфликтую между собой. Задача психотерапии в этом случае состоит в том, чтобы примирить обе части. Подавляя то одну часть, то другую, мы никогда не устраним заболевание.

Вторая причина называется мотивацией, или условной выгодой. Это очень серьезная причина, потому что часто симптом несет условную выгоду для пациента. Например, избавление

от мигрени может «открыть глаза» на многие проблемы, которые «мешают видеть» головная боль, и тогда пациент окажется перед необходимостью их решения.

Следующий возможный источник эмоционально обусловленных заболеваний — эффект внушения другим лицом. Известно, что если ребенку в детстве часто повторять «дурочка, дурак, осталоп, жадина» и т. п., то очень часто дети начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически переходит во взрослую жизнь, даже если потом оно рационально перерабатывается.

Четвертый источник — это «элементы органической речи». Болезнь может быть физическим воплощением фразы. Например, слова «у меня сердце за него болит», «я от этого с ума схожу» могут превратиться в реальные симптомы.

Следующий, пятый источник — идентификация, попытка быть похожим на кого-то, на идеал. Но, постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела. Живя все время в другой «ауре», он в конце концов начинает от этого страдать.

Шестой источник можно назвать самонаказанием. Если человек совершает неблаговидный со своей точки зрения поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. Например, ребенку внушали, что нужно уважать своих родителей и делать только так, как они считают нужным. Когда он решает поступать по-своему, то совершает неблаговидный поступок с точки зрения его воспитателей, и тогда появляется чувство вины, а вина ищет наказания. Самонаказание — очень распространенная причина многих травм и соматических нарушений.

Последняя, самая серьезная и самая глубокая причина — болезненный, травматический опыт прошлого. Как правило, это психические травмы раннего периода детства.

Еще одной базисной причиной психосоматических заболеваний может быть алекситимия. Чаще других пациентами психотерапевта становятся невротические личности. «Невротиков» отличает от других пациентов выразительная вербализация переживания, способность описывать свои чувства, опасения, страхи, испытываемый дискомфорт и т. д., даже если они кажутся нелогичными, двойственными, малоконструктивными для решения или поиска выхода из состояния. У психосоматических пациентов, напротив, способность вы-

ражать свои переживания, конфликтные содержания, ощущения крайне обеднена. Их словарный запас для этих целей также беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Как правило, это социально хорошо адаптированные личности, а симптом алекситимии является ответом на семейный запрет с самого детства выражать себя и свои чувства. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит ригидное следование социальным нормам и правилам. Тогда язык органов, болевые ощущения становятся «неудобной» попыткой тела интегрироваться с душой человека.

Обычно люди стремятся к прекращению плохих взаимоотношений. Психосоматический пациент годами может терпеть отношения, которые не только не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. Толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям и природу психосоматических симптомов можно объяснить подавлением враждебности, агрессивности, злобы. Если обычно озлобленность побуждает людей к прекращению отношений, то психосоматическая личность подавляет злобу и продолжает отношения. Внешне такой человек даже не кажется страдающим, однако психотерапевт может с полной очевидностью убедиться в страдании его тела. Непонятно, почему происходит подавление злобы, но известно, что психосоматические пациенты очень чувствительны к любым проявлениям озлобленности в себе и других (Кочюнас, 2000 ).

Важнейшая задача психотерапевта в беседе с психосоматическим больным — помочь ему выявить, хотя бы частично, скрытую озлобленность. Психотерапевт должен не только помочь пациенту осознать свою озлобленность, но и указать, как она оказывается на поведении. Одни психосоматические пациенты славны и приятны, со всем соглашаются, и трудно поверить в их враждебность. Другие не способны почувствовать, да и не чувствуют недоброжелательности вокруг себя. При возникновении хотя бы малейшего спора они отступают. Если не могут устраниться из ситуации, прибегают к рационализации и говорят себе, что спорящие шутят. Иные склонны выражать свою злость, тем не менее изменяют ее действительный объект.

Беседа с психосоматическим пациентом об озлобленности обычно трудна и далеко не всегда успешна, хотя позволя-

ет показать пациенту, какова его жизненная ситуация, как он подавляет свою враждебность и как это связано с его соматическими симптомами. Психотерапевт должен не только помочь пациенту распознать в себе злобу, но и побуждать его к отреагированию в процессе терапии. Поэтому неудивительно, если в случае успешной работы заменителем действительного объекта враждебности пациента временно становится психотерапевт.

Еще одна существенная причина трудности консультирования психосоматической личности состоит в ее «эмоциональной безграмотности», неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления. Черты алекситимической (психосоматической) личности служат серьезным препятствием в консультировании и психотерапии. Больше всего психотерапевта фruстрирует отказ этих пациентов связывать свои соматические жалобы с конфликтами в эмоциональной сфере, хотя часто психологический контекст жалоб очевиден. Очень трудно помочь человеку психологическими методами, когда он свои эмоциональные проблемы понимает как соматические. Такой пациент говорит о разнообразных болях, много молчит, не проявляет никакой мотивации к сотрудничеству, явно ориентирован на медикаментозное лечение, постоянно принуждает психотерапевта к инициативе. Монотонный, эмоционально бесцветный стиль пациента вызывает у психотерапевта раздражение, потому что он чувствует себя загнанным в угол. Попытка активно вовлечь пациента в эмоциональные отношения только увеличивает у того тревожность из-за неумения вербализовать чувства. Соответствующий всплеск физиологических реакций позволяет пациенту еще больше жаловаться на соматическое недомогание.

Если пациент — яркий алекситимик, следует применять техники, направленные не на конфронтацию, а на поддержку. Пациента также следует готовить к вербализации своих переживаний. Для этого можно использовать примеры эмоциональных слов и фантазий, анализ различных эмоциональных ситуаций, перевод умозаключений пациента на дифференцированный язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях бывает эффективной, она в определенной степени помогает осознать эмоциональные проблемы и вербализовать их.

Таким образом, специфичность психосоматозов состоит в том, что душевное неблагополучие как первопричина серьезного физического недуга в этих случаях скрыто, замаскировано для самого больного. Поэтому психологическая коррекция неосознаваемой душевной причины телесного страдания требует от специалиста-психотерапевта и психолога особого подхода, модификации традиционной психотерапевтической помощи. Поскольку соматизация психологического конфликта связана с работой механизма психологической защиты, с вытеснением из сознания, подавлением истинных, психологических по своей природе, причин заболевания, то пациенты не просто не понимают психогенную природу своей болезни, но и вынуждены бессознательно сохранять симптом (феномен условной желательности болезни). В связи с этим возникает необходимость теоретического осмысления принципов и стратегий, освоения новых форм и технологий психокоррекционной и реабилитационной работы с психосоматическими больными.

Стало общепризнанным требование учета личностных особенностей больного. Однако на деле требование это остается больше теоретическим признанием, чем конкретно проводимым в клиническую практику принципом. Как правило, врачи не включают в изучение больного анализ структуры его личности, особенности его реагирования ни в целях клинико-диагностических, ни при составлении индивидуального плана терапевтических мероприятий.

Для выбора тактики психотерапии и удобства анализа предлагается делить пациентов на пять групп (Мацанов, 2000):

1. Больные *циклотимного* склада оптимистичны и доброжелательны, легко вступают в контакт и верят в хорошую перспективу лечения. Влюбленные в жизнь, они нередко долго отказываются от обследования и лечения, преуменьшают серьезность заболевания. Этот отказ идет не от глубокого внутреннего страха, как это иногда бывает, а от недооценки опасности заболевания: «Ерунда! Эта болезнь хорошо лечится, да и медицина у нас на уровне!» В разговоре с такими больными можно не бояться даже преувеличивать опасность заболевания, не опасаясь ятрогении.
2. Больные *эпигимного* склада угрюмы и раздражительны до злобности, с прямолинейными, лишенными сомнений

ний суждениями; они требуют четкой формулировки диагноза и перспективы лечения, сами рекомендуют врачу «вырезать все радикально». Любое сомнение для таких больных мучительно, и, подчиняясь внутреннему сопротивлению этому состоянию, они сами создают гипотезу, тенденциозно укрепляя ее фактами и превращая в теорию происхождения своего заболевания. Они могут подробно объяснить, «что и как у них произошло». С такими больными надо говорить четко и уверенно, по возможности показывая анализы и рентгенограммы. Два-три слова, даже не понятных больному, но проникнутых оптимистической безапелляционностью, действуют при этом весьма убедительно.

3. Больные *ювенильного* склада возбудимы и очень впечатляемы, склонны бурно и многословно преувеличивать свои переживания. Плачут, громко рассказывают о себе, о положении дома, на работе в связи с болезнью, значительно преувеличивая значение собственной персоны. Склонные к яркому фантазированию, они рисуют страшные картины, видя себя то мучениками, то героями, вовлекая окружающих в свои фантазии и обращая на себя внимание. Такие больные тоже имеют свое представление о болезни, в которой разобрались «лучше всякого профессора». Следует отметить, что переживания у больных с ювенильным складом личности весьма нестойки. Внимание их легко переключается на другой предмет, и тогда они успокаиваются. Но вот снова яркие картины «ужасного будущего», и снова слезы и жалобы. Спокойный, доброжелательный, ласковый разговор врача их сравнительно легко успокаивает.
4. Больные *астенического* склада — застенчивые и робкие, обидчивые и честолюбивые, с вегетативной неустойчивостью, они легко краснеют, не любят быть в центре внимания, в отличие от больных ювенильного склада, постоянно требующих к себе особого внимания. Заболевание свое и его перспективы воспринимают как судьбу: «руки опускаются», теряются, не знают, куда идти, к кому обращаться, кого слушать. Добросовестные и пунктуальные, они не склонны детально размышлять о заболевании, аккуратно выполняют все назначения врача

и легко успокаиваются от уверенного тона, доброжелательной и доверительной беседы «по душам».

5. Больные *психастенического* склада — мрачные, неловкие, во всем сомневаются, видят только плохие перспективы, «весь мир в черных красках». Склонны преувеличивать опасность даже там, где ее можно не ждать. Боятся всего неясного, неизвестного. Переживания исключительно тягостны, эмоционально и мысленно насыщены. Отсутствие четких определений и ясной перспективы в начальный период болезни нередко приводит таких больных к мысли о самоубийстве. Они угрюмы, всем недовольны, трудны в коллективе. Их мучают сомнения. Тяжелые мысли лишают их сна, аппетита. Они замыкаются в себе, прислушиваются только к своим ощущениям. Дружеская беседа, уверенный тон и ободряющие разъяснения успокаивают их ненадолго. Снова и снова возникают новые мысли, новые сомнения, новые переживания.

В работе с психосоматическими больными используются все известные психотерапевтические подходы. Однако выбор конкретного психотерапевтического метода и частных методик зависит от ряда факторов — клинической картины заболевания, личностных особенностей пациента, времени, которое планируется потратить на психотерапию, компетенции психотерапевта (владение определенными психотерапевтическими подходами).

Применяемые в психосоматической медицине методы психотерапии можно разбить на две группы: глубинно-психологические методы и методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения. На практике они могут комбинироваться.

Глубинно-психологические методы ставят своей целью раскрытие психологического конфликта, который стоит за психосоматическими симптомами, перестройку личности в целом и ее отношений с окружающим миром. Важно иметь в виду, что устранение симптомов не является первичной целью глубинно-психологических методов терапии — симптомы ослабевают и исчезают по мере того, как достигаются названные выше цели. К этой группе относится психоанализ, различные направления психодинамической психотерапии, экзистенциально-гуманистические методы (гештальт-тера-

пия, психодрама и др.). Необходимыми условиями применения этих подходов являются способность пациента к само-рефлексии и наличие достаточного времени для проведения курса психотерапии. Используются как индивидуальные, так и групповые формы глубинно-психологической терапии. Методы, направленные на раскрытие симптоматики, не применяют в острой стадии заболевания, т. к. это может привести к утяжелению состояния. Классический психоаналитический метод имеет ограниченную применимость в психосоматической практике в связи со слабостью Я психосоматических пациентов и их низкой толерантности к фрустрации.

К методам, ориентированным на симптом и модификацию поведения, можно отнести когнитивно-поведенческую психотерапию, а также гипнотерапию и другие суггестивные и аутосуггестивные методы.

Кроме того, при психосоматических заболеваниях используют различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (телесно-ориентированная терапия, дыхательная гимнастика, упражнения по мышечной релаксации, музыкальная терапия, танцевальная терапия, символдрама).

Психологическая работа, направленная на коррекцию психосоматических нарушений и, прежде всего, алекситимических черт, может быть представлена в виде трех последовательных ступеней: релаксация и дидактическая направленность; опора на невербальные способы общения; «внутренний диалог». Релаксация является основой для использования всех приемов преодоления алекситимии. Дидактическая направленность имеет своей целью фиксацию пациента на сиюминутных переживаниях ситуации «здесь и теперь». Опора на невербальные способы общения предполагает широкое использование психогимнастических и психопантомимических приемов и методик, которые способствуют снятию напряжения и спонтанному выражению эмоций на невербальном уровне.

Различные невербальные техники создают основу, своего рода «банк переживаний», который в дальнейшем используется для тренинга распознавания различных эмоциональных состояний (как собственных, так и других людей) и их адекватной вербализации. Для развития внутреннего диалога, который также способствует погружению пациента в мир собственных эмоций, могут быть использованы самые различные приемы, в том числе заимствованные в гештальт-терапии:

## 1. Установление психологического контракта

Выяснение концепции болезни пациента и его представлений о собственной способности влиять на симптомы.

Беседа (в форме рациональной психотерапии) о психологических факторах риска болезни и сути психологического лечения: доступное, метафорическое объяснение патогенеза заболевания пациента, влияния психического состояния на возникновение симптоматики, а также саногенных возможностях образного мышления.

Установление психологического контракта: выяснение целей пациента и в случае готовности пациента — обсуждение проблемы болезни в мировоззренческом аспекте.

## 2. Психокоррекционная работа

Выяснение образного представления симптома, болезни (в случае трудностей образного моделирования — упражнения по формированию нейтральных образов).

Выяснение образного представления желаемого состояния, результата терапии.

Экологическая проверка: выяснение ограничивающих факторов, обстоятельств, делающих выздоровление, исчезновение симптома нежелательным (проработка условной желательности болезни).

Проработка вариантов перехода от нынешнего состояния к желаемому, выбор оптимального образного представления процесса выздоровления (здесь используются техники НЛП по работе с субмодальностями, с линией жизни пациента и т. п.).

Обучение пациента релаксации. Самостоятельная работа пациента по саногенной визуализации.

Обратная связь: контроль визуализации пациента через несколько дней с целью коррекции (использование самоотчета или рисунков).

\* \* \*

На первом этапе возможно использование следующих психодиагностических методик: шкала социальной адаптации Холмса и Рея; определение психологического типа по Кейрси; определение уровня Алекситимии; тест на интенсивность соматических жалоб; тест Розенцвейга; тест на доминирующую стратегию психологической защиты и др.

Психологическая проработка основных психологических патогенных личностных конфликтов (методы интегративной

психотерапии и психокоррекции) проводится только при готовности и личном запросе пациента.

В беседе с психосоматическим больным психотерапевт нередко наталкивается на жесткое сопротивление попыткам тщательного уточнения истории жизни и болезни. Это объясняется несколькими причинами:

1. Затверженная, «выученная» соматическая интерпретация болезни. Ведущая роль соматических причин не только более приемлема для пациента, но и глубоко укоренена в общественном сознании под воздействием медицинских установок. «Болезнь заключается только в органическом поражении» — так звучит лейтмотив одной из психиатрических школ.
2. Психическая болезнь привносит чувство ответственности перед самим собой, иногда стигматизацию, соматическая болезнь — наоборот, чувство облегчения. Многие больные испытывают такое чувство, когда узнают об органической природе их заболевания, хотя нередко это означает более тяжелый прогноз. Предполагается целенаправленная помощь, которую окажет врач, а собственные переживания и поведение больного не принимаются во внимание, больному не дают никаких рекомендаций вроде: «Вы должны изменить свой стиль жизни».
3. Можно представить себе психосоматическую болезнь как особую форму изживания душевного конфликта, которая с раннего детства замещает собой другое, возможно речевое, изживание конфликта. Если при групповой терапии психосоматические больные находятся вместе с невротиками, то обращают на себя внимание серьезные затруднения, возникающие у психосоматических больных. Они неохотно раскрывают свои чувства, кажутся отчужденными, у них слабо развита фантазия. Такие больные нечетко осознают свои чувства, опасения, желания и едва ли в состоянии описать их словами. При критических состояниях словесные реакции у них замещаются действиями: больные ажитированы, убегают, нападают, избегают реальных оценок ситуации, ссылаются на какие-то внешние обстоятельства, на мнения и поведение других людей, оправдывая этим свое поведение. Можно говорить об «эмоциональной

безграмотности» психосоматических больных, их эмоциональной необразованности. Психосоматический больной говорит и оперирует «телесными» формулировками, проявляет себя соматической ажитацией, языком органного психосоматического симптомообразования. Такая «эмоциональная безграмотность» имеет довольно длинную историю, она может уходить корнями в раннее детство или иметь наследственное происхождение.

### 3.1.1. Внутренняя картина болезни

Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) — возникающий у больного целостный образ своего заболевания — введено Р. А. Лурия (1977). По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.), термин «ВКБ» является наиболее общим и интегративным.

Первоначальное представление о структуре ВКБ, включающей два уровня (сензитивный и интеллектуальный), в дальнейшем было дифференцировано путем выделения четырех уровней:

1. Чувственный — комплекс болезненных ощущений;
2. Эмоциональный — переживание заболевания и его последствий;
3. Интеллектуальный — знание о болезни и ее реальная оценка;
4. Мотивационный — выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление.

ВКБ обычно выступает как целостное, нерасчлененное образование. На формирование ВКБ оказывают влияние различные факторы: характер заболевания, его острота и темп развития, особенности личности в предшествующий болезни период и др. В качестве методов исследования ВКБ используются метод клинической беседы, опросники, анкеты, интервью (Психология, 1990).

В литературе наиболее освещен когнитивный аспект ВКБ. В настоящее время ВКБ признается частным случаем «внутренней картины здоровья» (Каган, 1993). Разнородность оп-

ределений одного и того же явления связана с полиморфностью переживаний больного. В зависимости от особенностей личности больного выделяют пять типов отношения к болезни: астено-депрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический (Рохлин, 1975). Предлагается классификация по уровням активности личности в ее противодействии заболеванию или его усугублению: варианты отношения к болезни разделяются на пассивно-страдательное, активно-положительное, или «уход в болезнь», отрицание наличия заболевания, спокойно-выжидательное отношение, активное противодействие развивающемуся недугу (Рейнвальд, 1978). Наиболее подробная классификация отношений к болезни (Личко, Иванова, 1980) известна в связи с получившей широкое распространение методикой для психологической диагностики типов отношения к болезни — ТОБОЛ (Бурлачук, Коржова, 1998):

1. Гармоничный тип характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, переключением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.
2. Эргопатический тип отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало, может быть описан как «уход от болезни в работу».
3. Анозогнозический тип характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к болезни, нежеланием лечиться.
4. Тревожный тип отличается беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.
5. Ипохондрический тип характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим.
6. Неврастенический тип характеризуется раздражительностью, особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливостью.
7. Меланхолический тип отличается пессимистическим отношением к болезни, неверием в выздоровление.
8. Апатический тип отличается безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни.

9. Сенситивный тип характеризуется озабоченностью о неблагоприятном отношении окружающих вследствие болезни, боязнью стать обузой.
10. Эгоцентрический тип характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих.
11. Паранойяльный тип характеризуется крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам, обвинениями окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.
12. Дисфорический тип отличается мрачно-озлобленным настроением, ненавистью к здоровым, обвинениями в своей болезни других, деспотическим отношением к близким.

Возможно рассмотрение личностных реакций на болезнь в качестве различных видов психологических защит. Такое понимание реакции на болезнь характерно прежде всего для сторонников психоаналитической концепции. В настоящее время признается зависимость типов реакции на болезнь от особенностей функционирования Эго (Ford, 1984). Психологические защиты могут быть нормальными или, в случае их значительной выраженности, патологическими (табл. 2).

Таблица 2

### Типы психологической защиты

Тип психологической защиты	Вариант нормы	Вариант патологии
Отрицание	Сознательное подавление неприятных мыслей. Обеспечивает оптимистический взгляд на будущее, оберегая психику от дистресса	Психопатологическое искажение действительности
Регрессия	Немного большая, чем обычно, занятость собой	Функционирование личности на более низком уровне, чем до болезни. Детскость поведения, рост зависимости от других людей, требование повышенного внимания к себе

Тип психо-логической защиты	Вариант нормы	Вариант патологии
Тревога	Предчувствие возможной опасности, готовящее больного к возможной утрате (комфорта, части тела или функции, обычных до болезни межличностных отношений)	Необъяснимое чувство вины, излишняя самокритичность, активизация тревожных фантазий
Печаль	Чувство утраты (здоровья, части тела или функции). Сосредоточенность на утраченном, сниженное настроение, потребность в работе, несмотря на утрату. Длится недолго	Депрессия, длительные спады настроения, расстройство вегетативных функций (сна, аппетита и др.)

При соматических заболеваниях особенно часто встречается такой вид психологической защиты, как отрицание.

При психосоматических заболеваниях наиболее частые формы психологической защиты — эйфорически-анозогническое поведение, характеризующееся отрицанием тяжести болезни и невниманием к своему состоянию, и истерическое поведение, характеризующееся агравационными тенденциями и эгоцентризмом (Губачев, Стабровский, 1981).

Когнитивный аспект ВКБ характеризуется понятием личностного значения болезни, которое является одним из компонентов психосоциальной реакции на заболевание, наряду с эмоциональной реакцией и способом адаптации к болезни. Существуют различные классификации личностных значений болезни. Приведем здесь одну из наиболее разработанных типологий (Lipowski, 1983), согласно которой болезнь может восприниматься как:

1. Препятствие, которое должно быть преодолено (например, потеря работы).
2. Враг, угрожающий целостности личности.
3. Наказание за прошлые грехи.
4. Проявление врожденной слабости организма.
5. Облегчение (может приветствоваться, т. к. позволяет уйти от социальных требований, ответственности; на-

пример, болезнь, освобождающая юношу от воинской обязанности).

6. Стратегия приспособления к требованиям жизни (например, использование болезни для получения денежной компенсации).
7. Невозвратимая потеря, ущерб (например, подросток с диабетом может считать всю жизнь испорченной).
8. Положительная ценность, помогающая личности обрести более взвышенный смысл жизни или лучшее понимание искусства.

Впоследствии типы значений болезни свелись к основным четырем: вызов (угроза), потеря, облегчение, наказание. По сходной классификации Vervoerdt (1972) в зависимости от опыта, знаний, ценностных ориентаций, потребностей болезнь может выступать как враг, соревнование, утрата, штраф, выигрыш, судьба.

В отечественной психологии становление субъективного отношения к болезни рассматривается как объективный познавательный процесс, имеющий несколько этапов (и в то же время компонентов) — сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни. При этом адекватный тип реагирования, который называется соматонозогнозия, отличается от патологического. Врачам и психологам хорошо известно, что декомпенсация определяется чаще всего болезненной реакцией личности на болезнь и лишь во вторую очередь — самой болезнью. Изменения личности обусловлены многими причинами. Войтенко (1981) обобщил их и предложил учитывать:

- биологические факторы (соматическая патология, промышленные интоксикации, инфекции, черепно-мозговые травмы);
- социогенные (изменения роли больного в семье, референтной группе, изменение отношения окружающих к больному — игнорирование болезни или снижение требовательности к больному);
- аутопсихологические (снижение самооценки, потеря жизненной перспективы, чувство неполноценности, беспокойство за свою судьбу и судьбу родных и близких).

Тип личности помогает понять, чем является болезнь для конкретного больного (Бурлачук, Коржова, 1998). Например, среди всего многообразия личностных типов применительно к психосоматике выделяют 10:

1. Зависимые, требующие.
2. Контролирующие, склонные к порядку (обсессивно-компульсивные).
3. Драматизирующие, эмоциональные (актеры).
4. Долгострадающие, приносящие себя в жертву.
5. Подозрительные, принимающие меры предосторожности (паранойяльные).
6. «Лучшие» и «особые» (нарциссические).
7. Отчужденные, стремящиеся к уединению, холодные, равнодушные (шизоидные).
8. Импульсивные с тенденцией к немедленному осуществлению действия.
9. Лица, обладающие «скачущим» настроением (циклические).
10. Лица с хроническими нарушениями памяти и спутанностью сознания (с хроническим мозговым синдромом).

С развитием медицинской социологии связано возникновение концепции «роли больного», выдвинутой Т. Парсонсом (Parsons, 1986). Человек в роли больного занимает в обществе особое положение. У него есть обязанности: ожидается, что больной хочет выздороветь и потому искать помощи, помогать врачу в своем выздоровлении. Есть и особые права: он освобожден от обычных общественных обязанностей, например, от посещения работы или учебы; о нем заботятся другие.

Конфликты с обществом разрешаются «ролью больного». Это происходит неосознанно, поэтому предлагается психосоматические симптомы рассматривать в ряду неврозов. Некоторым нелегко принять такой тип зависимости, другие легко осваиваются с ним. Здесь имеют значение свойства личности. Операция сама по себе не освобождает больных от прежнего страха произвести неблагоприятное впечатление на окружающих, обременить семью. Показано, что на выход из «роли больного» после операции на открытом сердце не влияет сложность операции, тяжесть состояния: имеет значение лишь склонность к принятию роли больного. Лица, более устойчивые к входению в эту роль, легче и выходят из нее после операции (Brown, Rawlinson, 1975).

Существует также понятие «поведение больного», предложенное для описания различных типов поведения, возникающего у людей в результате восприятия и оценки симптомов.

Часто трудно отграничить истинные признаки болезни от индикаторов «поведения больного».

Являясь психологическим образованием, ВКБ имеет определенный нейрофизиологический базис. Современные представления о нем облегчают подход к пониманию ВКБ. Важно учитывать, что некоторые черты ВКБ могут быть связаны с особенностями или патологией структурно-функциональной организации мозга. В психологическом плане ВКБ может рассматриваться как элемент самосознания, сформированный в результате самопознания. Ее можно рассматривать также как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающих в психике больного патологические изменения процессов жизнедеятельности организма и связанные с ними условия существования личности, определяемые патологией.

М. Кабановым с соавторами был осуществлен опыт теоретического моделирования ВКБ. В основу модели авторы положили понятие о «церебральном информационном поле болезни» — сохраняемой в долгосрочной памяти информации о проявлениях болезни. Его материальным субстратом являются матрицы долгосрочной памяти, которые ассоциируются в функциональные комплексы, а последние служат основой представлений личности о своей болезни. Эти матрицы и их комплексы могут влиять на различные стороны работы мозга, а следовательно, и психики (Березовский и др., 2001).

Большую роль в формировании ВКБ играет тип эмоциональных отношений больного к своей болезни, ее проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные типы подобных отношений.

**Гипонозогностический тип** — больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению. Больной может все знать о своей болезни, о ее серьезном прогнозе, но это не вызывает у него эмоций тревоги и беспокойства. У таких больных иногда легко образуется неадекватная (занятая) модель ожидаемых результатов лечения и «сверхоптимальная» модель полученных результатов лечения.

**Гипернозогностический тип** — у больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения.

**Прагматический тип** эмоциональных отношений к болез-

ни: больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий.

В основе формирования нозогностических эмоциональных отношений лежат определенные особенности структуры личности, сформированные прежде всего воспитанием. Психологические критерии имеют большое значение для дифференцирования поведения, определяемого типом нозогностических отношений, от симуляции и агgravации.

Как свидетельствуют клинические факты и результаты предварительных исследований, структура внутренней картины болезни может быть различной у больных разных нозологических форм. «Удельный вес» различных составляющих ВКБ зависит и от преморбидных особенностей личности. Неодинаково представлены в сознании отдельные элементы ВКБ.

Наблюдается определенная динамика ВКБ с различным соотношением ее элементов на разных этапах заболевания. При некоторых заболеваниях преобладающие вначале чувственные элементы ВКБ могут полностью исчезать. Их место могут занимать результаты рассудочной переработки больным факта заболевания и эмоциональная оценка болезни. Различная по структуре и динамике ВКБ создает специфические и чрезвычайно важные условия развития перестройки личности больного. Психологический анализ мотивационной сферы больных показывает, что изменение ВКБ может способствовать возникновению новой ведущей деятельности у больных, в рамках которой и происходит формирование патологических черт личности.

### 3.1.2. Нозогении (психогенные реакции) при психосоматических заболеваниях

Большинство хронических соматических заболеваний сопровождается психическими симптомами либо вследствие прямого повреждающего действия биологического патологического процесса на функционирование головного мозга (например, нервозность, возбудимость при гипертиреозе, депрессия, тревога, изменения личности при опухолях головного мозга), либо вследствие психологического реагирования на

факт заболевания. В начале XIX века понятие «соматопсихический» было предложено немецким психиатром Якоби для того, чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых психических расстройств. В настоящее время многие авторы относят соматопсихические нарушения к области изучения психосоматической медицины (Исаев, 1996; Пезешкиан, 1996).

В отечественной литературе для обозначения психогенных реакций, возникающих в связи с somатическим заболеванием, принят термин «нозогении». Это понятие учитывает двойственную природу таких реактивных состояний, структура которых разворачивается в двух взаимодополняющих плоскостях: психопатологической, соответствующей общим синдромальным свойствам таких психогений, и психологической (метасиндромальной), отражающей осознание индивидуумом своего «телесного Я», его «отношение», «сознание», «субъективное восприятие» болезни, субъективный смысл заболевания, самооценку состояния здоровья и др.

Структура нозогений детерминируется психологическими, социальными, конституциональными (характерологический склад) и биологическими (объективные параметры somатического заболевания) факторами. Для обозначения метасиндромального уровня в отечественной литературе используется термин «внутренняя картина болезни», который подробно обсуждался в предыдущем разделе.

Во многих публикациях описываются особенности психической сферы больных теми или иными somатическими заболеваниями и делаются попытки их систематизации. Мы приводим две классификации: разработанную сотрудниками НЦПЗ РАМН под руководством проф. А. Б. Смулевича (Смулевич и др., 1992; Смулевич, 1994) и предложенную в работе (Михайлов и др., 2002).

Типология нозогений на психологическом уровне предусматривает выделение двух наиболее значимых типов внутренней картины болезни — гипер- и гипонозогнозии (Смулевич и др., 1997).

Гипернозогнозия определяется высокой значимостью somатического страдания, эгосинтонным отношением. Эгосинтонность (в переводе с греческого — родственность Я) соответствует восприятию пациентом своего заболевания как

диффузного, неструктурированного, неотделимого от собственной личности феномена.

Для гипонозогнозии характерна совокупность противоположных признаков — тенденция к недооценке значимости соматического страдания, эгодистонное отношение к проявлениям болезни, убежденность в возможности самостоятельного совладания с нею.

Выделенные типы дифференцируются в зависимости от способа формирования образа болезни, ведущей модальности реагирования, а также субъективной локализации контроля.

При гипернозогнозии соматическое страдание воспринимается как совокупность угрожающих жизни симптомов заболевания. Образ болезни складывается в виде перцепта непосредственно под воздействием переживаний, связанных с выраженным телесным дискомфортом.

При гипонозогнозии, напротив, заболевание воспринимается как совокупность информации об имеющемся соматическом неблагополучии. Образ болезни в виде концепта складывается, если этому не препятствует невротическое отрицание соматического страдания, «вынужденно», опосредованно, под влиянием не столько телесного дискомфорта, сколько интерпретации состояния пациента окружающими (врачами, медицинским персоналом, соседями по палате, родственниками и т. д.).

Для гипернозогнозии предпочтительна эмоциональная модальность реагирования на заболевание (подавленность, тревога, страх); для гипонозогнозии — когнитивно-бихевиоральная (интеллектуально-поведенческая), реализующаяся в субъективном анализе собственного поведения, и открывает-ся главенствующая роль в возникновении болезни.

Гипернозогнозии свойственно пассивное совладание с заболеванием, характеризующееся отказом от каких-либо самостоятельных действий, попытками переадресовать ответственность за все значимые события, связанные с соматическим страданием, другим лицам. Для гипонозогнозии, напротив, предпочтительно активное совладание, реализующееся в принятии личной ответственности за все значимые ситуации, ассоциирующиеся с болезнью, и в самостоятельных действиях, направленных на минимизацию ее проявлений.

Гипер- и гипонозогнозию можно рассматривать в качестве полюсов, задающих континuum клинических вариантов но-

зогений, дифференцированных на основании особенностей синдрома и его регистра. Соответственно выделяются гипер- и гипонозогнозические невротические, аффективные, психопатические (с формированием сверхценных идей) реакции. В качестве отдельных вариантов нозогений могут рассматриваться бредовые и некоторые иные реактивные состояния, формирующиеся при коморбидности соматической и эндогенной патологий.

**Невротические синдромы** (тревожно-фобические и «невротического отрицания»).

Гипернозогнозический вариант проявляется страхом и тревожными опасениями, связанными с телесным недугом, гипертрофированной оценкой его последствий, угрожающих здоровью, невозможностью полной социальной реабилитации. В клинической картине могут доминировать истерические проявления (демонстративность поведения, яркость и образность жалоб, конверсионные симптомокомплексы). При затяжных реакциях формируются явления ригидной ипохондрии (тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия, «щадящий» режим — диета, гла-венство отдыха над работой, жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.).

Гипонозогнозический вариант характеризуется проявлениями «невротического отрицания». В клинической картине на первом плане стоит синдром «прекраснодушия» с диссоциацией между проявлениями соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и демонстративно-пренебрежительным отношением к болезни. Однако за фасадом наигранного оптимизма выступает страх нарушения жизненно важных функций организма.

**Эмоциональные реакции** (реактивные депрессии, гипомании).

Гипернозогнозический вариант — синдром ипохондрической депрессии — определяется гипотимией с тревогой и чувством безнадежности, сочетающимися с астенией, снижением физической активности, алгиями и другими патологическими телесными сенсациями. Содержание реакции определяется пессимистическим восприятием болезни, тревожными опасениями и страхами, тесно связанными с актуальным соматическим состоянием. Представления об опасности болезни, ее

неизлечимости, неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях обычно преувеличены.

Гипонозогнозический вариант — синдром «эйфорической псевдодеменции» — характеризуется повышенным аффектом с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни. Пациенты мало озабочены объективно тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма, строят радужные планы на будущее, игнорируют лечебный режим, «забывают» о необходимости приема лекарств.

**Патохарактерологические реакции** (параноические, шизоидные, истерические) с выявлением сверхценных идей (ипохондрия здоровья, синдром «патологического отрицания болезни»).

Гипернозогнозический вариант — «синдром ипохондрии здоровья». Осознание связанных с somатической болезнью патологических изменений деятельности организма сопровождается стремлением к преодолению недуга. Доминируют идеи «полного восстановления любой ценой». Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «переломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход somатического страдания, вопреки медицинским рекомендациям «modernizировать» лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями — «преодолевающий стиль поведения» (Barsky, Klerman, 1983).

Гипонозогнозический вариант — синдром патологического отрицания болезни. Формируется обычно у больных с аномальными чертами, определяемыми психологическим термином «упругость». Речь идет о лицах параноического или шизоидного склада, лишенных ощущения страха, фаталистах, привносящих в реакцию на болезнь не тревожные опасения или идеи ущербности, но элементы риска, игры с опасностью. При возникновении угрожающей жизни патологии (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез с выраженной интоксикацией и пр.) для них предпочтительно отрицание тяжести болезни, ее угрожающего смысла. Зная, что при недуге, которым он страдает, возможен смертельный исход, пациент убежден, что благодаря чуду, волшебному воздействию неизвестного ранее средства он непременно исцелится. Основной темой становится здоровье. Будучи месяцами прикованными к постели, пациенты говорят, что готовы заняться спортом, начать «новую жизнь».

\* \* \*

Другая классификация нозогений предложена в работе (Михайлов и др., 2002). Выделяют три основные группы:

**Соматогенный астенический симптомокомплекс**, который сформировался вследствие нейротоксического и психотравмирующего влияния соматических заболеваний. Основным патопсихологическим механизмом его формирования является изменение биосоциального статуса личности вследствие соматического заболевания как фактора, не зависящего от субъективно-волевой сферы больного.

У больных этой группы невротические жалобы появляются незаметно, постепенно, спустя некоторое время после выявления соматического заболевания, без значимых побочных психотравмирующих влияний.

Частота и выраженность соматогенного астенического симптомокомплекса растет с увеличением давности соматического заболевания и степени его тяжести. Астеническая симптоматика усиливается в периоды заострения соматического заболевания и, наоборот, смягчается, а в ряде случаев даже исчезает при улучшении соматического состояния больных.

Первыми признаками невротических нарушений у этих больных, как правило, становятся явления физической и психической астении, общая слабость, повышенная утомляемость, ощущение обессиливания, снижение работоспособности и способности к концентрации внимания, ухудшение памяти, невнимательность, постсомнические нарушения. Практически все больные отмечают наличие головной боли нервно-мышечного характера, которую описывают как ощущение тяжести в голове, «шлема», «стягивающего обруча» и т. п.

Постепенно появляются расстройства эмоционально-волевой сферы: болезненная раздражительность, вспыльчивость, колебание настроения от мрачно-пессимистического до обычного, ровного. Впоследствии в эмоциональной сфере превалирующими становятся негативные эмоции, усиливается подавленность, снижение настроения, формируется ощущение тоски, внутреннего дискомфорта с элементами тревожности.

В то же время при изучении психического состояния больных обращает на себя внимание бледность, невыразительность, расплывчатость психологической симптоматики, ее парциальность. Больные в беседах самостоятельно не акцентируют

на ней внимание, воспринимая ее как второстепенное, хотя и неприятное «дополнение» к соматическому заболеванию.

Преморбидные особенности личности больных выступают как облигатный фактор, который привносит в общую клиническую картину характерные личностные оттенки, однако и они несут на себе отпечаток бледности, невыразительности, парциальности.

**Острые невротические расстройства**, которые возникли у соматических больных вследствие перенесенных психотравм.

Невротические расстройства появляются у этих больных на фоне соматического заболевания, однако причинная связь их с соматическим заболеванием не прослеживается.

В то же время при опросе выявляются острые или хронические психотравмы (чаще всего семейно-бытового характера или связанные с работой больных), которые предшествовали манифестации невротических расстройств.

У большей части больных этой группы оказывается пре-морбидная акцентуация характера.

По длительности и качественным характеристикам невротические расстройства у них соответствуют клинике классической неврастении, диссоциативных (конверсионных) и обсессивно-компульсивных расстройств.

Острое начало невротических расстройств чаще встречается у больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами, острое и подострое более характерно для больных с обсессивно-компульсивными расстройствами, подострое и затяжное — при неврастении.

В отличие от больных с соматогенным астеническим симптомокомплексом, острые невротические расстройства у соматических больных по своей яркости, значимости как бы вытесняют проявления соматического заболевания. Попытки привлечь к ним внимание больных только высвечивают невроз, т. к. даже соматические жалобы у них носят невротический оттенок: «... так, боль бывает... такой ноющей, неприятной... не могу спать... нервничаю... переживаю... сжимаюсь, как пружина... ощущаю себя разбитой... несчастливой... мир не мил...».

Соматическое страдание как бы переламывается, растворяется в неврозе, придавая ему специфический оттенок в интерпретации актуальной психотравмы.

Наиболее типичными симптомами неврастении у сомати-

ческих больных сначала являются ощущения недомогания, утомляемости, вялости, общей слабости, интрасомнических расстройств, выраженность которых уменьшается на некоторое время после отдыха, переключения внимания. Однако потом неизменно опять нарастают слабость, разбитость, ощущение усталости, головная боль, снижается возможность к концентрации внимания.

Постепенно на фоне нейросоматических проявлений растущей астении появляется и прогрессирует эмоциональная лабильность. Все чаще наступают периоды меланхолического, апатичного состояния, безразличия к окружению, подавленности. Растет тревожность, ожидание чего-то плохого. У части больных появляются фобии, формируется ипохондрическая интерпретация своего соматического состояния, результатов параклинических исследований.

У соматических больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами невротическая симптоматика непосредственно связана с острыми психотравмами, возникает остро, внезапно, отличается яркостью, демонстративностью. Эмоциональные нарушения часто наблюдаются в тесном сочетании с обильными вегетососудистыми, сенсомоторными и кинетическими расстройствами.

Оживленная мимика, экспрессия, аффективная насыщенность придают своеобразный колорит депрессивной симптоматике, в которую вплетается тема «самого тяжелого и опасного» соматического заболевания. «Несчастность» больных демонстрируется всем их поведением.

Обсессивно-фобические проявления также несут на себе печать чуждости, демонстративности. Безосновательные страхи рака, близкой смерти отличаются неустойчивостью, облигатностью и в то же время значительной эмоциональной насыщенностью. Характерными являются обидчивость, повышенная внушаемость, болезненное стремление привлечь к себе внимание, эгоцентризм, на фоне которых своеобразно проявляются эмоциональные радикалы астении — нестабильность настроения, раздражительность, вспыльчивость, несдержанность.

У больных с обсессивно-компульсивными расстройствами на фоне соматического заболевания невротическая симптоматика манифестирует фобиями, как правило, сразу после острой психотравмы. У части из них позже формируются так-

же обсессии идеомоторной или моторной сфер, но практически всегда в сочетании с фобиями. Чаще всего это страх закрытых помещений, рака, операций. Характерными особенностями эмоциональных нарушений у соматических больных с обсессивно-компульсивными расстройствами являются стойкость, конкретность, осознанность фобий, преимущественно астенического характера с тревожным и депрессивным фоном, включением в их структуру соматического заболевания и импрессивностью проявлений, которые, постепенно усиливаясь, приобретают депрессивно-ипохондрический характер.

**Невротические расстройства с затяжным течением, на фоне которых развилось соматическое заболевание.**

В отличие от больных острыми невротическими расстройствами, в этой группе невротическая симптоматика характеризуется потерей парциальности, осознанием болезненности состояния, синдромологическим усилением, потерей связи с психотравмой, ростом вегетативных и сомато-висцеральных компонентов, появлением астено-депрессивных, астено-ипохондрических, обсессивно-фобических, депрессивно-фобических психопатологических синдромов, а в дальнейшем и формированием психопатализации личности больных, проявлениями ригидности и дезадаптации.

Соматическое заболевание, которое развивалось на фоне этих невротических расстройств, у таких больных тесно переплется с невротической симптоматикой, приводит к ухудшению их психического состояния, усилению депрессивного фона настроения, росту явлений астении. Характерный для этих больных низкий порог болевой чувствительности усиливает депрессивно-ипохондрические проявления и фиксацию. Обращает на себя внимание несоответствие степени тяжести соматического страдания, выраженности эмоционального восприятия и интерпретации его, преобладание негативных эмоций.

\* \* \*

Таким образом, клинико-психопатологическое и анамнестическое исследование особенностей психического статуса больных различными соматическими заболеваниями позволяет констатировать:

1. Клиническую неоднородность непсихотических расстройств психической сферы, которые отмечаются у соматических больных;
2. Зависимость их от преморбидной акцентуации личности больных, давности и тяжести соматического заболевания, особенностей психотравмирующих факторов, соотношения времени появления невротических расстройств и соматического заболевания;
3. Необходимость дифференцированных подходов при построении системы психотерапии соматических больных.

Если психосоматические нарушения основываются не только на актуальной конфликтной ситуации и у пациента имеются также хронические проблемы и конфликты, а также если для заболевания имеет существенное значение личность пациента с ее сознательным и бессознательным аспектами, то показана длительная психотерапия.

Применяемые формы психотерапии имеют целью дальнейшее развитие личности путем устранения ранних детских фиксаций и воздействия на приобретенные в течение жизни ошибочные формы поведения, которые привели к психосоматическому заболеванию. Это достигается путем перевода конфликта в сознание с помощью новых корrigирующих эмоциональных реакций и усвоенных форм поведения в рамках терапевтических отношений. В соответствии с характером нарушения, мотивацией и работоспособностью пациента и способностями врача показаны разные виды психотерапевтического лечения.

При определении показаний к адекватной форме психотерапии для психосоматических больных следует руководствоваться принципом пациентцентрированного плюрализма методов. Среди многочисленных возможностей терапии применять следует те, что наиболее соответствуют данной структуре личности больного, его заболеванию, но также и возможностям и способностям терапевта. Для успеха психотерапии представляется менее важным, какая техника будет использоваться, решающим будет — сможет ли терапевт справиться с возникающими проблемами или нет.

Ниже мы приводим обзор некоторых психотерапевтических методов, которые могут найти применение при лечении психосоматических больных.

### 3.2. СУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Суггестивная терапия (от лат. *suggestio* — внушение) — форма психотерапии, в которой устранение телесных и психических нарушений достигается за счет применения внушения. При этом оказывается целенаправленное влияние на функциональные нарушения, вегетативные нарушения, состояния напряжения, а также телесные недуги (например, боль). Суть терапии состоит в том, что пациенту передают в форме устного сообщения правильные установки. Суггестивные формулировки описывают состояние, которое должно быть достигнуто, при этом они должны даваться только в позитивной форме — не допускается использование отрицательных языковых конструкций (Кондрашенко и др., 2001).

К суггестивной терапии относятся гипноз, внушение и аутотренинг.

Гипноз — это особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования и сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех других факторов внешней среды.

Единой теории, объясняющей природу гипноза, в настоящее время нет. Существуют отдельные концепции, в той или иной степени обоснованные системы взглядов на механизм этого явления.

По И. П. Павлову, гипноз — это частичный сон. Он представляет собой промежуточное, переходное состояние между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга присутствует бодрствующий, «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность «раппорта» между гипнотизируемым и гипнотизером.

По Фрейду, гипноз — это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям (например, сына к отцу). Этот феномен перенесения и создает, по мнению Фрейда, неодолимую власть гипнотизера по отношению к гипнотизируемому. Гипнотические взаимоотношения, по Фрейду, имеют эротическую основу.

Помимо физиологической теории И. П. Павлова и психоаналитической теории Фрейда, являющихся, по существу, антиподами, существует большое количество концепций, пытающихся объяснить природу гипноза.

**Внушение** — это различные способы верbalного и неверbalного эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям.

Посредством внушения могут быть вызваны различные ощущения, представления, эмоциональные состояния, волевые побуждения, изменения соматовегетативных функций организма.

Следует отличать убеждение и внушение как психологические категории и гипноз как особое состояние высших отделов центральной нервной системы. Внушение отличается от убеждения прежде всего тем, что информация при внушении воспринимается без должной критической обработки.

В то же время внушение является одним из методов психотерапевтического лечения. Врач, пользующийся авторитетом и доверием у больных, обстановка и процесс психотерапевтического лечения сами по себе, безотчетно или сознательно, оказывают на больных суггестивное воздействие.

Различают *гетеросуггестию* — внушение, производимое другим лицом, и *аутосуггестию* — самовнушение. Внушение, вызванное каким-либо процессом, действием, называют *рельяным*, вызванное же с помощью слов — *вербальным*.

Внушение, реализуемое непосредственно через слово врача, определяют как *прямое*. Больной обычно может установить связь между произведенным прямым внушением и вызванным им действием, то есть источник поступления информации им осознается. При *косвенном* внушении врач прибегает к помощи добавочного (промежуточного) раздражителя, с которым больной, как правило, и связывает полученный лечебный эффект.

Внушение с лечебной целью может проводиться в бодрствующем состоянии, в гипнозе, а также в состоянии неглубокого естественного и наркотического сна.

Не последнюю роль при этом методе психотерапии играет аффективное состояние пациента. Подмечено, что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и создают

возможность осуществления массового внушения наяву (при боевых действиях, на митингах и т. д.). Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов, особенно при истерическом, при алкоголизме и табакокурении, с целью коррекции девиантного поведения. Особенno эффективен этот метод лечения у детей и у лиц с повышенной внушаемостью.

Существует несколько вариантов техники **внушения наяву**.

*Вариант 1.* После предварительной разъяснительной беседы врач усаживает пациента напротив себя и, пристально глядя ему в глаза, повелительным, не вызывающим сомнения тоном повторяет несколько раз: «Вы безразличны к алкоголю, вы будете отказываться от алкоголя везде, где бы вам его ни предлагали». У наиболее внушаемых пациентов можно выработать тошнотно-рвотную реакцию на вид и запах алкоголя.

*Вариант 2.* Пациент усаживается поудобнее на стул или в кресло. Врач становится напротив и негромким, но уверенным голосом приказывает: «Закройте глаза!» Затем кладет пальцы своих рук на виски больного и, слегка сдавливая голову, напряженным, уверенным голосом 3—4 раза подряд с интервалом в несколько секунд произносит формулу внушения: «Вы спокойны, сердце ваше совершенно здорово. Здорово!» В интервалах между фразами нужно несколько уменьшить сдавливание висков. Можно положить руку на область пищевода и несколько раз повелительным тоном повторить: «Пища по пищеводу будет проходить легко и свободно».

Речь врача может быть тихой или, наоборот, нарочито громкой, но обязательно эмоционально окрашенной, выразительной и уверенной.

*Вариант 3.* Пациент укладывается на кушетку, закрывает глаза и внимательно слушает врача, который проводит внушение. Иногда рекомендуется предварительно проводить внушение полного безволия, полного подчинения. «Вы не спите, вам совершенно не хочется спать, но вы не оказываете сопротивления, вы полностью подчиняетесь мне, и все будет так, как я вам говорю...» Далее следует внушение, которое можно расценивать как вариант гипносуггестии.

**Внушение в состоянии естественного сна.** В настоящее время сон рассматривается как результат активного функционирования синхронизирующих сомногенных систем головного мозга. Доказано наличие в мозге не только активных ме-

низмов, поддерживающих бодрствование, но и систем, участвующих в организации сна. Выделяют несколько стадий сна: переход от релаксации к дремоте, дремота, поверхностный сон, сон средней глубины и глубокий сон.

В связи с различной глубиной сна могут возникнуть различные фазовые состояния: уравнительная, парадоксальная, ультрапарадоксальная и наркотическая фазы сна. Фазовые состояния во время сна обусловливают избирательную чувствительность к определенным раздражителям, посредством которых можно поддерживать контакт с внешним миром.

Раппорт со спящим человеком можно установить с помощью речи. При этом верификация внушаемой информации в силу изолированности сигналов бывает очень низкой, а эффект внушения высоким. Не обязательно добиваться, чтобы пациент запомнил информацию, вводимую во время сна. Наоборот, внушение более действенно, если сказанное во время внушения после пробуждения подвергается амнезии.

В практике наиболее часто применяются следующие варианты внушения в состоянии естественного сна.

*Вариант 1.* Больного переводят из состояния сна в просоночное, налаживают с ним речевой контакт и после этого осуществляют внушение. Для этого прикасаются к спящему и, когда он слегка проснется, ему предлагают пошевелить рукой, ногой. Убедившись, что речевой контакт установлен, проводят лечебное внушение.

*Вариант 2.* С пациентами проводится предварительная беседа, во время которой им объясняется смысл лечения. Им говорят, что ночью они будут спать, но сквозь сон услышат сигнал (например, счет до десяти) и слова внушения. Текст внушения записывают на ленту магнитофона и предварительно дают прослушать (весь или только начало) пациентам в бодрствующем состоянии. Внушение проводится непосредственно врачом или посредством магнитофонной записи, которая включается и выключается автоматически или медицинским персоналом. Текст внушения может быть унифицирован (при однородном контингенте больных) или, наоборот, индивидуализирован. Чаще этот метод применяется при коллективных сеансах терапии.

Наиболее широкое применение данный метод нашел при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Используется также для коррекции девиантных форм поведения, при

ночном энурезе. У взрослых применим при различных формах неврозов и хроническом алкоголизме.

**Гипносуггестия.** Наиболее широкое распространение как у нас в стране, так и за рубежом нашел *метод внушения в гипнозе*. В основе метода лежит тот факт, что в состоянии гипноза значительно снижается верификация поступающей информации, а следовательно, повышается внушаемость.

Основным условием для осуществления метода внушения в гипнозе является умение врача вызвать состояние гипноза и уже на его фоне провести лечебное внушение. Весь процесс лечения можно условно разделить на несколько периодов (этапов): подготовительный, гипнотизации, лечебного внушения в состоянии гипноза, дегипнотизации с постгипнотическим внушением.

Лечение следует начинать только тогда, когда для этого созданы соответствующие условия.

Важным этапом подготовительного периода является *предварительная беседа с пациентом*. Прежде всего нужно выяснить отношение больного к лечению гипнозом. Если больной по каким-то причинам боится гипноза и не хочет ему подвергаться, то спешить с гипнотизацией не следует. Гипнологи знают, что существует так называемый *антисуггестивный барьер*. Чем он выраженнее, тем меньше внушаемость.

**Пробы на внушаемость.** Многие врачи, прежде чем перейти непосредственно к гипнотизации, используют в своей практике пробы (приемы, тесты) на внушаемость: внушение невозможности разжать кисти рук, сомкнутых в «замок»; внушение несуществующих запахов при предъявлении больному трех чистых пробирок; внушение падения вперед или назад после того, как терапевт уберет руку от лба или затылка пациента; проба с маятником (пациенту внушают, что груз на нитке, которую он держит в руке, раскачивается сам собой), и другие.

### 3.2.1. Методы и техника гипнотизирования

В лечебной практике обычно применяют две группы методов: методы воздействия многократно повторяющимися монотонными раздражителями на различные анализаторы (сюда относится и вербальный метод) и шоковые методы, при которых гипноз вызывается действием сильного внезапного

раздражителя (громкий звук, вспышка света, фарадический ток и др.) в сочетании с категорическим приказом: «Спать!»

На основании этих двух методов разработано множество вариантов техники гипнозации. На их основе была разработана методика гипнотерапии (Михайлов и др., 2002). Методика предусматривает 16 последовательных этапов погружения в состояние гипнотического сна, лечебного внушения и дегипнозации:

1. *Установка на удобную позу*: «Ложитесь (садитесь)... Примите удобную позу... Итак, принятое положение тела удобно. Закрывайте глаза. Успокаивайтесь. Находитесь в состоянии покоя и отдыха».
2. *Адресация внушений к кинестетическому анализатору*: «Мышцы рук, ног, туловища расслаблены... В них нет ни малейшего напряжения... Все тело приятно отяжелело... Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Постепенно тяжелеют ваши веки. Веки тяжелеют все больше и больше... Они отяжелели и плотно-плотно слиплись. Начинают расслабляться мышцы вашего тела. Расслабляется лоб. Расслабляются щеки. Чувствуете мышцы нижней челюсти. Полностью расслабились мышцы лица. Ваше лицо расслабилось. Расслабление переходит на мышцы шеи. Расслабляются мышцы груди. Расслабляются мышцы живота. Расслабляются мышцы спины. Расслабились мышцы туловища. Начинают расслабляться руки. Расслабились плечи. Расслабились предплечья. Расслабились кисти рук. Начинают расслабляться ноги. Расслабились бедра. Расслабились голени. Расслабились стопы. Полностью расслабились мышцы вашего тела».
3. *Интероцептивное расслабление*: «Начинают расслабляться внутренние органы. Вы ощущаете расслабление внутри головы, внутри груди, внутри живота. Расслабляется каждый нерв. Расслабляется каждая нервная клетка. Все расслабилось в вашей голове. Нет никакого напряжения». *Адресация внушений к дыхательному аппарату*: «Ваше дыхание стало ровным, спокойным, ритмичным». *Адресация внушений к сердечно-сосудистой системе*: «С каждым вдохом ваше сердце бьется все спокойнее, ритмичнее... Принятая теплота разливается по всему вашему телу».
4. *Отключение от окружающего*: «Окружающие звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от вас... отдаляются

все дальше и дальше... Вы почти не воспринимаете посторонние раздражители... Они перестают доходить до вашего сознания... Отключаетесь от происходящего вокруг. Вы отключились от окружающего. Окружающие звуки, шорохи, разговоры как бы удалились от вас. Они ушли от вас далеко-далеко. Вы не воспринимаете посторонние раздражители. Они не доходят до вашего сознания». *Успокоение и отключение от личностных переживаний и ощущений:* «Вы постепенно успокаиваетесь... успокаиваетесь... переходите в состояние отдыха и покоя.... Успокаивается каждая клеточка вашего организма... Успокаивается каждая частичка вашего организма... Успокаивается вся ваша нервная система... По мере успокоения нервной системы успокаиваются все внутренние органы... Все тревоги, заботы, волнения рассеиваются... уходят».

5. *Адресация внушений ко второй сигнальной системе:* «Течение мыслей в голове пассивно следует внушениям. Ни на чем постороннем не фиксируется... Вас покинули все тревоги, огорчения, заботы... Все, что раньше волновало и угнетало вас, ушло и сейчас не имеет никакого значения... Вам спокойно, хорошо».
6. *Фиксация покоя:* «Вы уже успокоились... Вы совершенно спокойны... Отдыхаете... Отдыхает нервная система, отдохвают все внутренние органы... Ничто вас не волнует, не нарушает вашего сосредоточения и покоя... ни душевного, ни телесного... Все, что прежде беспокоило вас, ушло, рассеялось, забылось... Вы испытываете сейчас чувство внутреннего покоя и полного умиротворения. Чувство спокойствия нарастает. Успокаивается каждый нерв. Успокаивается каждая нервная клетка. Успокаивается нервная система. Все ваши волнения рассеиваются. Спокойствие все больше и больше выражено. Вы чувствуете, как ваше тело наполняется приятным спокойствием. Ничто не волнует вас. Ничто не нарушает вашего покоя, ни телесного, ни душевного».
7. *Перевод покоя в дремоту:* «Мышцы туловища, рук, ног расслаблены. В них нет ни малейшего напряжения. Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться. Вы спокойны. Ваше спокойствие сочетается с ощущением сонливости, дремоты. Это состояние вам приятно... Постепенно вы погружаетесь в дремотное состояние... Приятная дремота

овладевает всем вашим телом... Никакие посторонние звуки не доходят до вашего сознания. Никакие ощущения со стороны внутренних органов больше не воспринимаются. Вы приятно и спокойно отдыхаете... Ни о чем не думаете... Сонливость усиливается с каждым моим словом... Отдыхаете... Вы слышите только мой голос. Дремотное состояние все больше выражено. Ваше дыхание стало спокойным, глубоким, ритмичным. Вам дышится легко. Ваше сердце сокращается спокойно, ритмично, автоматически. Вы не чувствуете своего сердца, как не чувствует сердца каждый здоровый человек».

8. *Формирование раппорта:* «Окружающие звуки, шумы отошли далеко... Вы уже не воспринимаете их... Ничего не слышите, кроме голоса врача... Он действует на вас успокаивающе... На вас действует только мой голос. Мои внушения действуют на вас успокаивающе. Вы отключились от окружающего и воспринимаете только мой голос».
9. *Перевод дремоты в гипнотическое состояние:* «Вы все глубже погружаетесь в дремоту. Дремать надо, это полезное для вас состояние. Это особое состояние нервной системы. Вы слышите то, что я говорю. Все будете помнить. Однако это не обычная беседа. Вы находитесь в гипнотическом состоянии. Это полезное для вас состояние».
10. *Потенцирование гипнотического состояния:* «Глубина гипнотического состояния нарастает. Гипноз — это особое состояние нервной системы. Во время гипноза восстанавливается нормальная деятельность каждой клетки вашего тела, каждого органа, каждой системы. Сейчас организм приходит в оптимальное для него состояние. Нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы работают normally. Из гипнотического состояния вы выходите иными. Вы будете чувствовать себя отдохнувшими, здоровыми, обновленными. Гипноз — это не беседа и не сон. Гипноз — это особое состояние организма, при котором слова врача оказывают исключительно сильное лечебное воздействие. Сейчас вы почувствуете, как под влиянием моих внушений у вас появятся непроизвольные движения, выполняемые без вашего участия» (внушаются движения, которые выполнялись при проведении проб на внушаемость).

11. *Внушение общетерапевтического действия:* «Во время гипноза наступает внутреннее расслабление. Расслабляются все мышцы внутренних органов. Вы ощущаете приятное расслабление в голове, приятное расслабление в груди, приятное расслабление в брюшной полости. Это расслабление выражено больше и больше. Все больше расслабляются гладкие мышцы внутренних стенок кровеносных сосудов. Расслабляются полностью все кровеносные сосуды. Проходят спазмы кровеносных сосудов. Кровеносные сосуды всего тела расширяются. Ваше тело от этого начинает тяжелеть. Тяжелеют руки. Тяжелеют ноги. Чувствуете, как ваше тело становится тяжелым. Появляется ощущение, что ваше тело тяжелое и массивное. Это полезное изменение. Появляется приятная тяжесть в голове. Это также полезное ощущение. Расширяются кровеносные сосуды головы. Расширяются кровеносные сосуды головного мозга. От расширения кровеносных сосудов снижается повышенное артериальное давление. Артериальное давление снижается до нормального для вашего организма уровня. Тяжесть во всем организме нарастает. Голова все глубже уходит в подушку. Ноги тяжелые, стопудовые. Сердце работает спокойно, ритмично. Вы чувствуете себя спокойно. Вы входите в более глубокое гипнотическое состояние. Вы начинаете ощущать приятное тепло в области сердца. Вы чувствуете, как сердце прогревается теплом. Расширяются кровеносные сосуды сердечной мышцы. Улучшается кровоснабжение сердечной мышцы. Укрепляется сердечная мышца. Сердце работает спокойно. Каждое мышечное волоконце сердца получает все больше и больше кислорода и питательных веществ. Тепло в области сердца, расширение его сосудов оказывают исключительно благоприятное действие. Это повышает силу, выносливость, работоспособность сердца, оказывает хорошее профилактическое действие. Вы начинаете чувствовать, как во всем теле, наряду с тяжестью, появляется ощущение тепла. Руки теплые и тяжелые, ноги теплые и тяжелые. Все ваше тело теплое и тяжелое. Сейчас каждая клеточка вашего тела становится здоровее. Каждая клеточка вашего тела накапливает сейчас запас энергии. Улучшение состояния каждой клеточки приводит как бы к обновлению вашего организма».

12. *Суггестия чувства комфорта:* «Сейчас вы чувствуете себя хорошо. Вы спокойны. Ваше дыхание свободное, спокойное, автоматическое. Ритмичность вашего дыхания сейчас осуществляется автоматически. Под влиянием гипноза автоматическая регуляция дыхания становится более совершенной. Ваше сердце также работает спокойно, ритмично, автоматически. Под влиянием гипноза более совершенной становится автоматическая регуляция артериального давления. С каждым сеансом гипноза автоматическая регуляция артериального давления в вашем организме становится более и более совершенной. Так же улучшается автоматическая регуляция деятельности других систем: пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной. От этого у вас возникает чувство комфорта во всем теле. Это ощущение комфорта сохранится у вас после выхода из сеанса. С каждым сеансом чувство комфорта в теле будет ощущаться вами все более явно. Это чувство комфорта вызвано тем, что под влиянием гипноза все системы вашего организма, все органы и даже каждая клеточка функционируют оптимально. Саморегуляция деятельности вашего организма становится совершенной. Все реакции приходят в норму».
13. *Закрепление спокойствия:* «Вы чувствуете себя сейчас совершенно спокойно. Успокоилась нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы. Это спокойствие закрепляется в вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет все больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет все больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в вашей нервной системе. Вы спокойнее реагируете на то, что раньше вас затрагивало. Спокойствие становится непоколебимым. Спокойствие становится основной чертой вашего характера. Все внушения закрепляются в вашей нервной системе».
14. *Лечебные внушения.* Они строятся с учетом особенностей личности больного, специфики симптоматики, характера течения заболевания. Формулы суггестий должны быть краткими, конкретными.
15. *Пролонгирование лечебного действия гипноза:* «Под влиянием моих внушений в вашем организме произошли целеб-

ные изменения. С каждым сеансом лечебный результат гипноза нарастает. Лечебный результат гипноза будет нарастать».

16. *Дегипнотизация:* «Вы хорошо отдохнули... Оздоровился весь ваш организм... Вы испытываете полное внутреннее успокоение... Вам легко и приятно... Когда вы приедете на следующее занятие, и я предложу вам закрыть глаза, вы сразу же почувствуете тяжесть век... Ваши мышцы расслабятся, посторонние звуки исчезнут. Вы будете слышать только мой голос... С каждым занятием состояние отдыха, покоя и лечебного сна будет углубляться. С каждым днем ваше самочувствие будет улучшаться все больше и больше. Сейчас вы начинаете выходить из гипнотического состояния. Проходит тяжесть в вашем теле. Появляются приятная легкость, бодрость. Голова становится свежей и легкой. Руки стали легкими. Ноги легкие. Все ваше тело легкое. Спокойствие остается. Остается ощущение приятного тепла в области сердца. Во всем теле ощущение комфорта. Вы выходите из гипноза, чувствуете себя отдохнувшими, спокойными, здоровыми. У вас хорошее настроение. Вам приятно. Выходите из гипноза. Я начинаю считать. Со счетом «три» вы свободно, спокойно откроете глаза и будете чувствовать себя хорошо. Сегодня вечером вы быстро заснете и ночью будете спать крепким и глубоким сном. Считаю: «один» — вы выходите из гипноза. Вы спокойны. «Два» — вы хорошо отдохнули. «Три» — ваши глаза свободно открываются. Вам приятно, хорошо. Голова свежая, легкая. Ощущение такое, как будто бы вы несколько часов находились в состоянии глубокого крепкого сна».

### Лечебное внушение в гипнозе

Лечебная эффективность внушения в гипнозе не всегда прямо зависит от глубины гипнотического транса. Многие гипнологи считают, что, для того чтобы получить хороший психотерапевтический эффект, нужно обязательно добиться сомнамбулического состояния. Действительно, в сомнамбулической фазе гипноза внушение реализуется легко, а полученный лечебный эффект в последующем удерживается достаточно стойко. Но опыт показывает, что такой же, а иногда и лучший лечебный эффект дает внушение в фазе сонливости

или даже в легкой фазе «покоя-отдыха». Кроме того, внушение в начальной стадии гипноза тренирует гипнабельность больного и увеличивает глубину гипноза от сеанса к сеансу. Поэтому лечебное внушение можно и нужно начинать уже в самых первых и легких стадиях гипноза.

Для начинающих психотерапевтов особенно важным является вопрос о содержании лечебного внушения.

Различают *общие* и *специальные* внушения.

К общим относят внушения, снимающие болезненные симптомы и вызванные ими дискомфортные состояния, внушения, улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус, вызывающие безразличие или даже амнезию к таким болезненным состояниям и травмирующим ситуациям, которые изменить уже нельзя.

Оптимальной при гипносуггестивной терапии до сих пор считается тактика Токарского (1890), который рекомендовал начинать внушение со снятия наиболее легко устранимых симптомов и, только получив положительный эффект, переходить к более устойчивым, тесно связанным с существом болезни патологическим явлениям. Постепенность обычно лучше обеспечивает прочность достигнутых результатов.

На первом сеансе пациенту внушают надежду на выздоровление, убеждают его в том, что лечению гипнозом он поддается хорошо. В последующем в формулу внушения вводят слова, поддерживающие и углубляющие успехи, достигнутые на предыдущих сеансах.

Специальные внушения более конкретны, чем общие, и при этом всегда индивидуализированы. Не может быть одинаковых «формул внушения» для всех больных даже при одном и том же заболевании. Вырабатывая каждый раз новую формулу лечебного внушения, врач исходит из жалоб больного, особенностей его личности, характера заболевания, этапа лечения и т. д.

### Дегипнотизация

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений, но его нужно проводить не спеша. Рекомендуются следующие этапы дегипнотизации:

- закрепление позитивных элементов на постгипнотический период;

- внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах;
- отключение пациента от привязанности к гипнотерапии.

Заканчивая сеанс, следует еще раз коротко и четко повторить формулу лечебного внушения. Например: «Появилась уверенность в выздоровлении. Вы стали спокойнее. Сон улучшился. Боли в сердце уменьшились. Болезнь уходит на задний план». После этого проводится дегипнотизация: «После сеанса вы будете чувствовать себя бодрым и вместе с тем спокойным, уравновешенным. Когда проснетесь, не будет никаких неприятных ощущений. Настроение и самочувствие будут прекрасными. Ночью вы будете спать глубоким, спокойным сном, а утром проснетесь полным сил и уверенности в своем выздоровлении. На следующем сеансе вы уснете еще быстрее и еще более глубоко. С каждым сеансом вы будете засыпать все быстрее и глубже, а мои внушения будут действовать на вас все сильнее и сильнее.

Ко мне вы будете относиться только как к лечащему врачу. Никаких других чувств, кроме уважения и полного доверия, у вас не возникнет. А сейчас на счет «пять» вы проснетесь. Раз... Вы начинаете просыпаться, тяжесть в мышцах исчезает, возвращается активность. Два... Мышцы ваши несколько напрягаются, вы начинаете хорошо различать посторонние звуки. Дремота становится все легче, все поверхностнее. Три... Возвращается легкость, желание двигаться. Вы просыпаетесь. После сеанса будете чувствовать себя бодрым, уравновешенным. Ночью будете спать хорошо. Четыре... пять. Глаза открылись. Вы проснулись».

### Осложнения при гипнозации

Следует различать осложнения, вызванные гипнозом, и осложнения, возникающие в результате внушений в состоянии гипноза.

При правильном проведении гипнотизации гипноз сам по себе совершенно безвреден. Тем не менее осложнения при гипнотизации хотя и редко, но встречаются. Остановимся на некоторых из них.

- Утрата rapporta во время сеанса.
- Спонтанный катарсис.

- Истерический гипноид.
- Спонтанный сомнамбулизм.
- Гипнотическая летаргия.

## Показания и противопоказания к применению гипносуггестивной терапии

Прямыми показаниями к применению внушения в гипнозе является истерический невроз. Особенно благотворно воздействие гипносуггестивной терапии при истерических моносимптомах: параличах, расстройствах речи, слуха, амнезиях, заикании и т. д. Детям при наличии истерических проекций и «рентных» установок, склонности к конфабуляциям и гипнологическим галлюцинациям гипносуггестивная психотерапия противопоказана. Вместе с тем этот вид лечения показан при психогенном мутизме, невротическом заикании, респираторных тиках, выкриках, истерических расстройствах в виде амавроза, анестезии, парезов и параличей. Показана гипносуггестия детям при аллергических иммунных нарушениях, ночном энурезе. Следует отметить, что хороший терапевтический результат при лечении ночного энуреза внушением в гипнозе отмечается не только у детей, но в еще большей степени — у пациентов в подростковом возрасте.

Показана гипносуггестивная терапия при нарушениях сна, неврастении. Невроз навязчивых состояний и различного рода фобии лучше снимаются при групповой психотерапии и классическом психоанализе. Но иногда и здесь удается добиться положительных результатов: можно уменьшить тревогу, эмоциональное напряжение, фиксированность на навязчивых состояниях.

Гипносуггестия показана в борьбе с вредными привычками у детей (кусание ногтей, грибасничанье, онанизм) и как метод коррекции девиантных форм поведения у подростков (правонарушения, суициды, сексуальные девиации и т. д.).

Целесообразно применение гипносуггестивной терапии при психогенных депрессиях. Иногда хорошие результаты, особенно в сочетании с другими методами лечения, гипносуггестия дает при лечении сексуальных неврозов, в т. ч. при половой неудовлетворенности, виргогамии и вагинизме у женщин. Хорошие результаты гипносуггестивная терапия дает при дисменорее, меноррагии, нарушении лактации, токсических рвотах у беременных.

Постоянно расширяется круг показаний гипносуггестивной психотерапии при соматических заболеваниях. Внушение в гипнозе с хорошим эффектом применяется при начальных формах гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при различного рода аллергических состояниях. Хорошо снимаются внушением в гипнозе некоторые формы нарушения сердечного ритма, тревога и депрессия у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Показана гипносуггестивная терапия при наркоманиях, алкоголизме и табакокурении.

Показанием для гипносуггестивной психотерапии являются многие заболевания кожи: экзема, псориаз, красный плоский лишай, узловатая эритема, бородавки, кожный зуд.

Широкие возможности внушение в гипнозе открывает для хирургии, анестезиологии, стоматологии. У нас в стране и за рубежом под анестезией, вызванной внушением в состоянии гипноза, проводятся достаточно сложные хирургические операции.

Широкое применение гипносуггестивная терапия нашла при лечении обширных ожогов. С одной стороны,вшенная анестезия позволяет уменьшить страдания обожженных и дает возможность обрабатывать раны при смене повязок, с другой — под гипнозом можно внушить улучшение аппетита, снять депрессию, что очень важно для выздоровления ожоговых больных (Chertok, 1972).

Противопоказанием для гипносуггестии являются психозы, прежде всего шизофрении с бредом отношения или физического воздействия, с синдромом психического автоматизма (синдром Кандинского — Клерамбо). Противопоказано лечение гипнозом лиц с выраженной дебильностью, а также больных, у которых гипнотизация провоцирует эпилептиформные припадки. К числу противопоказаний следует отнести болезненные состояния, сопровождающиеся выраженной интоксикацией, лихорадкой, нарушением сознания (сopor, кома).

Не следует применять гипносуггестию у больных с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. У этой категории больных при неосторожном применении гипноза могут появиться нежелательные вегетативно-сосудистые реакции, связанные с волнением перед сеансом.

Не рекомендуется использовать внушение в гипнозе как обезболивающее средство в случаях, когда боль является сигналом нераспознанного болезненного состояния (флегмонозный аппендицит, внематочная беременность и т. д.).

Лечение гипнозом противопоказано истерическим личностям с гипоманическими установками. Среди них часто встречаются больные с осложнениями типа истерического гипноида или психопатические личности сексуальными девиациями и перверсиями.

## **3.2.2. Самовнушение**

Самовнушение, так же как и внушение, категория психологическая. Сюда в определенном смысле можно отнести и такие понятия, как самовоспитание, саморегуляция, самовоздействие и т. п.

Самовнушение может быть непроизвольным и произвольным. Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными, усиливающими аутосуггестию факторами и несет в себе мощный эмоциональный заряд. Произвольное самовнушение возможно, если сосредоточить мысли и внимание на каком-либо одном представлении. Путем самовнушения можно влиять не только на психические процессы, но и на некоторые висцеральные функции организма.

Самовнушение, так же как и внушение, возможно в бодрствующем состоянии (метод Куэ) или в состоянии аутогипнотического транса (метод Шульца).

Следует отметить, что сам Шульц рассматривал разработанный им метод аутогенной тренировки как самовнушение, проводимое в состоянии саморасслабления, как «концентрированное саморасслабление» (Кондрашенко и др., 2001).

В настоящее время разработано большое количество психотерапевтических методов, основанных на самовнушении. В лечебной практике чаще других применяются методы Куэ, Джекобсона, Шульца.

### **Произвольное самовнушение (метод Куэ)**

Сознательное самовнушение по Куэ — это лечебный метод, позволяющий подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и bla-

готворными. Куэ сравнивал болезненные представления с застрявшими в предсознательной части Эго штифтами, которые можно постепенно выбить и заменить другими.

Согласно Куэ, лечебные представления, которые он называл «формулой самовнушения», являются по своей сути констатацией факта. Формула самовнушения должна быть простой и не носить насильтственного характера. Например: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше».

При этом неважно, считает Куэ, соответствует ли формула самовнушения действительности или нет, так как она адресуется подсознательному Я, которое отличается легковерием. Подсознательное Я принимает эту формулу за истину, как приказ, который необходимо выполнить. Чем проще будет формула, тем лучше лечебный эффект. «Формулы должны быть «детскими», — говорит Куэ, — они предназначаются не для нашего сознательного, критически настроенного Я, а исключительно как представление, как детские формулы».

Куэ неоднократно подчеркивал, что произвольное самовнушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий. «Если вы сознательно внушаете себе что-либо, — писал он, — делайте это совсем естественно, совсем просто, с убеждением и особенно без всякого усилия. Если бессознательное самовнушение, часто дурного характера, бывает столь успешным, то это оттого, что оно осуществляется без усилий».

Лечение начинается с предварительной беседы, во время которой разъясняется влияние самовнушения на организм, приводятся примеры целебного воздействия внушения и самовнушения при различных заболеваниях. Далее врач совместно с больным составляет формулу самовнушения, которая может меняться в процессе лечения. Формула должна быть простой, состоять из нескольких слов, максимум из 3—4 фраз и всегда носить позитивное содержание. Например, «Я здоров» вместо «Я не болен». Иногда формула представляет своеобразный «код», понятный только больному. Так, для усиления веры в свои силы может быть использована формула: «Я могу, я могу, я могу». В других условиях формула может быть более расширенной. Например, в условиях групповой зависимости от алкоголя или наркотиков пациент внушает себе: «Мое решение победить тягу к спиртному (наркотикам) окончательное. Какой бы предлог ни выставляли друзья и как

бы меня ни уговаривали, в любом случае мне безразличны уговоры, мое решение окончательно».

Во время сеанса больной занимает удобную позу сидя или лежа, закрывает глаза, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз произносит одну и ту же формулу самовнушения. Произносить формулу нужно монотонно, не фиксируя внимания на ее содержании, негромко, но так, чтобы сам больной обязательно слышал то, что говорит.

Сеанс самовнушения продолжается 3—4 минуты, повторяется 2—3 раза в день в течение 6—8 недель.

## Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона)

Метод предложен чикагским врачом Джекобсоном в 1922 г. Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение — их релаксацией. Естественно было предположить, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения.

Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, Джекобсон подметил, что различному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение соответствующей группы мышц. Так, например, депрессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры; страх — спазмом мышц артикуляции и фонации.

По мнению Джекобсона, снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц («дифференцированная релаксация»), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции.

Джекобсон полагал, что каждая область мозга функционирует в связи с периферическим нервно-мышечным аппаратом, образуя церебронейромускулярный круг. Произвольная релаксация позволяет влиять не только на периферическую, но и на центральную часть этого круга.

Под релаксацией Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности.

Лечение начинается с беседы с больными, в процессе которой психотерапевт объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивает, что основной це-

лью метода является достижение произвольного расслабления поперечно-полосатых мышц в покое.

Условно выделяют три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации.

*Первый этап.* Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение — сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления. После этого больной упражняется в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышц лица, глаз, языка, горлани, участвующих в мимике и акте речи.

*Второй этап* (дифференцированная релаксация). Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее — расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

*Третий этап.* Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение, смущение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, повышение артериального давления и т. п.). Затем посредством релаксации локальных мышечных напряжений можно научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или болезненные проявления.

Упражнения прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону осваиваются больными обычно в группах по 8—12 человек под руководством врача или опытного инструктора. Групповые занятия проводятся 2—3 раза в неделю. Кроме того, сеансы самообучения больные проводят самостоятельно 1—2 раза в день. Каждый сеанс продолжается от получаса (индивидуальный) до часа (групповой). Весь курс обучения занимает 3—6 месяцев.

## Аутогенная тренировка (метод Шульца)

Аутогенная тренировка — это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень).

Аутогенная тренировка, предложенная Шульцем как самостоятельный метод, по своему характеру является методом синтетическим. В его основе лежат находки древнеиндийской системы йогов, опыт исследования ощущений людей, погруженных в гипноз, практика использования самовнушения нансийской школой психотерапевтов (Куэ, Бодуэн), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций и опыт применения мышечной релаксации (Джекобсон), а также рациональная психотерапия (Дюбуа).

Предложенная Шульцем методика аутогенной тренировки в отличие от ее многочисленных модификаций называется *классической* и делится на 2 ступени: 1-я, или начальная (АТ-1), и 2-я, или высшая (АТ-2).

**Техника АТ-1.** Перед началом тренировки с пациентами проводится беседа, в которой в доступной форме объясняются физиологические основы метода, механизмы воздействия на организм тех или иных упражнений. Умело проведенная беседа, сопровождаемая демонстрацией эффективности отдельных упражнений, а также пациентов, добившихся путем тренировки позитивных результатов, способствуют успеху дальнейшего лечения. В беседе подчеркивается, что мысленное повторение формул самовнушения должно проводиться спокойно, без излишней концентрации внимания и эмоционального напряжения. Полезно с самого начала ознакомить больного с планом тренировок.

Сеансы самовнушения проводятся 3—4 раза в день. Первые три месяца длительность каждого сеанса не превышает одной-трех минут, затем время их несколько увеличивается (АТ-2), но не превышает получаса. На всем протяжении лечения тренировки должны проводиться под наблюдением врача. С этой целью не менее одного раза в неделю проводятся сеансы групповой тренировки. На первом этапе лечения необходимо овладеть шестью упражнениями. На тренировку каждого требуется примерно 10—15 дней. После этого наступает второй этап лечения (АТ-2), который длится не менее полутора. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9—12 месяцев.

Сеансы проводятся лежа или сидя, в «позе кучера» (голова склоняется вперед, кисти и предплечья — на коленях, ноги удобно расставлены).

*Упражнение 1:* вызывание ощущения тяжести. Мысленно повторяют: «Я совершенно спокоен» (1 раз); «моя правая (левая) рука тяжелая» (6 раз); «я спокоен» (1 раз). После нескольких дней упражнений ощущение тяжести в руке становится отчетливым. Далее таким же образом чувство тяжести вызывается в обеих руках, в обеих ногах, во всем теле. Каждое упражнение должно начинаться и заканчиваться формулой: «Я спокоен».

*Упражнение 2:* вызывание ощущения тепла. Мысленно повторяют: «Я спокоен» (1 раз); «тело тяжелое» (1 раз); «моя правая (левая) рука теплая» (6 раз). В последующем внушение тепла распространяется на вторую руку, ноги, все тело. Переходят к формуле: «Обе руки теплые... обе ноги теплые... все тело теплое».

В дальнейшем упражнения 1 и 2 объединяются одной формулой: «Руки и ноги тяжелые и теплые». Упражнение считается освоенным, если ощущение тяжести и тепла в теле вызывается легко и отчетливо.

*Упражнение 3:* регуляция ритма сердечной деятельности. Упражнение начинается с формулы: «Я спокоен». Затем последовательно вызывается ощущение тяжести и тепла в теле. Пациент кладет свою правую руку на область сердца и мысленно произносит 5—6 раз: «Мое сердце бьется спокойно, мощно и ритмично». Предварительно пациенту рекомендуется научиться мысленно считать сердцебиение. Упражнение считается освоенным, если удается влиять на силу и ритм сердечной деятельности.

*Упражнение 4:* регуляция дыхания. Используется примерно следующая формула самовнушения: «Я спокоен... мои руки тяжелые и теплые... мое сердце бьется сильно, спокойно и ритмично... Я дышу спокойно, глубоко и равномерно». Последняя фраза повторяется 5—6 раз. В последующем формула сокращается: «Я дышу спокойно».

*Упражнение 5:* влияние на органы брюшной полости. Больному предварительно разъясняется локализация солнечного сплетения и его роль в нормализации функции внутренних органов. Вызываются последовательно такие же ощущения, как при упражнениях 1—4, а затем мысленно 5—6 раз повтор-

ряют формулу: «Солнечное сплетение теплое... оно излучает тепло».

**Упражнение 6:** вызывание ощущения прохлады в области лба. Вначале вызываются ощущения, описанные в упражнениях 1—5. Затем 5—6 раз пациент мысленно повторяет: «Мой лоб прохладен».

По мере освоения упражнений формулы самовнушения могут сокращаться: «Спокоен... Тяжесть... Тепло... Сердце и дыхание спокойны... Солнечное сплетение теплое... Лоб прохладный».

После выполнения упражнения пациентам рекомендуется спокойно отдыхать в течение одной-двух минут, а затем вывести себя из состояния аутогенного погружения. Для этого дают себе мысленную команду: «Согнуть руки (2—3 резких сгибательных движения в локтевых суставах), глубоко вдохнуть, на вдохе открыть глаза».

Приведенные 6 упражнений низшей ступени являются подготовительными и позволяют в основном воздействовать на вегетативную нервную систему и вегетовисцеральные функции организма.

**Техника АТ-2.** К высшей ступени аутогенной тренировки Шульц относил упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний.

В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация.

**Упражнение 1:** медитация на цвете. После исполнения упражнений низшей ступени пациент, не меняя позы, мысленно концентрирует свое сознание на образах характерного цвета: заснеженные горные вершины, зеленый луг, синий цветок. Во время упражнений пациент должен стремиться удерживать в сознании представление о цвете, а не о конкретных формах предметов.

Упражнение повторяется до тех пор, пока пациент не научится визуализировать цветные образы.

**Упражнение 2:** медитация на образе определенного цвета. Цель упражнения заключается в целенаправленном вызывании определенных цветовых представлений. Одновременно тренируются ассоциации цвет — ощущения. Например, фиолетовый — чувство покоя, черный — печаль, тревога и т. д.

*Упражнение 3:* медитация на образе. Цель упражнения — научиться произвольно визуализировать конкретный предмет или образ. Это может быть цветок, ваза, человек. Критерием успешности тренировки является целенаправленная визуализация самого себя.

*Упражнение 4:* медитация на абстрактной идее. Сущность упражнения заключается в вызывании образных эквивалентов таких абстрактных понятий, как свобода, надежда, радость, любовь и т. п. Образные эквиваленты подобных абстрактных понятий у всех людей сугубо индивидуальны. У одних свобода ассоциируется с парящей в небе птицей, у вторых — с морем, у третьих — с бескрайней степью.

*Упражнение 5:* медитация на эмоциональном состоянии. В процессе упражнений осуществляется переход к проекции визуализированных образов на себя, на собственные переживания. Шульц в качестве примера предлагал медитацию ощущения при виде гор. Фокус воображения должен быть направлен не на конкретный объект или пейзаж (море, горы), а на ощущения, которые возникают при их созерцании.

*Упражнение 6:* медитация на человеке. Сначала воображение концентрируется на незнакомом, а потом — на знакомом человеке. Основная задача упражнения состоит в том, чтобы научиться «освобождаться» от субъективных установок и эмоциональных переживаний по отношению к знакомым образам, сделать эти образы «нейтральными».

*Упражнение 7:* «ответ бессознательного». Овладев способностью к визуализации образов, пациент сам себе задает вопросы, а ответы на них получает в виде спонтанно возникающих образов, которые потом интерпретируются. Наиболее часто задаются такие вопросы: «Что я хочу от жизни?», «Какие ошибки я допускаю в жизни?», «В чем мои главные проблемы?», «Как я должен себя вести в конкретной ситуации?».

В настоящее время появилось большое количество модификаций методики Шульца. Остановимся коротко лишь на некоторых из них.

### **Модификация Клейнзорге — Клюмбисса**

Авторы рекомендуют формировать специальные лечебные группы по сходным психосоматическим синдромам (стенокардия, бронхиальная астма, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и т. д.).

В отличие от классической методики Шульца, авторы большое значение придают синдромологически ориентированным узкоспециализированным комплексам тренировки. Выделяют следующие группы комплексов:

«*Покой*» (соответствует первому стандартному упражнению АТ-1 по Шульцу). Группа комплексов направлена на достижение «телесного покоя». Используется методика прогрессирующей релаксации по Джекобсону. Показания: эмоциональные нарушения, расстройства сна.

«*Сосуды*». Образные представления акцентируются на ощущении тепла. Показания: нарушения периферического кровообращения, артериальная гипертензия.

«*Сердце*». При выполнении упражнения целенаправленно вызываются ощущения тепла в левой руке, а затем в области сердца. Возможен следующий вариант самовнушения: «Мое сердце бьется спокойно и равномерно. Я едва чувствую свое сердце, приятное тепло струится от левой руки в левую половину груди. Сосуды левой руки расширяются. Через сердце струится тепло. Совершенно самостоятельно, совершенно спокойно работает мое сердце». Показания: стенокардия, функциональная неврогенная аритмия.

«*Легкие*». Тренировка направлена прежде всего на ритмизацию дыхания. Это обеспечивается мысленным счетом временных интервалов фаз вдоха, паузы и выдоха.

Авторы рекомендуют следующую формулу самовнушения: «Я совершенно спокоен, совершенно спокоен. Легко и свободно струится воздух, прохладный и освежающий воздух. Дышится совершенно спокойно, без моего участия, самопроизвольно. Так прекрасно струится воздух, свободно, свободно и легко. Я совершенно спокоен. Совершенно спокоен».

Показания: бронхиальная астма, хронические пневмонии, психогенные нарушения ритма дыхания.

«*Живот*». Произвольное самовнушение тепла в отдельных органах брюшной полости — в области желудка, печени, кишечника.

Перед упражнением больному нужно подробно объяснить анатомическое расположение органов в брюшной полости.

Показания: хронические гастриты и гепатиты, спастические колиты, дискинезии желчного пузыря и т. д.

«*Голова*». Упражнение является модификацией 6-го стандартного упражнения по Шульцу. Формула самовнушения

может быть несколько расширена: «Я совершенно спокоен.... Моя голова свободная и легкая... Лоб приятно прохладен. Я чувствую, как прохлада окутывает всю голову... Голова становится легкой... думается легко... Я могу сосредоточиться на каждой мысли...» Иногда ощущение прохлады в области лба усиливают головные боли, головокружение. В этих случаях авторы рекомендуют самовнушение тепла в области лба.

Показания: вазомоторные нарушения мозгового кровообращения, мигрень, синдром Меньера.

### **Психотоническая тренировка по Мировскому — Шогаму**

Обычно аутогенная тренировка направлена на расслабление, успокоение и в конечном итоге на транквилизирующий эффект.

Методика рассчитана на противоположный, стимулирующий эффект. Тренировка начинается непосредственно со специализированных мобилизующих (активирующих) упражнений. Релаксирующий этап тренировки резко сокращен или совсем исключен. Авторы предлагают формулы самовнушения примерно такого содержания: «Плечи и спину охватывает легкий озноб, будто от приятного освежающего душа. Все мышцы становятся упругими. Я — как стальная пружина. Все готово к борьбе!» Такой мобилизующей формуле предшествует формула покоя: «Я совершенно спокоен. Ничто и никто не отвлекает. Я совершенно спокоен».

Показания: гипостеническая форма астении, артериальная гипотензия.

### **Аутогенная тренировка и биологическая обратная связь**

Любое эмоциональное состояние, психическое напряжение проявляется в изменениях показателей вегетовисцеральных функций организма. Волнение, страх, тревога сопровождаются ускорением пульса, повышением артериального давления, изменением температуры тела, напряжением поперечно-полосатой мускулатуры. Утомление, астения обычно сопровождаются артериальной гипоксемией; раздражительная слабость — нарушением ритма дыхания и т. п.

Факт изменения вегетовисцеральных функций организма

при определенных эмоциональных состояниях известен давно. Эта зависимость висцеральных и психических функций является предметом серьезных исследований в клинике и физиологии (именно на этой зависимости основан «детектор лжи»). Стоит у больного неврозом или психогенной депрессией затронуть в беседе «больной пункт», как тут же выявляются яркая игра вазомоторов лица, груди, гипергидроз, тахикардия.

Биологическая обратная связь (БОС) позволяет пациенту получать информацию о таких изменениях его физиологических функций, которые он не в состоянии заметить самостоятельно, научиться самостоятельно управлять непроизвольными физиологическими процессами и — опять же в виде биологической обратной связи — вызывающими их эмоциями.

На этом принципе основана методика АТ в сочетании с БОС. Лобзин и Решетников (1986) рекомендуют проводить ее в 4 этапа.

1. Обучение базисным упражнениям АТ-1 с использованием специальной аппаратуры для получения и регистрации динамики физиологических процессов в процессе сеанса. С этой целью может быть использован оксиметр, электромиограф, пневмограф, аппараты для регистрации АД, ЭКГ, ЭЭГ и т. д. В практике достаточно использовать один из этих приборов.

2. Под контролем информации, получаемой от приборов, осуществляется постоянный переход к замене сигналов обратной связи собственными ощущениями пациента. Например, снижение артериального давления, урежение пульса и дыхания сопровождаются каким-то ощущением, сугубо индивидуальным для данного субъекта. Затем в процессе АТ, производя самовнушение только этого ощущения, можно добиться снижения давления, урежения пульса и дыхания. Еще более сложные сочетания различных оттенков ощущений могут возникнуть при анализе ЭЭГ.

3. Усвоение приемов саморегуляции. Применение приборов ограничивается только контрольными замерами.

4. Лечебные приемы саморегуляции проводятся только под контролем собственных ощущений.

Сочетание АТ с БОС особенно эффективно при лечении психосоматических заболеваний.

### 3.3. ПСИХОСИНТЕЗ

Психосинтез используется как метод психотерапии психосоматических расстройств в первую очередь тогда, когда их причиной является глубокий и сложный конфликт между различными группами сознательных и бессознательных сил пациента или же когда они происходят в результате глубинных и мучительных кризисов. В последнем случае сами пациенты не всегда осознают или правильно оценивают происходящие в них процессы.

Психосинтез — динамическая концепция психической жизни человека, разработанная итальянским психологом Роберто Ассаджиоли. Суть ее заключается в определенном подходе к строению и функционированию внутреннего мира человека. Схематично внутренний мир человека был представлен в виде сферы (монады), погруженной в поле коллективного бессознательного (окружающую психическую среду). Оболочка сферы проницаема, как мембрана, что обеспечивает процессы взаимного влияния человека и среды. Внутренний мир человека состоит из низшего, среднего и высшего бессознательного поля сознания, сознательного Я (эго) и высшего Я. Задача психосинтеза — посредством специальных техник помочь человеку глубоко изучить собственную личность (свое бессознательное, свое истинное «Я»), установить контроль над различными элементами своей личности, выявить свои противоречия, понять себя после постижения своего истинного «Я» — создать новый, объединяющий его личность центр. Психосинтез заключается в формировании или перестройке личности вокруг нового центра, что в результате позволяет человеку стать хозяином своей жизни, избавиться от психических и соматических расстройств, развить свои способности, обнаружить свою истинную духовную природу и построить под ее руководством гармоничную, эффективную личность.

Ключевым в психосинтезе является понятие «субличности». Субличности — это те, как правило, неосознаваемые голоса, которые борются в сознании человека. Простейший пример — конфликт различных желаний. Количество и особенности субличностей могут быть разными у разных людей. Каждая субличность строится на основе какого-то желания целостной личности. Практика психосинтеза состоит в выявлении индивидуальных субличностей и нахождения осознанного компромисса.

**Работа с субличностями состоит из следующих этапов (Руффлер, 1998):**

- 1. Осознание и распознавание.**
- 2. Принятие.**
- 3. Координация и трансформация.**
- 4. Интеграция.**
- 5. Синтез.**

**Основными задачами психосинтеза, по Ассаджиоли, являются:**

- постижение своего истинного (высшего) Я,**
- достижение на основании этого внутренней гармонии и**
- налаживание адекватных отношений с внешним миром, в том числе и с окружающими людьми.**

**Центральная проблема человеческой жизни — несвобода, кажущаяся «раздвоенность» (Я — личностное, не осознающее и отрицающее существование другого Я — истинного, присутствующего скрыто, не поддающегося непосредственному осознанию). На самом деле Я едино. Достичь внутренней гармонической целостности, истинной реализации своего Я и добрых отношений с окружающими можно через следующие этапы:**

**1. Глубокое познание своей личности — исследование низшего бессознательного, затем — среднего и высшего (психоанализ), открытие истинных призваний, неизвестных возможностей, которые были ранее подавлены.**

**2. Умение управлять различными элементами личности (метод дезидентификации), состоящий в дезинтеграции выявленных вредных образов или комплексов (атак бессознательного) и управлении и использовании высвободившейся таким образом энергии. Нами управляет все, с чем мы себя отождествляем, и мы можем управлять всем, с чем мы себя дезидентифицируем.**

**3. Познание своего истинного Я — открытие или создание объединяющего центра, чтобы расширить сознание своей личности до осознания своего Я (двигаясь по лучу света, проследить его направление до самого источника света и объединить низшее и высшее Я). При использовании соответствующих активных техник или естественном внутреннем росте каждый этап связан с новой идентификацией. Например, человек создает идеал своей личности, соответствующий его масштабам, этапу внутреннего развития и психологическому**

типу, и таким образом делает этот идеал достижимым. («Идеал — художник, реализующий себя через создание прекрасного»). Идеальные модели затрагивают основные отношения с внешним миром и другими людьми, идет проекция внутреннего мира вовне — человек не теряет себя во внешнем объекте, но в какой-то степени освобождается от эгоистических интересов и внутренней ограниченности; он реализует себя через внешний идеал, какую-то внешнюю суть. Эта внешняя суть — не прямой путь к высшему Я, но истинная точка соприкосновения с ним, связующее звено между человеком и его высшим Я, которое отражается во внешнем объекте и является его символом.

4. Психосинтез — формирование или реконструкция вокруг созданного нового центра новой личности, которой присущи согласованность, организованность и единство.

5. Процесс психосинтеза можно условно разделить на несколько этапов.

6. Выбор новой личности, к которой мы стремимся. Мы должны мысленно представить себе эту «идеальную модель», желательно визуализировать ее, подумать о том, чтобы она была для нас реалистичной, а потому достижимой. Все многообразие «идеальных моделей» обычно можно свести к двум основным группам. К первой группе относятся образы, олицетворяющие внутреннее гармоническое развитие, духовное совершенство. Такие модели более актуальны для интровертов. Вторая группа образов олицетворяет совершенство в определенной сфере деятельности (ученый, бизнесмен, политик и т. д.). Такие «идеальные образы» чаще выбирают экстраверты. Главное, чтобы выбранная для дальнейшего формирования «идеальная модель» была согласована с естественным ходом развития собственной личности. В результате психосинтеза можно стать лучше, совереннее, но нельзя стать своим антиподом.

7. Использование всех имеющихся в распоряжении энергий. К ним Ассаджиоли относит прежде всего силы, высвобождающиеся в процессе анализа, в том числе в процессе «высвобождения» бессознательных комплексов, и устремления к гармонии, идеалу, присутствующие на разных психологических уровнях пациента и до конца не осознанные. Для того чтобы использовать энергию бессознательного, ее необходимо направить в нужное русло, превратить во что-то иное, «трансмутировать».

8. Развитие недостающих (или недостаточно развитых) для формирования «идеальной модели» элементов личности. Формирование новых качеств осуществляется двумя основными путями: с помощью самовнушения и с помощью систематической тренировки недостаточно развитых психических функций, таких, например, как память, воображение, чувства т. п.

9. Координация и соподчинение различных элементов психики, осознание гармонической целостной структуры личности. Это можно сравнить с творческим объединением (синтезом) отдельных звуков, цель которого — гармоничная музыка.

Более подробно с теоретическими положениями психосинтеза можно ознакомиться в работах (Ассаджиоли, 1992, 1994; Йоуменс, 1989; Руффлер, 1998; Рейнуоттер, 1996; Ферруччи, 1972; Firman, 1991; Rowan, 1990).

## ТЕХНИКИ

### Техника 1. «Работа с субличностями»

#### *Упражнение 1: «Круг субличностей»*

Перечислите все свои желания. Записывайте все, что приходит вам в голову. Убедитесь, что вы включили и то, что уже имеете, и то, что хотели бы иметь в дальнейшем (речь здесь идет, разумеется, не о вещах или подарках). Поскольку вы не имеете возможности взглянуть на списки других людей, ниже приводятся наиболее часто встречающиеся желания:

- закончить учебу;
- не болеть, и чтобы не болел никто из близких людей;
- иметь достаточно денег;
- любить;
- быть любимым;
- достигнуть успеха в работе/бизнесе;
- получить хорошее образование.

Теперь сосредоточьтесь на том, что вы чувствовали, когда читали список. Есть у вас субличность, которая говорит вам, что она тоже хотела бы иметь все это? Или субличность, осуждающая людей, имеющих желания, которых нет у вас или которые для вас являются несущественными? А теперь составьте список ваших собственных желаний.

Когда в вашем списке наберется двадцать пунктов (или когда вы почувствуете, что записали все желания), просмотрите список и выберите 5 — 6 самых существенных. Может

быть, вы захотите что-то изменить в нем. Например, можно объединить желания «кататься на лыжах», «плавать», «играть в теннис» и «ходить в походы» в одно общее «заниматься спортом на свежем воздухе». Теперь выделите свои самые важные желания и не включайте те, которым хочет отдать предпочтение ваша субличность «Что Подумают Люди?».

На большом листе бумаги нарисуйте круг диаметром примерно 20 см. Внутри него — круг поменьше. Получилось кольцо, центральная часть которого — ваше «Я». А в самом кольце разместите те 5—6 субличностей, которые являются выражителями ваших желаний.

Нарисуйте (желательно цветными карандашами или красками) символы, отражающие ваши желания. Отсутствие художественных способностей в данном случае не имеет значения. Просто нарисуйте и раскрасьте любые пришедшие в голову символы.

Когда вы закончите рисовать, дайте каждой субличности свое индивидуальное имя. Некоторые из них могут походить на клички: Авантурист, Благоразумный, Беззащитная Крошка, Здоровяк, Герой-любовник, Лекарь, Знаток. Другие будут более романтичны, например: Первобытный Любитель Лошадей и Гончих, Девушка Из Провинции, Лесная Фея, Мисс Совершенство и др. Важно придумать свои собственные, имеющие для вас смысл названия.

Теперь раскрасьте свое Я.

Это упражнение в первую очередь позволяет выявить позитивно направленные субличности, соответствующие нашим осознаваемым желаниям. Негативные субличности (Сkeptик, Критик), субличности, соответствующие подавленным желаниям, при выполнении этого упражнения остаются в тени.

Это упражнение можно повторять много раз, и названия некоторых субличностей, в том числе и самых важных, могут меняться по мере того, как вы будете точнее прояснять для себя, чего они хотят, как действуют и почему меняются.

### **Упражнение 2. «По следам субличности»**

Встаньте и попробуйте изобразить любую из своих субличностей.

- В каких жизненных ситуациях появляется эта субличность?
- Как часто?

- Какие обстоятельства провоцируют появление этой субличности?
- Помогает ли вам эта субличность действовать в данной ситуации?
- Каким образом она вам помогает?
- Препятствует ли она вам в чем-нибудь?
- Что происходит с вашим телом?
- Что происходит с вашими эмоциями?
- Что происходит с вашими мыслями?

Запишите ответы на эти вопросы, чтобы лучше узнать вашу субличность. Самозаписывание как повторное обращение к полученному опыту является важной частью работы и нередко позволяет заметить какие-либо факторы, нюансы, которые не проявились столь ярко при самой работе с техникой внутреннего диалога.

### ***Упражнение 3. «Знакомство с субличностью»***

Вам понадобится блокнот и ручка для записей. Постарайтесь найти тихое удобное место, где вас никто не потревожит. Сядьте удобнее. Расслабьтесь. Можете включить негромкую расслабляющую музыку. Вы можете вести записи по ходу упражнения, можете сделать это потом. Делайте паузы там, где это вам необходимо, чтобы получить ответы на задаваемые вопросы.

Представьте, что вы находитесь в лесу. Почувствуйте, что под ногами у вас земля. Посмотрите на деревья. Пройдитесь немного по лесу, осматриваясь вокруг. Вы видите много деревьев и какие-то цветы. Обратите внимание на детали, вы испытываете любопытство, вам очень интересно все окружающее.

Оглянувшись, вы замечаете вдалеке маленькую избушку и идете к ней. Вы слышите, что из нее доносится какой-то шум. Вам становится интересно, что там происходит. Вы подходите ближе и замечаете, что у избушки есть окошко. Вы подходите к окошку и заглядываете внутрь. Там, внутри, откуда доносится весь этот шум, вы видите множество своих субличностей, и все они очень активны. Внезапно дверь избушки отворяется, и все они высыпают наружу, оставаясь такими же активными. Вы наблюдаете за ними с большим интересом. Вскоре вы замечаете, что одна из субличностей очень заинтересовалась ва-

ми и подходит к вам. Вы внимательно смотрите, на что она похожа. Она не обязательно должна быть похожа на человека. Это может быть животное или что-то вообще не похожее ни на что. Вы ее очень интересуете, она очень тянется к вам. Когда вы осознаете, что это какая-то ваша часть, она тоже становится вам интересной, и тогда вы приглашаете ее прогуляться. Вы идете с ней на опушку леса, где начинается красивый зеленый луг. Вы выходите с ней на луг. Вы отмечаете, как она движется, о чем говорит, о чем спрашивает. Вы начинаете с ней беседу. В этой беседе вы можете задавать ей любые вопросы, а она может спрашивать вас. Это просто возможность узнать друг друга. Поэтому вы спрашиваете свою субличность: кто ты? Какова твоя роль в моей жизни? Чего ты хочешь? Чего ты от меня ждешь? Чем я могу тебе помочь? Что ты для меня делаешь? Зачем ты это делаешь? Когда ты вошла в мою жизнь? Какие события, какие обстоятельства моей жизни вызвали твое появление? Возможно, ты явилась, чтобы помочь мне? Для чего ты помогаешь мне? И как ты мне помогаешь? Привнесла ли ты что-то в мою жизнь? А когда ты создаешь для меня проблемы? Итак, чего ты хочешь? В чем состоит твоя основная потребность, что тебе действительно нужно? Каково твое сущностное качество?

Сознаете ли вы, как вы относитесь к этой части? Сердитесь ли вы на нее, потому что она вам мешает? Или это очень важная часть, которая помогает вам, делает вас сильнее? Поговорите с ней, расскажите ей о ваших трудностях, связанных с нею, расскажите, как вы к ней относитесь. Спросите ее, не хочет ли она воспользоваться возможностью что-то сказать вам или о чем-то спросить?

А теперь пригласите эту субличность пойти с вами через луг прогуляться. Смотрите, как она на это отреагирует: может быть, она не хочет идти с вами? Или, наоборот, очень хочет?

Вы идете по лугу. Вы ощущаете ветерок, мягко овевающий ваше лицо, слышите звуки, которыми наполнен луг, — журчание насекомых, пение птиц, и замечаете, что вы идете со своим спутником по тропинке. По мере того как вы идете все дальше, вы начинаете замечать, что тропа начинает подниматься на холм. Восходя на него, вы замечаете, что холм переходит в высокую гору. Вы ведете свою субличность на очень высокую гору. Гора высока, но идти легко. Обратите внимание, что вам открывается с этой горы? И вот вы дости-

гаете вершины этой горы. Задержитесь немного и посмотрите с высоты на раскрывающиеся перед вами дали. Когда вы смотрите вниз, какими крохотными кажутся люди, дома, улицы, машины. Вы со своим спутником стоите на вершине этой горы и просто смотрите на все остальное. Много ли вы можете увидеть с этого места?

Стоя там, на вершине горы, вы начинаете сознавать, что рядом с вами находится какое-то другое, очень мудрое существо. Вы сознаете, что это существо обладает огромным состраданием, и можете почувствовать, как любит вас это существо. Это существо преисполнено света, и вы можете почувствовать это. Это существо способно говорить с вами, и вам предоставляется возможность задать ему любой интересующий вас вопрос о субличности, которая пришла с вами: и о том, каково ее назначение в вашей жизни, и как развивать ваши с ней отношения. Ибо вы знаете, что это очень мудрое и сострадающее вам существо. Возможно, у этого мудрого существа есть для вас подарок, которым вы сможете воспользоваться в своей жизни, который поможет вам. Задержитесь немного, чтобы почувствовать присутствие этого мудрого существа и указать на него сопровождающей вас субличности.

А теперь пришло время попрощаться с этим мудрым существом и поблагодарить его за то, что оно вам так сострадает. Мудрое существо говорит вам, что оно всегда в вашем распоряжении, когда бы вы сюда ни пришли. Итак, берите своего спутника и идите вниз. Осознайте, как чувствует себя теперь ваша субличность и что вы по отношению к ней испытываете. Возвращайтесь на луг, а затем отведите свою субличность назад в лес. Поговорите с ней, если хотите, или, возможно, если захочет она, о том, что произошло на горе. Скажите ей, что вы будете с ней разговаривать еще много раз и что вы ее не забудете. А затем приведите ее к лесной избушке, попрощайтесь с ней и возвращайтесь на луг.

Теперь медленно обратите внимание на свое тело, сидящее на стуле в этой комнате. Почувствуйте, что ваши ноги стоят на полу, что вы можете пошевелить пальцами ног. Откройте глаза, посмотрите вокруг.

Сделайте краткие заметки о своих переживаниях во время упражнения. Если вам не удалось выполнить его полностью, напишите об этом и попробуйте проанализировать, что помешало вам пройти по предложенному пути. Если вы затрудняе-

тесь это сделать, напишите, почему вам это трудно. Первочередное внимание следует обратить на следующие три вопроса:

- Чего хочет ваша субличность?
- Что ей нужно?
- Каково ее сущностное качество?

Возможно, обнаруженная субличность или какие-то из ее качеств не понравились вам. Это одна из общераспространенных реакций — усматривать в себе наличие каких-то отрицательных черт. Один из основных постулатов психосинтеза: у каждой, даже самой трудной субличности имеется здоровое ядро — ее сущностное качество. Сам синтез состоит в том, что, выявив сущностное качество, сущностную энергию субличности, мы можем начать интегрировать ее в свою жизнь, т. е. воссоединять, объединять ее с другими нашими частями.

Один из важных моментов в работе с субличностями состоит в признании того факта, что каждая из наших субличностей — в том числе страдающая, испытывающая боль — это наша часть и, как таковая, по-настоящему в нас нуждается. В практике психосинтеза никакие переживания не подавляются, а наоборот, им пытаются дать выход, «вызвать» их из глубин психики, а затем направить их энергию на самопреобразование и самоизменение. Очень важно выяснить, чего хочет страдающая субличность. Она не имеет того, что хочет, и это служит причиной страдания.

Сам факт некритического осознания беспокоящей нас части, сам факт осознания без осуждения резко понижает уровень оборонительной активности сознаваемой части. Принимая ее такой, какая она есть, мы создаем условия, в которых эта часть ощущает себя в большей безопасности. Исчезает сама почва для конфликтов. Вместо того чтобы говорить «Ты мне не нравишься», мы говорим «Привет». Это дает возможность подойти к процессу трансформации и интеграции. Вообще интеграция — это естественный процесс, который идет в человеке постоянно. В течение всей нашей жизни мы совершенно естественно интегрируем различные наши конфликтующие части. Но когда какая-то наша часть по той или иной причине (например, в результате подавления) останавливается в своем росте, она как бы отпадает от целого и утрачивает способность к естественной интеграции. Тогда необходима работа по восстановлению утраченной целостности.

## Упражнение 4. «Диалог субличностей»

Для выполнения этого упражнения вам потребуется рисунок, получившийся у вас в результате выполнения упражнения «Круг субличностей». Можете добавить в этот круг субличность, с которой вы познакомились в ходе выполнения упражнения «Знакомство с субличностью».

Закройте глаза и представьте, что вы шагнули в центр круга и теперь вас окружают ваши субличности. Медленно поворачивайтесь и наблюдайте за ними. Может быть, вам покажется, что они разговаривают друг с другом.

- Что они говорят?
- Какая субличность играет главную роль?
- Какие субличности помогают друг другу?
- Какие борются друг с другом?
- Какие из них сильнее?
- Какие из них слабее?
- Узнаете ли вы свои привычки, стереотипы, повторяющиеся ситуации из обыденной жизни?
- А сейчас попробуйте так поговорить с этими образами, чтобы между ними воцарился мир.
- Можете ли вы помочь им лучше понять друг друга?
- Могут ли их взаимоотношения стать лучше?
- Что им нужно от вас?
- Что вам нужно от них?

Запишите самые важные наблюдения.

Одна из целей **самонаблюдения** — почувствовать центр, сущность собственного Я, усилить его, чтобы оно было способно разрешать конфликты между субличностями. Когда интересы таких неосознаваемых частей личности вступают между собой в конфликт, борьба между ними приводит к неэффективному расходованию творческой и жизненной энергии человека. Такой конфликт может проявляться и как спорящие между собой «внутренние голоса», и как сожаления о том, что «опять поступил не так, как хотел». При выполнении упражнения ваше Я не должно игнорировать или прогонять каких-либо из субличностей. Такая стратегия ошибочна, так как непринятие каких-либо своих черт, субличностей не отменяет их существование, а приводит лишь к усугублению проблемы. Помните, что каждая из субличностей отражает потребности целостной личности. Освоение техники «Диалога субличностей» позволяет также решать конфликты между от-

дельными двумя, тремя субличностями путем заключения между ними своеобразного трудового соглашения или контракта, когда ваше Я выступает в роли дирижера. Например, это соглашение может касаться того, как будут распределять между собой время Студент (которому надо сдать сессию), Любитель Поиграть в Футбол и Влюбленный. Контракт заключается на определенное время. Такой вид работы не предполагает трансформацию субличностей.

Для более серьезной трансформационной работы с парой конфликтующих субличностей или для более глубокого знакомства с какой-либо субличностью предлагается следующее упражнение. Оно дает пример практического применения одного из основных принципов практики психосинтеза: пребывая в какой-то одной из конфликтующих субличностей, конфликт разрешить невозможно, ибо каждая из них считает себя правой. Разрешение конфликта становится возможным только в том случае, когда человек находится в «осознающем центре». Из «центра» можно видеть ядро, сущностную часть каждой из субличностей.

### ***Упражнение 5. «Конфликт субличностей»***

Постарайтесь найти тихое удобное место, где вас никто не потревожит. Сядьте удобнее. Расслабьтесь. Можете включить негромкую расслабляющую музыку.

Представьте, что вы находитесь в центре своего Я. Ощутите, что вы находитесь в центре Я.

Теперь пригласите одну из субличностей появиться справа от вас. Если она появилась, наблюдайте за ней. Визуализируйте или каким-то иным образом почувствуйте появление этой части. Наблюдайте положение ее тела и выражение лица. Обратите внимание, почему она именно так держит голову, почему у нее такое выражение глаз, почему она так стоит или сидит. Если можете, обратите внимание на то, что она хочет сказать вам своим внешним видом.

А теперь представьте, что вы делаете шаг из центра и вступаете в эту часть. Став этой частью, представьте, что ее тело и чувства стали вашими. Как вы стоите или сидите? Что делают ваши руки? Как вы держите голову? Что выражают ваши глаза? Какой у вас прикус? Посмотрите, действительно ли вы чувствуете, что ваше тело стало телом этой части?

Скажите центру, кто вы: «Я ...»

Скажите центру, в чем цель вашего бытия.

Теперь сделайте шаг из этой части обратно в центр и из центра опять взгляните на эту часть. Если вы дополнительно хотите что-то узнать о ее назначении, спросите ее об этом. Спросите эту часть, когда она вошла в вашу жизнь. Спросите ее, что она хочет вам сообщить. Посмотрите, можете ли вы почувствовать сущностное качество этой части. Спросите ее, чего она хочет, что ей нужно. И спросите себя в центре, действительно ли вы чувствуете себя готовым взять на себя ответственность за эту потребность.

Довольно, теперь отвлекитесь от этой части и опять обратите внимание на свое пребывание в центре, на свою способность наблюдать, способность сознавать, способность выявлять глубинную ценность и смысл любых своих частей.

А теперь пригласите противоположную часть появиться слева от вас. Когда эта часть появится, попробуйте получше рассмотреть ее. Некоторое время наблюдайте за тем, как эта часть представляет себя вам. Обратите внимание на ее позу и выражение лица. Обратите внимание на то, что она сообщает вам уже своим видом.

Теперь сделайте шаг из центра и вступите в эту часть. Вступая в нее, вы обретаете ее тело, ее позу, выражение лица. Станьте этой субличностью и скажите центру, кто вы. Скажите центру, в чем ваше назначение, в чем цель вашего бытия.

Теперь переместитесь из этой части назад, в центр. Если вы, пребывая в центре, обнаружите, что хотели бы еще что-то узнать о назначении этой части, спросите ее. Спросите эту часть, когда она вошла в вашу жизнь. Спросите ее, что она хочет вам сообщить. Посмотрите, можете ли вы почувствовать сущностное качество этой части. Спросите ее, чего она хочет, что ей нужно. Обратите внимание на то, чувствуете ли вы себя готовым взять на себя ответственность за эту потребность.

Теперь отвлекитесь от этой части. Ощущайте, что вы пребываете в центре, и только в центре. Суммируйте то, чему вы научились и что осознали, и начинайте постепенно выходить из этого внутреннего пространства, постепенно открывая глаза, ощущая свое тело, потянитесь, глубоко вдохните и резко выдохните.

Запишите свои впечатления об этом упражнении, свои мысли и чувства.

Иногда работа с конфликтующими частями в воображении делает переживание конфликта очень ярким, более ярким, чем в обыденной жизни. Может даже возникнуть чувство катастрофичности происходящего. Но это помогает яснее увидеть, в чем же состоит действительный конфликт, помогает увидеть действительное положение вещей.

Напоминаем еще раз, что даже если какая-то часть нам очень не нравится, мы не можем ее уничтожить, так как за ней стоит какое-то наше сущностное качество, наша «энергия», и она неуничтожима. Чем больше мы стараемся избавиться от того, что нам не нравится, тем больше оно выходит наружу, обостряя конфликт. И только через принятие, а не осуждение, можно подойти к реальной трансформации.

Критическое, негативное восприятие информации о себе, о своих субличностях может также быть обусловлено включением Судьи (Критика). У всех у нас есть такая субличность. Поэтому, когда вы начинаете судить себя, рассматривайте это как деятельность одной из своих субличностей — Критика и постарайтесь вернуться в «осознающий центр». Критик достаточно часто бывает силен и стремится занять центральное место. От вас могут потребоваться доброжелательная внимательность, чтобы замечать: «Ага, вот опять включился мой внутренний Критик», и определенные усилия по растождествлению с ним.

Следующие два упражнения нужны для знакомства и работы с субличностями, имеющимися у каждого, нередко мешающими нам воплощать свои планы в жизнь — Саботажником и Критиком.

### **Упражнение 6. «Определите своего Критика»**

Что он говорит вам?

Возможно, он дает какие-то указания, начинающиеся со слов «Ты должен...» и «Когда ты только научишься...».

- Каким тоном он это говорит?
- Когда?
- Что он требует от вас?
- Что вы чувствуете по отношению к нему?

Дайте ему имя, отражающее его сущность. Если вы обозначили этого персонажа существительным, добавьте еще одно-два прилагательных, чтобы точнее описать его свойства.

Вот некоторые имена: Преследователь, Окружной Прокурор, Критик, Подрезающий Мне Крылья, Мисс Совершенство, Изобличитель и др.

**Как вы назовете своего Критика?**

Теперь станьте Критиком. Объясните своей целостной личности, как она в вас нуждается. Расскажите ей, какой без вас будет беспорядок.

В качестве своего Я осознайте ценные стороны Критика. Обсудите с ним, как сохранить и использовать его ценные качества и уменьшить негативные, причиняющие боль. Например, ценной стороной Преследователя может быть Покровитель.

### ***Упражнение 7. «Встреча с Саботажником»***

Подумайте о каком-нибудь деле, которое вы хотели бы успешно проделать. Это может быть поступление в учебное заведение, создание семьи, организация оздоровительного центра или прием гостей.

Теперь попробуйте придумать что-нибудь такое, что несет ущерб вашему предприятию, помешает его осуществлению. Вообразите эту картину.

Нарисуйте Саботажника или ту силу, которая толкает на саботаж, противодействует исполнению задуманного.

Теперь сами побудьте в роли Саботажника и обдуманно помешайте осуществлению своего проекта. Расскажите, какую выгоду вы извлекли из этого.

С точки зрения Я представьте встречу с Саботажником и проведите с ним переговоры.

Саботажник может также называться: Упрямый Ребенок, Зачем Пробовать — Все Бесполезно, Если Не Можешь Быть Самым Лучшим — Брось Это Дело, Придира, Разрушитель, Неудачник. Иногда Саботажник — это еще и Жертва, субличность, которой нравится чувствовать себя беспомощной, добиваться внимания искусственным умением казаться неумелой, несуразной и т. д.

**Как бы вы назвали вашего Саботажника?**

Напоследок хотим напомнить, что субличность — это удобная модель, позволяющая нам иметь дело с движущими силами личности, но не надо забывать, что это всего лишь модель, не претендующая на статус оригинала. Когда говорят о

субличности, имеют в виду определенную совокупность установок, поведенческих стереотипов, верований, влечений и т. д., которая обретает целостную различимую форму лишь в нашем сознании.

### ***Упражнение 8. Групповой вариант упражнения «Круг субличностей»***

Тренинговое упражнение, о котором пойдет речь ниже, можно применять в групповой психологической работе. При этом проводить его следует в достаточно «продвинутой» группе и с большой долей осторожности. По своей сути это психотерапевтическое упражнение, поэтому протагонистом в нем становится человек, психологически готовый к встрече с противоречивыми тенденциями своего внутреннего мира.

**Ведущий:** Ежедневно каждый человек оказывается в ситуациях, в которых ему необходимо сделать выбор. Порой этот выбор мучителен.

А иногда наши противоречивые мотивы буквально раздирают нас на части. Создается впечатление, что во внутреннем мире звучат голоса разных людей, вступающих в споры и пререкания друг с другом.

Мы с вами можем попробовать разобраться с теми субличностями, которые живут в нас, и помочь им найти контакт друг с другом. Может быть, нам удастся отвести каждой субличности подобающее место в нашем внутреннем мире.

#### **Первый этап.**

**Ведущий:** Приготовьте, пожалуйста, листы бумаги и авторучки. Вам нужно написать на этих листах все свои желания, которые сегодня, сейчас, в эту минуту будут приходить вам в голову. Подчеркиваю — абсолютно все, любые желания! Это может быть желание пойти в туалет или желание стать министром образования, желание изучить английский язык или приобрести трехкомнатную квартиру. Не ограничивайте себя.

После завершения работы можете никому не показывать свои записи. Нумеруйте каждое желание, начиная его запись с новой строчки. Каждый пункт можно начинать со слов «Я хочу...». Слева на листе оставьте небольшие поля — достаточно двух-трех сантиметров.

Работа будет продолжаться 15—20 минут. Если вам покажется, что вроде бы все желания иссякли, не останавливайтесь. Если вам все понятно, то можете начинать работу.

## Второй этап.

*Ведущий:* Давайте назовем количество зафиксированных вами желаний.

(Отвечает каждый участник.)

Перечитайте про себя записанные вами желания. Наверное, они оказались довольно разноплановыми: одни связаны с материальными потребностями, другие — с романтическими мечтами, третьи — с нацеленностью на личностное развитие. Впрочем, у каждого они особенные.

Выберите какие-либо критерии, по которым вы можете разбить ваши желания на отдельные группы. Обозначьте желания, относящиеся к одной группе, каким-нибудь символом — для этого мы и оставляли на листах слева поля. Символами могут быть галочки, квадратики, кружки и любые другие значки по вашему выбору. Не стремитесь к слишком дробной классификации. Неплохо, если у вас получится от трех до шести групп. Не надо стараться, чтобы группы были равными по объему. Количество желаний в группах может быть разным.

## Третий этап.

*Ведущий:* Каждая группа желаний связана с какой-то стороной вашей личности, с какими-то главными мотивами, действующими в вашей жизни. Пользуясь терминами психосинтеза, можно сказать, что каждая группа отражает определенную субличность, проявившуюся здесь и сейчас.

Представьте, что за каждой совокупностью желаний стоит некий человек, имеющий собственный склад личности. Как можно было бы назвать такого человека?

Попробуйте придумать названия получившимся субличностям. Так, скажем, группу желаний, связанных с материальными приобретениями, можно было бы назвать «Руки загребущие», а группу романтических желаний о дальних путешествиях можно объединить названием «Синдбад-мореход». Чем ярче и остроумнее окажутся названия, тем лучше. Запишите эти названия под списком желаний, снабдив их соответствующими значками.

Дождавшись момента, когда большинство участников справится с заданием, ведущий предлагает каждому изобразить свою «диаграмму субличностей», распределив названия субличностей по секторам и приведя размеры секторов в соответствии с количеством желаний каждой субличности.

После этого ведущий предлагает желающим сообщить

группе названия своих субличностей и количество желаний, попавших в соответствующую группу.

Ведущему надо обратить внимание на тех участников, кто вызвался озвучить получившиеся у него результаты. Как правило, именно кто-то из них на следующих этапах проявляет желание стать протагонистом.

Ведущему следует поощрять участников рассказывать о собственной «диаграмме субличностей», но не надо настаивать на этом. Иногда придуманные названия бывают очень оструумными и емкими: «Собака на сене», «Курица-наседка», «Луч света», «Наташка с крылышками» и другие.

### **Четвертый этап.**

Здесь важнейшим действующим лицом становится протагонист и разворачивается психодраматическая процедура с привлечением вспомогательных лиц.

*Ведущий:* Итак, нам удалось выделить некоторые из наших субличностей, которые проявились здесь и сейчас. Кто из вас желает поближе с ними познакомиться и попытаться выяснить, какая из ваших субличностей наиболее значима для вас? Предупреждаю, что этому человеку придется открыть другим список своих желаний.

Выбирается протагонист.

*Ведущий:* (обращается к протагонисту). Теперь вам необходимо выбрать из участников группы тех, кто, по вашему мнению, смог бы исполнить роль каждой из ваших субличностей.

Прошу участников не отказывать протагонисту, если на вас пал его выбор.

Протагонист указывает выбранных им «актеров» и называет их «ролями».

*Ведущий:* Вы становитесь в середину круга. Ваши субличности занимают места вокруг вас — на одинаковом расстоянии. Ваша задача — просто слушать, а задача каждой субличности — убедить протагониста в том, что именно она самая важная, самая главная в его личности.

Чтобы знать, что говорить и как убеждать, вы должны хорошо понять, что представляет собой каждая субличность, какие желания сконцентрированы в ней. Поэтому я прошу протагониста объяснить субличностям содержание желаний.

Несколько минут уделяется подготовке актеров-субличностей к исполнению ролей. Содержание общения протаго-

ниста со вспомогательными лицами не обязательно должно открываться остальным участникам группы. Последние во время этой процедуры могут получить наставления от ведущего относительно внимательного наблюдения за тем, что будет происходить в дальнейшем.

По завершении подготовки актеров ведущий вновь обращается к ним и протагонисту.

**Ведущий:** Сложность предстоящей процедуры будет состоять в том, что все субличности должны будут говорить... *одновременно!*

У протагониста будет возможность регулировать этот процесс одновременного говорения следующим образом: поднятие руки означает просьбу к какой-то субличности говорить громче; опускание руки — говорить тише; хлопанье в ладоши в направлении какой-то субличности — замолчать; отстраняющее движение руки — чуть отойти; движение руки к себе — приблизиться; руки, скрещенные над головой, — замолчать всем.

Объясняя это, ведущий демонстрирует соответствующие сигналы. Начинать убеждать протагониста субличности могут только по сигналу ведущего после четкого уяснения инструкции.

Несмотря на внешнюю простоту этой процедуры, сила ее эмоционального воздействия необыкновенно велика. Нередко ее результатом становится подлинный катарсис. Ведущий должен предельно внимательно следить за ходом процесса и реакцией протагониста.

Обычно слушание субличностей протагонистом занимает две-три минуты, но они для него эмоционально очень насыщены.

## **Обсуждение.**

Обсуждение начинается с традиционного вопроса к протагонисту: «Что вы сейчас чувствуете?» Интересно, что в процессе одновременного говорения субличностей, часто воспринимаемого внешними наблюдателями как какофония, протагонист обычно слышит всех и улавливает смысл произносимого. Однако это очень непросто. Ощущения, возникающие у протагониста, порой довольно неожиданные и обычно очень яркие. Они нередко ведут к настоящим открытиям себя.

Затем своими впечатлениями делятся вспомогательные лица.

Во время одного занятия возможно проведение разговора субличностей с двумя или даже тремя protagonистами. Сравнение их ощущений и переживаний дает группе интересный опыт.

### ***Упражнение 9. «Отождествление/разотождествление»***

Следующее упражнение помогает нам узнать наших внутренних актеров и познакомиться с теми ролями, которые они исполняют в нашей жизни.

Позвольте себе сесть поудобнее, закрыть глаза, глубоко вдыхая и выдыхая воздух, и обратить ваше внимание во внутрь.

Может быть, вы вспомните ситуацию, в которой вы оказались день или два тому назад и которая постоянно занимает ваши мысли.

Представьте, что вы можете увидеть себя в данной ситуации. Может, вы почувствовали раздражение, страх или злобу и повели себя соответствующим образом.

Просто позвольте всей этой сцене еще раз произойти перед вашим внутренним взором. После этого опять поместите себя в эту ситуацию.

- Что вы думаете?
- Что вы ощущаете в вашем теле?
- Какие эмоции вы осознаете?
- Где в теле вы ощущаете их?
- Каким выглядит мир отсюда?
- Как бы вам хотелось действовать?
- Сейчас сделайте глубокий вдох и выдох, отступите назад и проанализируйте, что происходит.
- Что вы наблюдаете?
- Какая ваша часть выражает себя в данной ситуации?
- Что эта часть старается сделать для вас?
- Стала ли эта часть помочь вам держать ситуацию под контролем?
- Хочется ли вам поблагодарить эту часть за то, что она старается вам помочь? Если да, то поблагодарите ее. Если нет, наблюдайте за вашим внутренним сопротивлением сделать это.

- Какие чувства вы испытываете по отношению к этой части самого себя?
- Каким образом эта субличность ограничивает вас? Обратите внимание на ее ограничивающее действие. Каким она видит мир?
- Что, по вашему мнению, она по-настоящему хочет от вас?
- Хотите ли вы дать ей то, в чем она нуждается?
- Как вы можете это сделать?
- Какие свои особые качества или способности предлагает вам эта субличность?
- Как вы можете воплотить эти качества в жизнь?

Почувствуйте себя в собственном теле; почувствуйте ваши руки и ноги, медленно пошевелите ими. После этого откройте глаза и при желании сделайте заметки.

В вышеописанном упражнении индивид *отождествляет* себя с ролью для того, чтобы лучше понаблюдать за телесными ощущениями, мыслительными конструктами и эмоциями. Для нейтрального восприятия ситуации происходит активация «наблюдателя». Это называется *разотождествлением* с ролью. С этой позиции становится возможным распознать субличность, которая в данный момент руководит спектаклем. Наряду с этим проясняются и ее (субличности) поведенческие паттерны. В результате человек осознает, что именно эта его часть своим лишь ей, пусть и искаженным, способом старается спасти ситуацию. Ограниченные возможности этой субличности становятся очевидными. Обнаружение с помощью наблюдателя ее скрытых качеств и реальность привнесения этих качеств в повседневную жизнь открывают для личности новые разнообразные перспективы.

## ***Упражнение 10. «Знакомство с нашими внутренними актерами»***

Цель этого упражнения заключается в том, чтобы приблизиться к субличностям при помощи спонтанно возникающих образов. Посредством визуализации происходит интенсификация содержания психики, которое становится видимым.

Как можно познакомиться с нашими субличностями? Визуализация — одна из основных техник, применяемая в работе с субличностями. Она дает возможность внутренним картинам и образам появиться в нашем сознании. Внутренние

образы, которые представляют все богатство личностных аспектов, помогают нам осознать различные части своей личности. Мы осознаем их надобности, желания, присущие им качества и паттерны поведения. Кроме этого, наши внутренние образы выявляют качества наших обычных поведенческих паттернов, наши потребности и желания. Упражнение помогает распознать и принять наши психодинамические структуры.

Возьмите бумагу и карандаш и найдите удобное место для того, чтобы получше расслабиться. Закройте глаза, сделайте глубокий вдох и выдох и обратите свое внимание вовнутрь. Представьте, что вы режиссер спектакля. Вы находитесь в театре. Занавес опущен, и вы сидите перед сценой. На сцене, за занавесом, находятся актеры, принимающие участие в вашем спектакле. Им не терпится предстать перед вами.

Занавес поднимается, и появляется первый актер. Взглядите на него (на нее). Как вы реагируете? Может, вам хочется спросить о чем-нибудь?

- Спросите: «Для чего ты здесь?» (Пусть он или она ответят).
- После этого спросите: «Чего ты от меня хочешь?» (Пусть он или она ответят).
- Спросите: «Что тебе от меня надо?» (Послушайте, каким будет ответ).
- Задайте последний вопрос: «Что ты можешь предложить мне?»

Теперь поблагодарите субличность и опустите занавес.

Ощутите свое тело, пошевелите руками и ногами перед тем, как открыть глаза. Если хотите, можете записать свои впечатления.

Это упражнение можно повторить, чтобы познакомиться со множеством различных актеров во внутреннем спектакле нашей жизни. Подумайте, пожалуйста, над следующими вопросами:

- Что я как режиссер ожидаю от моих актеров?
- Какое поведение моих актеров для меня, как для режиссера, создало бы хороший спектакль?
- Может, некоторые из актеров слишком радикальны, слишком благородны или же чересчур властолюбивы?
- Каким образом я как режиссер могу помочь им проявить свой потенциал и вместе с тем выразить свое собственное творческое начало?

И режиссер, и наблюдатель могут получше познакомиться с нашими внутренними актерами и их ролями именно на внутренней сцене. Наблюдатель посредством определенных вопросов (некоторые из них приводятся выше) знакомится с целью, желаниями, потребностями и скрытыми качествами различных субличностей.

## **Упражнение 11. «Храм тишины»**

Все мы очень хорошо знаем, насколько сегодня трудно найти тишину внутри и вовне нас. В следующем упражнении работа с субличностями связана с тишиной, переживание которой ведет нас к «Внутреннему Мудрецу».

Это упражнение дает нам возможность почувствовать измерение тишины и созерцать ее. Это приводит субличности в соприкосновение с «Мудрецом», с энергией «Сверхсознательного». Очень часто преображение старых психодинамических структур происходит только при помощи энергии сверхсознательного без применения каких-либо дополнительных методов трансформации.

Найдите спокойное место, где вас никто не будет беспокоить. Возьмите карандаш и бумагу, чтобы сделать заметки, если захочется. Сядьте поудобнее и закройте глаза. Глубоко вдохните и позвольте себе расслабиться.

Представьте, что вы находитесь на красивой лесной лужайке у подножия горы. Солнечно. Ваша кожа ощущает тепло. Вы видите тропинку, ведущую к вершине горы. На вершине вы видите храм.

Вам хочется взойти на гору. Тропинка не очень крутая. Чем выше вы поднимаетесь, тем прозрачнее и легче становится воздух.

Когда вы окажетесь на вершине, позвольте себе осознать тишину и спокойствие вокруг вас. Вы ощущаете тишину каждой клеткой своего тела. Чем ближе вы подходите ко входу в храм, тем глубже становится тишина. Ваши чувства, эмоции и мысли успокаиваются сами собой.

Войдите в храм. Через отверстие в крыше в центре храма льется солнечный свет. Этот солнечный свет вызывает ясное ощущение глубокой тишины. Отдайтесь этому ощущению. Если вы посмотрите наверх, на место, откуда врывается свет, вы увидите маленькую лестницу, ведущую ко входу на террасу,

расположенную на крыше. Поднимитесь на террасу и вступите в солнечный свет. Если хотите, повернитесь лицом к солнцу. Позвольте себе ощутить исходящее от него тепло и энергию. Проведите здесь столько времени, сколько вам захочется.

Позовите свою самую значительную субличность, попросите ее подняться по ступенькам на террасу и присоединиться к вам. Пригласите ее встать рядом с вами и насладиться солнечным светом. Просто понаблюдайте за тем, что произойдет с вами, стоящими в тепле солнечных лучей.

В лучах солнца может появиться лицо Мудреца, с любовью смотряющее на вас. Вы ощущаете эту любовь, льющуюся на вас. Может, он захочет вам что-нибудь сказать. Может, вам захочется у него что-нибудь спросить.

Вы можете вступить в беседу с Мудрецом. Спросите, что будет следующим шагом в развитии стоящей рядом с вами субличности. Можете попросить Мудреца помочь вам.

Когда вы почувствуете, что беседа закончена, попросите Мудреца своим светом, любовью и теплом окутать вас.

Осознайте изменения, произошедшие с вами и вашей субличностью.

Поблагодарите Мудреца и попрощайтесь с ним. Медленно спуститесь по лестнице, а затем идите вниз по горной тропинке.

Почувствуйте свое тело, пошевелите руками и ногами перед тем, как открыть глаза. Если хотите, можете написать о том, что произошло на горе. Может, вам захочется спросить себя, как повлияли тишина, солнце и встреча с Мудрецом на ваши взаимоотношения с субличностью.

**Изменилось ли что-либо под лучами солнца?**

Если что-то изменилось, как вы привнесете это изменение в свою повседневность?

Вышеизложенное упражнение помогает вызвать глубокую релаксацию посредством визуализации природы, мирного окружения и солнечного света. Восхождение в храм на вершине горы позволяет соприкоснуться с измерением сверхсознательного. Особое значение имеет тишина. Второй подъем (по лестнице на крышу храма) и вступление в солнечный свет, ощущаемый телом через воображение, облегчают контакт с «Мудрецом Внутри Нас». Этот источник информации, указатель пути и внутренняя мудрость всегда доступны нам. Влияние энергии сверхсознательного на субличность часто оказывается достаточно для глубинного преображения.

## Упражнение 12. «Диалог с субличностями»

Для лучшего ознакомления с субличностями используются следующие вопросы:

- В чем твоя цель?
- Почему ты здесь находишься?
- Что ты от меня хочешь?
- Что тебе нужно от меня?
- Что ты мне предлагаешь?
- От чего ты меня защищаешь?

Первый вопрос «В чем твоя цель?» позволяет субличности рассказать о цели своего существования. Это позволяет определить, насколько цель субличности соответствует сознательно выбранному направлению нашей жизни. Способствует ли цель субличности реализации нашего потенциала или же она противоречит нашим целям, интересам и идеалам?

Вопрос «Почему ты здесь находишься?» позволяет узнать о фактической деятельности субличности.

Ответ на данный вопрос делает доступной ценную информацию о действиях субличности. Помогают ли эти действия сознательной личности или же они препятствуют личности полностью выразить себя?

Следующий вопрос «Что ты хочешь от меня?» помогает открыть для себя надежды и желания субличности. Как наблюдала, мы осознаем требования субличности и их проявление в повседневной жизни (что часто происходит против воли личности).

«Что тебе нужно от меня?» — выявляет скрытые реальные потребности субличности. Ответ указывает на тайные желания, глубоко спрятанные в субличности, и на возможности удовлетворения этих желаний.

«Что ты мне предлагаешь?» — показывает скрытые качества субличности. Они хоть и есть, но к ним нужно пребираться. Вместе с тем именно они указывают на возможности трансформации субличности и на потенциальное воздействие такой трансформации на личность.

«От чего ты меня защищаешь?» — позволяет понять мотивацию субличности. Ее первичная мотивация заключается в защите личности, но пути и средства защиты, выбранные субличностью, часто оставляют желать лучшего. Довольно часто реакция субличности бывает противоположной ее первично-му намерению. Признание первичной защитной функции

субличности является необыкновенно полезным. Проявление искреннего понимания и сострадания особенно важно в том случае, когда мы имеем дело с трудными субличностями. Распознавание изначальной защитной функции является чрезвычайно полезным, особенно при попытках взаимодействия с трудной и неудобной субличностью, что требует понимания и неподдельного сострадания. Результатом этого является принятие тех качеств, которые на первый взгляд невозможно принять. За этим следует возросшее понимание очень трудных отрицательных частей нашей личности. Понимание и умение встать лицом к лицу с субличностью являются самым прямым и любящим путем смягчения и преображения жестких структур.

### ***Упражнение 13. «Распознавание искаженных качеств»***

Субличности наряду со своими положительными и отрицательными чертами несут в себе и скрытые качества, к которым личность может приобрести доступ. В следующем упражнении показано, как мы можем распознать и обнаружить эти качества. Часто в отрицательной субличности обнаружить их довольно трудно. Качество, противоположное отрицательной черте субличности, не является скрытым. Точнее, его надо искать между двумя полюсами. Скрытым является не противоположность демонстрируемого качества, а некое внутреннее свойство, которое предлагает субличность.

Проживание, переживание и укрепление нового качества открывают новые горизонты для изменения поведения субличности и преобразования будущих поведенческих паттернов с помощью принятия. Такое преобразование оказывает влияние на нашу личную, семейную и профессиональную жизнь.

Следующее упражнение направлено на субличность и ее искаженные качества. Цель упражнения заключается в обнаружении скрытых качеств.

Возьмите бумагу и карандаш. Сделайте глубокий вдох и начните расслабляться. Закройте глаза. Обратите внимание вовнутрь и сконцентрируйтесь на субличности.

- Как вам хочется ее назвать?
- Где и когда вы обычно встречаетесь с этой субличностью?
- Осознайте ваши телесные ощущения и чувства.

- От чего вас защищает эта субличность?
- Какие у нее искаженные качества?
- Какие качества являются противоположными?
- Какие у нее скрытые качества?
- Что случится, если вы проявите эти качества?
- Как изменится ваша жизнь, если вы сможете полностью проявить или прожить эти скрытые качества?
- Как бы это изменило ваши взаимоотношения с людьми вообще, с партнером, с семьей и с вашим окружением?

Позвольте себе ощутить эту возможность в себе и увидеть себя проживающим это качество.

В этом упражнении индивид дает имя субличности после того, как осознает ее присутствие в своей жизни. Далее происходит раскрытие искаженных и скрытых качеств субличности. Скрытые качества усиливаются и переживаются в теле, как определенная данность. Это переживание становится более ярким, если представить, какой эффект скрытые качества произведут на нашу жизнь, наши взаимоотношения и окружение. Этот вид работы с субличностями акцентирует существование искаженных, противоположных и скрытых качеств.

## ***Упражнение 14. «Углубление работы с субличностями»: 1***

Это упражнение направлено на аутистико-симбиотическую стадию (16 месяцев). Оно способствует обнаружению основных паттернов личности, которые формируются на ранней стадии развития. Любящее принятие чувств и эмоций, содержащихся в психодинамических структурах, позволяет заново пережить, прожить и высвободить эти чувства. Пациента всячески поддерживают в выработке собственного плана исцеления и регулярном его применении. Таким образом, он сам берет на себя ответственность за собственный рост и развитие.

Детские переживания, соответствующие аутистико-симбиотической стадии развития, локализуются в телесных ощущениях. Каждая клетка тела содержит в себе эти эмоциональные и структурные воспоминания. Следовательно, и освобождаться от них должна каждая клетка.

Закройте глаза, сделайте глубокий вдох и выдох и позвольте себе оказаться в прошлом. Позвольте вашим телесным ощущениям перенести вас в то время, когда вы лежали у материн-

ской груди или же на руках у вашей няни. Позвольте себе пережить эти ощущения.

- Может, как раз сейчас вы сосете грудь.
- Какие это вызывает у вас чувства и ощущения?
- Что вы чувствуете? Комфорт или дискомфорт?
- Как ощущается физическая близость матери или няни?
- Достаточно ли у вас времени? Чувствуете ли вы себя в безопасности?
- Удовлетворены ли вы?
- Сейчас медленно возвращайтесь назад, ощутите свое тело и сделайте глубокий вдох перед тем, как откроете глаза.
- Опишите кратко то, что произошло с вами во время упражнения.
- Какие конкретно чувства и ощущения того времени пробудили в вашем теле какие-нибудь реакции?
- Какая из нынешних осознаваемых вами субличностей является результатом этого?
- Что должно произойти с вашим «Внутренним Ребенком», чтобы он стал испытывать иные чувства?

### ***Упражнение 15. «Углубление работы с субличностями»: 2***

Телесные ощущения и эмоции страха, защищенности и свободы являются самыми важными на стадии начальной независимости (10–18 месяцев). Это период, в течение которого ребенок обучается ходьбе. Чтобы трансформировать психодинамические структуры, с ними необходимо работать на этапе их первичного возникновения. Поскольку их первичное распознавание происходит через телесные ощущения и эмоции, то преобразование и исцеление также предполагает работу с телесными ощущениями и эмоциями. Психотерапевтическая работа должна быть непосредственно направлена на высвобождение их энергии.

Ниже приводится перечень вопросов, открывающих доступ к этим структурам.

Закройте глаза и позвольте себе возвратиться к тому моменту вашего детства, когда вы впервые пошли.

- Где вы находитесь? Где ваша мать (няня)?
- Каково это — стоять на ногах и пытаться ходить?
- Какие это вызывает чувства и ощущения?

- Что ощущает ваше тело?
- Какие у вас отношения с матерью (няней)?
- Запишите кратко то, что произошло с вами во время упражнения.
- Какие реакции вызваны, какими чувствами?
- Узнаете ли вы субличность, которая порождена тем временем?
- Что должно произойти для того, чтобы чувства вашего «Внутреннего Ребенка» стали иными?

## Техника 2. «Постижение своего истинного Я»

### *Упражнение 1. «Что есть я?»*

Данное упражнение составлено таким образом, чтобы помочь вам достичь высокого уровня самосознания и открыть свое подлинное Я. Оно основано на допущении, что каждый из нас подобен луковице, то есть состоит из различных пластов, скрывающих самое главное: нашу сущность. Эти пласти могут иметь положительный или отрицательный характер. Они отражают различные аспекты нашей личности и наши взаимоотношения с окружающим миром. Некоторые из этих пластов подобны фасаду или маске, скрывающим то, что нам не нравится в самих себе. За другими прячутся какие-то положительные качества, которые мы неспособны осознать до конца. В любом случае где-то за этими пластами, в глубине каждого из нас, находится центр творчества и вибраций — наше подлинное Я, сокровенная сущность нашего существа. Упражнение, заключающееся в ответе на вопрос «Что есть я?», легко и ненавязчиво подводит нас к постижению этой сущности, пониманию и осознанию себя как личности, тождественности самому себе.

Выберите место, где вы сможете остаться наедине с собой и где вас никто не потревожит. Возьмите лист бумаги, напишите число и заголовок «Что есть я?». Затем постарайтесь дать письменный ответ на этот вопрос. Будьте как можно более раскованны и откровенны. Периодически останавливайтесь и вновь задавайте себе этот вопрос.

Расслабьтесь, закройте глаза, очистите голову от посторонних мыслей. Снова задайте себе вопрос «Что есть я?» и понаблюдайте за образом, который предстанет перед вашим мысленным взором. Не пытайтесь размышлять или делать ка-

кие-то выводы, просто наблюдайте. Затем откроите глаза и детально опишите все, что вы видели. Охарактеризуйте ощущения, испытанные вами в связи с образом, и его значение.

Встаньте так, чтобы вокруг вас было достаточно свободного места. Закройте глаза и вновь спросите себя: «Что есть я?» Вы почувствуете колебания вашего тела. Доверьтесь его мудрости, движение должно разворачиваться до тех пор, пока у вас не возникнет чувство его завершенности. Возможно, вам следует сопроводить происходящее каким-то звуком или пением. По окончании изложите на бумаге пережитое вами.

Рекомендуется выполнять это упражнение в течение какого-то периода времени. Его действие усиливается при повторных занятиях.

### ***Упражнение 2. «Психосинтетическая автобиография»***

#### ***Цель написания автобиографии.***

Главная цель заключается в выявлении того, как повлияло и до сих пор влияет наше прошлое на настоящее. Это помогает выйти за рамки сложившегося под влиянием обстоятельств стереотипа поведения, который уже не отвечает вашим потребностям. Здесь первостепенное значение имеет простое перечисление событий ради них самих, а не «автобиография» внутренних процессов, изучение тех условий, ситуаций и людей, которые оказали влияние на нашу жизнь, а также путей нашего взаимодействия с ними. Для предоставления информации специалистам, которые будут работать с вашей автобиографией, необходимо кратко указать такие чисто формальные данные, как дата и место рождения, национальность, социально-экономический статус семьи, где вы воспитывались, число братьев и сестер, ваше место в семье, социальное окружение и естественные условия, в которых вы проживали. Попытайтесь указать влияние этих факторов на ваше развитие. Включая в автобиографию чисто внешние данные, укажите, какое воздействие, по вашему мнению, они оказали на вас как на личность.

#### ***Манера изложения.***

Обычно пути изложения автобиографии варьируют от человека к человеку. Некоторые люди используют хронологический подход, рассматривая год за годом. Другие начинают с тех событий, которые кажутся им наиболее заслуживающими

внимания. Каждый из этих подходов может принести пользу и оказаться эффективным. Иногда наилучший результат приносит их сочетание, то есть сначала описание основных моментов в хронологическом порядке, а затем их рассмотрение в зависимости от желания. Хронологический перечень служит здесь в качестве справочного указателя, не дающего пропустить что-то главное. Желательно, чтобы запись велась в свободной и наиболее простой форме, даже если это повлечет за собой нарушение грамматических правил и повлияет на стиль. Самое важное — отразить поток мыслей, а не форму этого отражения. Запись должна как бы фиксировать «поток сознания», где будут выделены какие-то главные моменты и темы, а не являться отражением попытки классифицировать данные по какой-то предопределенной схеме.

Попытайтесь описать свою жизнь честно и беспристрастно, не выбрасывая ничего, что, по вашему мнению, может представить вас в невыгодном свете. Необходимо отметить все, чего вы стыдитесь, а также указать ваши слабые места и болезненные точки. Попытка дать наиболее честное и объективное описание поможет вам вжиться в него и использовать его самым конструктивным образом.

Если вы вдруг обнаружите, что написанная автобиография очень объемна и запутана, то желательно поработать над ней еще какое-то время с целью создания более сокращенного и упорядоченного варианта. Это позволит, во-первых, более отчетливо увидеть проблемы, во-вторых, иметь в распоряжении руководство, определяющее направление психосинтеза. Очень подробный вариант помогает излить накопившееся, выразить себя. Он больше подходит для личного пользования. Краткое изложение может стать основой для работы в контакте с другими людьми, а также упорядочивает мысли и конкретизирует их.

### *Описание этапов развития.*

Каким человеком вы были в различные периоды жизни? Изменились ли вы? Воспринимают ли вас окружающие таким, каким вы представляетесь себе? Какие маски вы носите в обществе? Меняется ли вы каким-то образом, если хотите понравиться окружающим или защитить себя от них?

Постарайтесь проиллюстрировать все положения с помощью рисунков.

### *Как вы разрешили психологическую проблему таждеств-*

венности своему полу? Какие чувства вы испытывали в связи с тем, что вы женщина или мужчина, изменились ли ваши взгляды на этот счет? Что вам нравится или не нравится в вашей половой принадлежности? Представьте себе, что вы лицо противоположного пола: каковы, по вашему мнению, преимущества и недостатки?

К каким моделям вы возвращались в жизни несколько раз? Бывали ли случаи стереотипного конфликтного поведения, которое неоднократно повторялось в самых различных ситуациях? Извлекали ли вы какие-то уроки из вашего жизненного опыта?

### *Частные вопросы.*

Каково ваше самое раннее воспоминание (то, насколько оно реально или вымышленно, не имеет значения)? Опишите любой из детских снов, который вы видели несколько раз.

Укажите любое травматическое событие, например болезнь, несчастный случай, смерть, разлуку, насилие, сексуальные проблемы и т. д. Как это повлияло на вас?

### *Модель и смысл жизни.*

Какую разновидность архетипической модели отражает описываемая вами жизнь? Напишите мифическое произведение или сказку, повествующую о вашей жизни. Нарисуйте портреты главных персонажей, изображенных в архетипической форме. Какие названия или подписи вы бы хотели использовать в сочетании с рисунками? Принимаете ли вы ваш жизненный опыт или отвергаете его? Каковы, по вашему мнению, глубинный смысл и цель вашей жизни?

### ***Упражнение 3. «Разотождествление»***

На нас влияет все, с чем идентифицирует себя наше Я. Мы можем укротить, контролировать и использовать все, с чем мы себя не отождествляем.

Примите удобное положение, расслабьтесь, сделайте несколько медленных и глубоких вдохов (в качестве подготовительного этапа можно использовать любую из методик релаксации). Затем медленно и вдумчиво произнесите следующее:

«У меня есть тело, однако я не есть это тело. Мое тело может пребывать в различных состояниях: оно может быть здоровым или больным, отдохнувшим или усталым. Однако оно не имеет ничего общего с моим подлинным Я. Я отношусь к

своему телу как к драгоценному инструменту, позволяющему осуществлять какие-то действия во внешнем мире, но это только инструмент. Я хорошо обращаюсь с ним, стараюсь делать все, чтобы оно было здорово. Тем не менее это не я. У меня есть тело, однако я не есть это тело». Теперь закройте глаза и повторите про себя основные моменты приведенного выше утверждения. Затем сконцентрируйтесь на самом главном положении: «*У меня есть тело, однако я не есть это тело*». Постарайтесь по возможности сильнее закрепить этот факт в вашем сознании. Затем откройте глаза и проделайте все в той же последовательности с двумя следующими этапами.

«Я испытываю какие-то эмоции, однако я не есть эти эмоции. Мои эмоции многообразны, они могут изменяться, становиться своей противоположностью. Любовь может перейти в ненависть, спокойствие в гнев, радость в печаль. При этом моя сущность, мое подлинное Я остаются неизменными. Я всегда Я. Хотя волна гнева может на время захлестнуть меня, я знаю, что это пройдет, потому что я не есть этот гнев, поскольку я способен наблюдать за своими эмоциями и понимать их истоки, я могу научиться управлять ими и гармонизировать их. Итак, совершенно ясно, что они — это не я, я испытываю какие-то эмоции, однако я не есть эти эмоции.

У меня есть разум, но я не есть мой разум. Мой разум — ценное средство познания и выражения, но он не является сущностью меня самого. Приобретая новые знания и опыт, впитывая прогрессивные идеи, он находится в непрерывном развитии. Иногда разум отказывается подчиняться мне, поэтому он не может быть мной, моим Я. С точки зрения как внешнего, так и внутреннего мира это орган познания, но это не я. У меня есть разум, но я не есть мой разум.

Теперь начинается этап отождествления. Повторите медленно и вдумчиво:

«После отделения своего Я от ощущений, эмоций и мыслей я признаю и утверждаю, что я — центр абсолютного самосознания, я — центр воли, способный наблюдать и подчинять себе все психологические процессы и свое тело, а также управлять ими». Сосредоточивайте внимание на ведущем положении: «*Я — центр абсолютного самосознания и воли*». Попытайтесь по возможности глубже проникнуться этой мыслью и закрепить ее в своем сознании».

Поскольку цель настоящего упражнения заключается в

достижении особого состояния сознания, то при овладении ею можно значительно изменить технику его выполнения. Так, после определенной тренировки (некоторым людям удается сделать это с самого начала) можно модифицировать упражнение путем быстрого и динамичного прохождения этапов разотождествления, что подразумевает концентрацию только на ведущих положениях:

«У меня есть тело, но я не есть мое тело. Я испытываю эмоции, но я не есть эти эмоции. У меня есть разум, но я не есть мой разум».

В подобном случае целесообразно несколько расширить и углубить этап самоотождествления, который будет выглядеть следующим образом:

«Тогда что есть я? Что остается после того, как я отелил себя от тела? Мои ощущения, чувства, желания, поступки? Остается моя сущность — центр самосознания. Это постоянный фактор во всегда меняющемся потоке моей личной жизни. Это то, что дает мне ощущение бытия, постоянства, внутреннего равновесия. Я подтверждаю свою идентичность этому центру и осознаю его постоянство и энергию. (Пауза.) Я признаю и подтверждаю то, что являюсь центром абсолютного самосознания и творческой динамической энергии. Я понимаю, что, находясь в центре подлинной тождественности, я могу наблюдать за всеми психологическими процессами и своим физическим телом, а также управлять ими и гармонизировать их. Я хочу, чтобы осознание этого факта никогда не покидало меня в суете повседневной жизни, помогало мне и придавало ей определенный смысл и направление».

После того как вы научились концентрировать внимание на состоянии сознания, можно несколько сократить этап отождествления. Главная задача — достижение определенного навыка, позволяющего быстро и динамично пройти все стадии разотождествления, а затем оставаться в состоянии сосредоточения на своем Я в течение какого-то периода времени, зависящего от вашего желания. Это даст возможность в любой момент отделить подлинное Я от переполняющих эмоций, навязчивой мысли, нежелательной роли и т. д. и оценить ситуацию, ее значение и истоки, а также наиболее эффективные пути выхода из нее с позиции стороннего наблюдателя.

Наилучшие результаты приносят ежедневные занятия, которые желательно проводить в самом начале дня, то есть

непосредственно после сна. Таким образом, выполнение упражнения можно рассматривать как символическое второе пробуждение. Важно также повторять его в редуцированной форме несколько раз в день, возвращаясь в состояние разотождествленного Я.

Упражнение может быть видоизменено и приспособлено к нуждам и целям индивидуума путем добавления этапов разотождествления или включения каких-то других аспектов, кроме трех фундаментальных (физического, эмоционального и ментального). Оно может начинаться с разотождествления, целью которого является отделение себя от чувств и желаний, порожденных стремлением к накоплению материальных ценностей, или от ролей, играемых нами в повседневной жизни.

Ознакомьтесь с приведенными ниже примерами:

- «Я испытываю какие-то желания, но я не есть мои желания. Они возникают как следствие внутренних побуждений эмоционального или физического характера или под воздействием других причин. Желания часто меняются, вступают в противоречие друг с другом, меняют свою полярность, сдвигаясь от любви в сторону неприятия или ненависти и наоборот. Таким образом, мои желания — это не я. Я испытываю какие-то желания, но я не есть эти желания». (Лучше всего использовать данную модификацию упражнения между эмоциональным и ментальным этапами, описанными выше).
- «Я занимаюсь различными видами деятельности и играю в жизни самые разнообразные роли. Я должен играть их и стараюсь делать это наилучшим образом, будь это роль сына или отца, жены или мужа, учителя или студента, художника или администратора. Но я есть нечто большее, чем просто сын, отец, художник. Это только отдельные роли, которые я играю добровольно и за исполнением которых я могу наблюдать со стороны. Таким образом, я — это не мои роли. Я тождествен самому себе, я не только актер, но и режиссер спектакля».

Данное упражнение можно успешно и эффективно использовать при работе с группой. Проводящий занятия зачитывает все положения, а его участники слушают его с закрытыми глазами, стараясь как можно глубже осознать значимость слов,

*Примечание.* Широко используются еще два варианта

фразы: «У меня есть ..., но я не есть...» Они звучат следующим образом:

- У меня есть..., а я не есть ...;
- У меня есть ..., а я есть нечто большее, чем ... .

### ***Упражнение 8: «Я не роль»***

Сядьте удобнее, расслабьтесь, после этого мысленно скажите себе:

«Я вовлечен в различные виды деятельности и играю множество ролей. Я должен играть эти роли, и я хочу играть их как можно лучше, будет ли это роль мужа или жены, отца или матери, учителя или ученика, предпринимателя или политика. Это не более чем роли — роли, которые я добровольно играю. Следовательно, эти роли — не я. Я могу со стороны наблюдать за своей игрой, могу быть не только актером, но и режиссером этого спектакля». Сосредоточьтесь на мысли: «Я играю нужную мне роль, но я — это не роль».

Поделитесь своим опытом с психотерапевтом.

### ***Упражнение 4. «Самоотождествление»***

Данная методика была разработана в целях определения положения внутреннего Я относительно высшего Божественного Я. В ее основе лежат определенные концепции, которые могут помочь в осуществлении контакта между этими «Я». Однако они также могут и препятствовать ему, здесь нет гарантий. Задача упражнения — сориентировать ваше сознание в нужном направлении.

Наиболее положительный результат достигается при постоянной и длительной тренировке. Она способствует неуклонному усилинию связи с Я и росту осознания беспредельности бытия.

В качестве подготовительного этапа выполните упражнение «Разотождествление», которое следует выполнять в течение ряда дней, выбрав любую, наиболее подходящую его форму.

Научившись достигать состояния стороннего наблюдателя, следящего за потоком ощущений в физическом теле, а также за эмоциями и мыслями, сфокусируйте на этом состоянии все свое внимание, то есть постарайтесь «пронаблюдать» процесс наблюдения и понять его суть.

Представьте себе какой-то период времени, например,

один час. Постепенно увеличивайте его до одного дня, недели, месяца, десяти, сотни и тысячи лет и т. д. Теперь, когда вы удерживаете в сознании огромный промежуток времени, постарайтесь раздвинуть его до вечности. Зафиксируйтесь на возникшем ощущении, запомните его.

Затем представьте себе сферическое пространство диаметром около 30 сантиметров. Постепенно увеличивайте диаметр до метра, пятисот метров, километра, нескольких десятков тысяч километров и т. д. Выбор пространства и его дальнейшее увеличение также абсолютно произвольны. Пусть все идет так, как это складывается само. Теперь, когда вы удерживаете в сознании огромное пространство, раздвиньте его до бесконечности. Зафиксируйтесь на возникшем ощущении и запомните его.

Теперь попытайтесь удержать в вашем сознании одновременно два ощущения: вечности и бесконечности, сконцентрируйте внимание на чувстве, которое возникает, и запомните его.

Сосредоточьтесь на своем дыхании, затем — на мыслях, на физическом теле. Делайте это до тех пор, пока не почувствуете, что полностью осознаете себя и свое привычное окружение.

Затем попытайтесь быстро и на короткое время вызвать ощущение того, что вечность и бесконечность тоже «здесь, рядом», и понаблюдайте, что происходит при этом. Отдохните, прислушиваясь к ритму дыхания, откройте глаза и подключитесь к окружающему через органы чувств.

Определенную пользу может принести запись впечатлений, образов инсайтов и ощущений, возникающих в процессе тренировки.

### **Упражнение 5. «Внутренний диалог»**

Внутри каждого из нас заключен источник знания и мудрости, благодаря которому известно, кто мы такие, где пребывали и куда идем. Он как бы настроен на стоящие перед нами цели и способен точно предугадать те шаги, которые следует предпринять для их достижения. Вступая в контакт с этим источником, мы можем глубже осознать трудности на пути его развития. С его помощью мы получаем возможность направить весь наш разум и волю на разрешение стоящих перед на-

ми проблем. Правильное использование этого источника способствует достижению целостности в повседневной жизни и объединению личностных и трансперсональных параметров, присущих нашей жизни внутри одной реальности.

Источник внутреннего руководства ассоциируется с целым рядом образов. Наиболее распространенные из них — это солнце, алмаз, звезда или луч света, ангел, орел, голубь, феникс, Христос или Будда. В разных обстоятельствах рождаются различные образы. Однако наиболее часто этот источник ассоциируется с образом мудрого и полного любви пожилого человека (мужчины или женщины). Это два самостоятельных архетипа, имеющих как сходство, так и вполне определенные различия. Следует осуществлять контакт с каждым из них. Это поможет лучше узнать их и составить четкое представление о том, к кому из них лучше обратиться в том или ином случае. Обычно старец подбадривает, стимулирует и вдохновляет, тогда как женщина, напротив, успокаивает, воспитывает и поощряет нас.

Данное упражнение способствует установлению связи с внутренним источником мудрости. Самый простой способ заключается в следующем: закройте глаза, глубоко вдохните несколько раз, представьте себе лицо мудрого старца (пожилой женщины), чей взгляд полон любви. Если вы испытываете трудности в воссоздании этого образа, то сначала представьте себе пламя свечи, горящее ровно и спокойно, а затем в центре его постарайтесь увидеть лицо.

Вступите в разговор со старцем (женщиной), используйте его присутствие (избрав для этого наиболее подходящий способ), чтобы с его помощью разобраться в происходящем, получить ответ на интересующие вас вопросы. Этот диалог может проходить как на верbalном, так и неверbalном (визуальном) уровне. Затратьте на него необходимое количество времени. По его окончании опишите все, что происходило, в своем дневнике, по возможности давая оценку всем инсайтам.

После определенного периода тренировки необходимость создания образа может отпасть совсем, поскольку появляется возможность осуществлять контакт в другой форме. Это может быть внутренний голос (здесь уместно вспомнить Сократа). Информация может также приходить в виде прямого знания того, как следует вести себя в той или иной ситуации. С течением времени контакт с внутренним советчиком может стать

настолько прочным, что его любовь и мудрость будут играть все большую роль в вашей жизни.

Работа с данным упражнением требует подключения двух процессов, протекающих на ментальном уровне: установления различия и интерпретации происходящего. Мы должны уметь видеть разницу между теми образами, которые подлинны и несут информацию, и химерами. Например, иногда может появляться образ критически настроенного и авторитарного человека, который не испытывает к вам искренней любви. Это может быть одна из ваших субличностей или знакомый человек, которые проецируются в надсознание. Таким образом, вам следует установить разницу, узнать, кто предстал перед вами, и сорвать с него маску. Кроме того, вы иногда можете услышать то, что хотели бы слышать, а не подлинное сообщение.

Во-вторых, полученная информация не всегда имеет четкий и ясный смысл и нуждается в правильной интерпретации.

Наконец, следует помнить, что при всей важности подобного контакта не следует злоупотреблять им. Сначала необходимо как можно глубже понять проблему, стоящую перед вами, и, лишь если вы действительно не можете найти пути ее разрешения, обратиться за помощью к советчику.

Только с учетом всего вышесказанного метод внутреннего диалога может стать эффективным и мощным средством продвижения на пути развития личности и духовности с помощью психосинтеза.

## **Техника 3. «Перестройка личности вокруг нового центра (психосинтез)»**

### ***Упражнение 1. «Пробуждение и развитие желаемых качеств»***

Цель настоящего упражнения — создание внешних и внутренних условий, которые бы способствовали развитию того или иного качества по желанию занимающегося. Оно предназначается для ежедневных занятий. Здесь мы будем говорить о воспитании спокойствия. Однако упражнение можно легко видоизменить и направить на формирование таких качеств, как мужество, терпеливость, сострадание, оптимизм и т. д. Очень важно, чтобы выбор качества и решение о необходимости его формирования обуславливались не категорией

долженствования, а свободным волеизъявлением индивидуума, стремящегося сделать еще один шаг на пути своего развития.

### **Техника выполнения:**

Расслабьтесь и глубоко вдохните воздух несколько раз. Сосредоточьтесь на понятии «спокойствие», постарайтесь достичь его смысла и ответить на следующие вопросы: каковы характер, значение и суть этого качества. Записывайте все инсайты, идеи или образы, появляющиеся в процессе занятий, в ваш психологический дневник.

Углубите степень сосредоточения и проследите, какие еще идеи и образы, связанные с понятием «спокойствие», порождает ваше подсознание. Опишите наблюдения в дневнике.

Осознайте значение этого качества, его цель, возможности применения и ту важность, которую оно приобретает в нашем бурлящем современном мире. Превозносите это качество в мыслях, возжелайте его.

Попытайтесь достичь спокойствия на физическом уровне. Расслабьте все мышцы, дышите медленно и ритмично. Придайте вашему лицу выражение спокойствия. Здесь может помочь визуализация себя, пребывающего в данном состоянии.

Пробудите в себе это чувство. Представьте себе, что вы находитесь на пустынном берегу, в храме, на поросшей зеленью поляне или в любом другом месте, где вы в прошлом пережили ощущение спокойствия. Повторите несколько раз слово «спокойствие». Позвольте этому ощущению проникнуть в каждую клетку организма, постарайтесь идентифицировать себя с ним.

Воспроизведите мысленно те ситуации из вашей жизни, которые раздражали вас или лишали покоя. Возможно, это было пребывание в обществе враждебно настроенного человека, необходимость решить трудную проблему, обязанность быстро выполнить сразу несколько дел, столкновение с опасностью. Представьте себе это, но попытайтесь почувствовать, что на этот раз вы абсолютно спокойны (выполнение данного этапа может быть несколько отсрочено ввиду необходимости овладения предыдущими ступенями упражнения).

Примите твердое решение сохранять спокойствие в течение дня, быть его воплощением и источником.

Напишите слово «спокойствие» на табличке, используя

шрифт и цвета, которые, по вашему мнению, наиболее отражают его смысл. Поставьте табличку на такое место, где вы сможете видеть ее каждый день и по возможности в тот момент, когда вам больше всего нужно быть спокойным. При каждом взгляде на нее попытайтесь вспомнить ощущение спокойствия и воспроизвести его.

Это упражнение по развитию желаемых качеств может стать основой достаточно обширной программы. Вы можете прибегнуть к помощи поэзии, музыки, драматического искусства, фотографии, танца, живописи, личных воспоминаний, то есть всего, что ассоциируется у вас со спокойствием. В подобном окружении вам будет легче пробудить и сформировать глубокое чувство спокойствия или любое другое качество. Вы можете использовать все, что находится вокруг вас, в целях достижения этого чувства путем творческого применения и синтеза самых различных форм.

В отдельных случаях наблюдается отрицательная реакция на упражнение. Другими словами, все попытки вызвать спокойствие, напротив, приводят к росту напряжения и беспокойства. Обычно это является признаком существования когнитивных отрицательных эмоций, которые блокируют развитие желаемых качеств. Подобная ситуация чаще всего возникает на шестом этапе упражнения. Если отрицательная реакция выражена очень ярко, то лучше всего прервать занятия, разобраться в возникших эмоциях и снять их влияние путем прохождения через катарсис. После этого можно возобновить занятия, которые приобретают исключительное значение, поскольку формулируемое положительное качество занимает «вакантное место», появившееся в результате устранения отрицательных эмоций.

### **Упражнение 2. «Формирование идеальной модели»**

Творческое воображение — мощное средство развития личности. Оно может быть успешно использовано при разработке идеальной модели, концепции или образа личности, обеспечивая направление и возможности внешнего выражения в окружающем мире. Разработка идеальной модели означает создание реалистического и достижимого образа, который четко учитывает все то, что существует в нас, или позволяет проводить замену того, что ограничивает нас, придает нам не-

которую односторонность и несовершенство. Эти внутренние осознанные или неосознанные аспекты нашей личности не только отличны по характеру, происхождению и энергетическому уровню, но часто взаимоисключают друг друга или находятся в состоянии конфликта. Цель данного упражнения — разработка идеальной модели Я, реалистического видения того, чем может и хочет стать человек.

Для этого прежде всего необходимо выделить и разобраться во множестве аспектов, которые ограничивают наше восприятие того, чем мы можем стать. После выявления всех возможных конфликтов начинается процесс целенаправленного воплощения идеальной модели.

Идеальная модель не является этапом в достижении совершенства, полным психосинтезом. Это скорее еще один шаг, стадия на пути развития, цель которых заключается в укреплении или придании законченной формы какому-то плохо проявленному аспекту личности, в формировании желаемого качества или совокупности свойств, в выработке более эффективного направления деятельности и т. д. Таким образом, это реальная модель внутренней и внешней жизни, к которой мы стремимся и которую можем модифицировать и обогащать по мере изменения нашего Я.

Приведенное ниже упражнение предназначено для индивидуального использования. Однако оно может быть легко видоизменено для работы с группой. Предложения по его применению в группах и в различных ситуациях будут даны в конце описания.

### *Подготовка:*

Возьмите психологический дневник или приготовьте бумагу (не менее 7 больших листов для рисунков), масляные краски, цветные карандаши или пастель. Пронумеруйте листы бумаги и в дальнейшем используйте их по порядку. Выберите место, где вас никто не потревожит на протяжении полутора часов.

*Примечание.* Важно довести упражнение до конца без перерыва и постороннего вмешательства.

Сядьте удобно, расслабьте мышцы, успокойтесь. Очистите голову от мыслей, но сохраняйте контроль над происходящим. Затем внимательно прочитайте следующие слова:

1. Каждый из нас как-то недооценивает себя. Каждый создает некий образ или модель самого себя, которая намного

хуже того, чем он (она) является на самом деле. Иногда мы считаем, что это подлинная модель.

Теперь закройте глаза и сосредоточьтесь на прочитанном. Представьте себе этот образ. Попытайтесь увидеть его очень ярко. Обратите внимание на чувства, которые он в вас будит. Поизучайте образ, постараитесь проникнуть в него как можно глубже. Откройте глаза.

Нарисуйте увиденное. Иногда это может быть образ человека, иногда символ или абстрактное сочетание цветов. Если вы ничего не увидели, начните рисовать и посмотрите, что из этого получится.

Закончив рисовать, запишите все мысли, имеющие отношение к образу. Проанализируйте ваши чувства, смысл, который вы увидели в рисунке, роль образа в повседневной жизни или любую другую связанную с этим образом информацию.

Сосредоточьтесь на себе, отбросив образ. Глубоко вдохните несколько раз. Расслабьтесь и успокойтесь. Очистите голову от мыслей, но сохраняйте контроль над происходящим. Затем внимательно прочтайте следующее утверждение и поработайте с ним по той же описанной выше схеме. Закончив рисунок и записав мысли, переходите к следующему утверждению и т. д., пока не дойдете до пункта 6 включительно.

2. Я также и несколько переоцениваю себя. Образ самого себя, который я рисую, лучше, чем я есть на самом деле.

3. Во мне тайно живет еще один великолепный образ того человека, каким бы я хотел быть. Обычно он преувеличен и недостижим на практике и, следовательно, стерilen.

4. Кроме того, существует образ того, каким бы я хотел выглядеть в глазах других людей. Он — полная противоположность тому, каким я предстаю перед ними на самом деле.

5. Во мне также живут образы, являющиеся отражением того, каким видят меня люди, что думают обо мне, т. е. образы-проекции. Некоторые из них мне нравятся, другие я отвергаю.

6. Наконец, существует еще один образ. Это образ того, каким меня хотели бы видеть другие люди, что они ждут от меня и как хотят изменить.

Разложите рисунки по порядку и внимательно рассмотрите каждый из них. Воссоздайте пережитые чувства в отношении каждого образа, назовите их.

Встаньте, закрыв глаза, и прочувствуйте все ограничения,

которые несут в себе образы. Почувствуйте их вес и негативное влияние. Затем движением тела стряхните их с себя. Избавьтесь от их тяжести,бросьте эти ложные, навязчивые образы усилием воли, прикажите им уйти. Прислушайтесь к себе, к тому, как вы себя чувствуете. Затем откройте глаза.

7. Сядьте, снова закройте глаза, сосредоточьтесь на себе. Подумайте о том, каким бы вы действительно хотели и реально могли стать на самом деле. Создайте этот образ внутри себя. Делайте это медленно и основательно. Изучите образ, пострайтесь узнать его как можно лучше. Представьте себя таким. Затем добавьте те черты и аспекты, которые вы считаете подходящими, и уберите все, что рассматривается вами как плохое или бесполезное. Откройте глаза и нарисуйте образ или его символ. Затем запишите все, что вы о нем думаете.

Следующий и последний этап упражнения ставит своей целью «оживление» образа, оказание самому себе помощи в том, чтобы сделать его динамическим элементом в повседневной жизни. Ваша дальнейшая работа зависит от того, как вы воспринимаете проделанное ранее. Особенno это касается идеальной модели, описанной в пункте 7. Ее создание могло сопровождаться возникновением глубоких положительных эмоций, инсайтом или осознанием типа «да, это именно то, чем я хотел стать; удивляюсь, почему я не подумал об этом раньше». Вы можете также испытывать внутреннюю убежденность, что идеальная модель — то, чего вам не хватало, что ее реализация — шаг вперед в вашем развитии. Это, безусловно, не означает, что она совершенна и полна. Вы всегда сможете изменить или подправить ее в дальнейшем.

Если созданный образ (модель) отвечает вашим требованиям, вы можете продолжить упражнение, доведя его до логического конца. Если вы устали, вы можете прерваться в данном месте и продолжить занятия позднее или на следующий день. Однако длительный перерыв обычно гасит возникшие положительные эмоции, которые могут понадобиться для придания модели жизненной силы.

Иногда при анализе модели может возникнуть ощущение, что хотя в целом она и хороша, но это не совсем то, что вам хотелось бы. Другими словами, вы считаете, что модель нуждается в дальнейшем совершенствовании или изменении. В подобном случае вы можете работать над ней по 15—30 минут на протяжении нескольких последующих дней, пока не достиг-

нете желаемого результата. Наряду с этим существует еще один вариант: вы просто продолжаете работу, не обращая внимания на недостатки модели. Однако при этом необходимо соблюдать некоторую осторожность, поскольку теперь вы как бы проводите эксперимент, в процессе которого совершенствуете модель на базе полученного опыта.

Возможно, у вас появится некоторое сомнение в том, насколько реально подходит вам модель и будет ли она шагом вперед, а не еще одним барьером. Почувствовав нечто подобное, возвратитесь к первым шести этапам и проанализируйте, не вмешивается ли в созданную идеальную модель что-то из того, с чем вы должны были расстаться в процессе работы над ними. Если это имеет место, постарайтесь отбросить все, что вам мешает. Затем сконцентрируйтесь на модели и задайте себе вопрос: на основании каких мотивов, оценок, целей, опыта и т. д. вы считаете ее идеальной. Этот момент может иметь очень большое значение для вашей полной удовлетворенности моделью. Все сказанное выше часто позволяет реально выявить причины тупика и подготовить здоровую почву для создания желаемого образа. Закончив пересмотр, вы можете еще раз отработать пункт 7.

Если вы довольны созданной идеальной моделью, закройте глаза и представьте себе, что вы и есть эта модель. Понаблюдайте за лицом, глазами, позой, поведением, другими особенностями, присущими модели. Затратьте на этот процесс столько времени, сколько потребуется для выполнения этой задачи. А теперь слейтесь с моделью, постарайтесь почувствовать, что значит быть ее носителем. Воссоздайте мысленно несколько повседневных ситуаций, в которых вы вели себя, демонстрируя качества и реакции, характерные для модели.

Теперь откройте глаза, проанализируйте пережитое и запишите все в дневник. Перечитав написанное, решите для себя, есть ли еще что-нибудь, что вы хотели бы изменить в вашей модели.

Восьмой пункт упражнения является практическим руководством к действию, которое может быть применено всякий раз, когда возникает потребность вести себя сообразно созданной модели. Он приносит огромную пользу даже при однократном выполнении. Его частое повторение (ежедневно в течение какого-то промежутка времени) дает самый наилуч-

ший результат. Занятия предпочтительно проводить по утрам, проигрывая в воображении какие-то частные ситуации, которые могут возникнуть в течение дня. Упражнение следует заканчивать принятием твердого решения действовать в момент развития обдуманных ситуаций в реальной жизни в строгом соответствии с качествами и позицией, присущими идеальной модели.

Настало время сказать несколько слов о необходимости соблюдать осторожность. Существуют случаи, когда во время занятий в какой-то воображаемой ситуации вы хотите продемонстрировать положительное качество, но испытываемые вами ощущения абсолютно противоположны тому, что вы хотели получить. Например, картина публичного выступления, во время которого вы видите себя спокойным и уверенным, вдруг становится причиной беспокойства. Представляя, как терпимо и ровно вы относитесь к определенному человеку, можно испытать приступ гнева. Это свидетельствует о существовании на уровне подсознания сильного и глубокого чувства. Оно должно быть извлечено из недр подсознания, а все связанное с ним напряжение снято до начала дальнейшей работы по вживанию в идеальную модель.

Возможность проявления отрицательных свойств при работе над положительными качествами — яркое свидетельство того, что концентрация на положительном (при условии соблюдения правильного и взвешенного подхода) не ведет к подавлению отрицательного. Скорее, она помогает нам вступить с ним в контакт, постараться устраниТЬ его, используя для этого установку на положительное как следствие осознания того, что отрицательные свойства нашей личности — подлинное препятствие на пути ее дальнейшего развития.

Сочетание этого упражнения с вечерним обзором событий, когда вы оцениваете свое поведение в течение дня с точки зрения идеальной модели, дает очень хорошие результаты.

Данное упражнение можно эффективно использовать при работе с группой. Что касается психологов, врачей или педагогов, проводящих занятия, то они должны сначала сами поработать с данным упражнением и лишь потом использовать его в практической деятельности. Это помогает приобрести опыт, необходимый для определения своевременности подключения пациента к работе и более глубокого понимания динамики происходящих процессов.

Было замечено, что на конечном этапе работы группу следует разбивать на небольшие подгруппы из 3—4 человек. Показ рисунков друг другу и обсуждение пережитого опыта способствуют формированию обратной связи.

### ***Упражнение 3. «Рабочая тетрадь»***

Предназначена для регулярного фиксирования процессов развития внутренней жизни. Внешние события могут записываться постольку, поскольку они связаны с динамикой внутреннего мира.

Такая тетрадь преследует несколько целей:

- учит четко и ясно выражать свои мысли, свои внутренние переживания;
- учит из многих точек зрения выбрать одну, главную;
- способствует самораскрытию, то есть учит раскрывать себя для самого себя;
- является стимулятором творчества.

В этой тетради вы можете высказать мысли, которые «накипели» и которые вы не решитесь высказать даже в лечебной группе, а это способствует снятию эмоционального напряжения.

Помимо текста в тетрадь можно заносить рисунки, схемы, только вам понятные символы. Такие рисунки отражают работу подсознания и могут использоваться для того, чтобы глубже понять себя.

### ***Упражнение 4. «Синтез»***

Каждый из нас хотел бы быть гармоничной личностью. Но сначала нужно выявить и осознать полярные качества своей личности (характера), а уж потом попробовать примирить их. Часто у личности недостаточно психической зрелости. Например, у подростков часто вместе уживаются рефлексия и самоуверенность, чувственность и черствость или даже жестокость, застенчивость и развязность, борьба с авторитетами и обожествление кумира, чувственное фантазирование и суходой рационализм.

Известно, что личность не может быть гармоничной, если идентифицирует себя только с одним из полярных качеств. Выберите полярное качество своей психики, с которым вы хотите работать.

Разделите чистый лист бумаги пополам и на одной половине листа нарисуйте одну из выбранных полярностей. На второй половине (напротив) сделайте свободный рисунок противоположной полярности. Качество рисунка не имеет значения. Итак, два полюса друг против друга. Вдумайтесь в их содержание, в возможность их взаимодействия.

Теперь ниже (или на другом листе) изобразите взаимодействие этих двух полюсов. Это могут быть: конфликтное столкновение, пробный контакт, отвращение и т. п.

Продолжайте делать рисунки, и пусть взаимодействие этих полярных качеств вырисовывается в какую-либо форму. Синтез может быть спонтанным: две части соединяются в одно целое. Если новое целое возникло, не бросайте его, а постарайтесь понять, что оно собой представляет и каково было ваше состояние, в котором появился этот синтетический образ.

Затем на обороте рисунка запишите все, что вы испытали, и сделайте предположение: как новый синтез мог бы осуществиться в вашей жизни.

### 3.4. ТЕРАПИЯ, ФОКУСИРОВАННАЯ НА РЕШЕНИИ

Уже устоявшееся название — краткосрочная позитивная психотерапия — отечественное обозначение подхода, называемого в США терапией, фокусированной на решении (*solution focused therapy*) (Shazer, 1985; Kim Berg, 1991, 1992). В Финляндии пользуются названием «разговор о решении» (*solution talk*) (Furman, Ahola, 1992). Предлагаемая модель, будучи социо- и саногенетически ориентированной, чрезвычайно адекватна в широком диапазоне случаев: психотерапия и решение реабилитационных задач при психосоматических заболеваниях, семейное и профессиональное консультирование, школа и дошкольные учреждения и т. д.

В концепции терапии, фокусированной на решении, подчеркивается, что чувство вины является деструктивным для психотерапии, а самообвинение и обвинение своих близких являются препятствием к сотрудничеству пациента и его близких с врачом, причиной низкой эффективности и длительности классической психотерапии. Поэтому психотерапевты,

фокусированные на решении, принципиально не фиксируются на поиске причин дискомфорта своих пациентов, а занимаются поиском и реализацией ресурсов для его преодоления.

## **Основные постулаты и принципы психотерапии, фокусированной на решении.**

1. Качество жизни — производное мировоззрения человека, его отношения к событиям. Психотерапевт в большинстве случаев не может изменить реальную жизнь пациента, но может изменить его мировоззрение. Человек не волен освободиться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизни и проблемы на более диалектичное.

2. Конfrontация, «борьба» с проблемой в большинстве случаев не эффективна. Каждая проблема, каждый симптом имеет и позитивный (адаптивный) аспект. Принятие этих аспектов, поиск компромисса — путь к решению.

3. Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных пациентов и их семей. Следование концепции может навязывать нереалистичные и неэффективные решения в силу «логической красоты» и догматической веры. Опыт и интуиция пациента, его семьи и врача закрепляют и подсказывают эффективные решения. Нет «сопротивляющихся» пациентов, есть концептуально или технически ригидные психотерапевты.

4. Анализ причин проблемы не должен сопровождаться самообвинительными переживаниями пациента и его обвинениями своих близких. Более конструктивно выявлять и активизировать ресурсы для решения проблемы, имеющиеся у каждого пациента и его окружения.

Вышеприведенные постулаты диктуют стратегические принципы:

1. Акцент на ресурсах и позитивной динамике проблемы.
2. Использование опыта, мировоззрения, интересов и эмоций пациента, характера симптома или проблемы.
3. Позитивистский подход: нетеоретическое, ненормативное видение проблемы, опора на субъективную «концепцию здоровья/болезни» пациента.
4. Экономичность и краткосрочность («то, что можно сделать малыми средствами, не делайте большими»).
5. Преимущественная ориентация на будущее пациента

(«прошлое уже не изменить, но оно несет в себе ресурсы для преодоления проблемы, настоящее уже существует, можно изменить лишь будущее»).

6. Сотрудничество и гласность, подразумевающие передачу ответственности за принятие решений пациенту. Акцентируется сотрудничество психотерапевта с пациентом, а не ожидание сотрудничества пациента с врачом, характерное для классической медицины.

7. Техническая пластиность и подстройка к конкретному пациенту.

Цель краткосрочной психотерапии не в том, чтобы «пронализировать» проблему, а в том, чтобы найти продуктивные способы ее осмысления и практические идеи обращения с ней. Традиционные психиатрические объяснения, включающие предположения о роли психологических факторов, личностных расстройствах, нарушениях или любых формах патологии в семье не приветствуются. Либо они заменяются более приемлемыми объяснениями, либо вопрос о причине проблемы полностью игнорируется.

### ТЕХНИКИ

Данный раздел написан по материалам книги «Краткосрочная позитивная психотерапия» (Ахола, Фурман, 2000).

Последовательность техник и продвижение от техники к технике не являются жестко фиксированными. Они отражают логичный взгляд на последовательность работы с неким обобщенным образом пациента. Приводимые техники не только способствуют продвижению в сторону решения; их подбор работает на создание необходимой атмосферы психотерапевтической сессии, столь важной для успеха. Излюбленный способ введения ряда техник — это рассказ (иногда подробный) пациенту о случае из прошлой практики, о другом пациенте, успешно решившем проблему. Используются также притчи и истории из жизни, завершающиеся открытой позицией: «Нет ли чего-то подобного в Вашем случае?»

Эти рассказы, притчи, истории не должны звучать как утверждение «Ваш случай аналогичен». Действительно, прямые аналогии редко удачны и функция такой формы введения техник заключается в дополнительном стимулировании пациентов думать о своей ситуации непривычным для них образом.

Надо подчеркнуть, что не существует также и жесткого соответствия техники и блока, сами техники могут комбинироваться. Приветствуются импровизации, опирающиеся на интуицию психотерапевта.

## ***Метод 1. «Работа с проблемой»***

Терминология, вызывающая мысли о патологии, может иметь ряд нежелательных последствий. Даже общие слова «нарушение», «расстройство», «дисфункция» и «патология» вызывают образы ненормальности и дефицита.

Техника **хороших наименований** заключается в поиске такой формулировки, которая создает атмосферу надежды, позволяет смотреть на проблему, как нечто поддающееся изменению. Функция нового имени — помочь людям избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием, и сосредоточиться больше на своем потенциале, чем на проблемах. Новое имя должно явиться трамплином для новых творческих решений проблемы и позволить стать активными в ее решении.

### **Техника 1. «Придумывание имен и ярлыков»**

Главная функция нового наименования — помочь людям, причастным к проблеме, избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием. Одно удачно выбранное новое имя может одновременно послужить целям облегчения разговора о проблеме и сыграть роль трамплина для новых творческих решений.

*Образцы вопросов:*

- Есть ли у вас какое-то прозвище (или уменьшительное имя) для этой проблемы?
- Может быть, начнем с того, что дадим этой проблеме симпатичное «психотероптическое» название. Что бы это могло быть?
- Как бы старое поколение, до того как появились психиатрия и психология, назвало проблему такого рода?
- Да, можно было бы воспользоваться термином «слабое эго» для описания этой проблемы, но, если мы скажем «сильное эго находится в состоянии сна», не будет ли это означать то же самое, но при этом звучать симпатичнее?

Следует подчеркнуть, что новое название проблемы не должно подрывать ее серьезности. Например, не следует называть злоупотребление лекарственными препаратами или наркотиками «исследованием» или жестокое обращение с домашними — «проявлением темперамента». Новое название не должно стать оправданием непринятия никаких мер по поводу проблемы, оно должно быть взаимно приемлемым термином, который дает возможность людям стать активными в решении этой проблемы.

Такие возможности дает, например, замена биологического психиатрического ярлыка нормальными оборотами речи из повседневного языка.

Так, слово «депрессия» используется, чтобы обозначить ситуацию, где люди видят свою жизнь в пессимистическом свете и страдают от недостатка энергии для разных дел. Оно лишает уверенности в себе, приводит в уныние. Для описания этой ситуации доступны выражения «проводить инвентаризацию своей жизни», «собирать силы», «находиться в поиске смысла жизни», «чувство хандры» «скрытая радость» и т. д.

Психотические симптомы могут называться фантазированием, грезами, необычными мыслями, общением с призраками, напуганностью смертью; или что жизненный стиль этого пациента — «быть в углу» (в зависимости от характера текущей проблемы).

Человек, который пьет слишком много, не должен называться алкоголиком. Стремясь к сотрудничеству с таким человеком, плодотворнее использовать более мягкие выражения, такие, как «чрезмерная выпивка». Иногда подходят юмористические альтернативы: так, можно предложить, что этого человека «грызет пьяный червь».

Еще один пример — когда пациенты и профессионалы разговаривают, используя такой ярлык, как «базальная тревога». Он отсылает к психоаналитическому представлению, что проблемы имеют свое происхождение в ранних взаимоотношениях между ребенком и лицом, осуществляющим уход, обычно матерью. В подтексте подразумевается вина матери и предполагается глубинность проблем. Может оказаться полезным заменить этот тяжелый термин менее обременительным. Однако отказ или оспаривание экспертных диагностических терминов нелегки. В таких случаях юмор удачнее, чем старание быть рассудительным. Вместо слов: «Я не думаю, что полезно говорить, что у этого ребенка — базальная тревога»

га» может быть более удачным сказать: «Это благо, потому что люди с таким диагнозом особенно хороши в решении своих проблем» или: «Это у нас обоих». (Напомним, что юмор — явление контекстуальное).

Не всегда пациент способен сразу изменить «выстраданное» название, которое он носил с собой долгое время. Тогда возможно ограничиться тем, чтобы проблема получила какое-то имя или симпатичное прозвище.

В начальном описании пациента важно обращать внимание на то, что уже делалось пациентом или другими профессионалами для решения проблемы. Это поможет не повторять ошибки и не делать снова то, что не сработало.

Иногда могут быть случаи, когда начальное описание проблемы отсутствует: «Нет у меня никаких проблем. И вообще, хочу, чтоб все от меня отстали!» Это категория людей, которые вступили в контакт с психотерапевтом по инициативе или настоянию членов семьи, других социальных институтов. Их стремление отметиться, нанести визит с тем, чтобы, например, сказать потом жене: «Я был у доктора, как ты хотела. Твой доктор ничего в это не понимает». Правильная в целом, но слишком общая идея установления контакта с такими пациентами конкретизируется в технике **работы с «визитером»**. Суть ее — в работе через третье лицо, когда психотерапевт занимает мета-позицию и исследует ситуацию без отождествления как с позицией пациента, так и с позицией других лиц.

## Техника 2. «Работа с визитером»

*Образцы вопросов:*

- Чья идея была, чтобы вы пришли сюда?
- Что заставляет N думать, что вам надо сюда прийти?
- Что должно произойти, чтобы N оставил вас в покое?
- Что, по мнению N, вам необходимо делать по-другому?

Как вы полагаете, что N скажет о том, чем ваш приход сюда будет полезен вам?

Еще один тип отношений с пациентом — когда тот видит себя в роли невинного постороннего или жертвы. Этот пациент-«жалобщик» охотно рассказывает о том, какую боль ему причиняют, но не делает никакой попытки разрешить проблему. Ответственность за решение возлагается на людей, которые, по мнению пациента, породили проблему. Такие пациенты, в отличие от «визитеров», охотно предоставляют ин-

формацию и видят в психотерапевте своего союзника. В такие моменты слишком рано начинать говорить о его стороне проблемы. Пока пациент не достигнет точки, где он видит себя участником поисков решения, следует относиться с сочувствием к его трудному положению и благодарить за предоставление информации. Лучше всего — принять его сторону, проявить сочувствие, подчеркивать любые его положительные действия, но упорно концентрироваться на чем-то, что он должен делать по-другому, чтобы найти решение.

Зачастую пациент предъявляет сразу несколько проблем, подразумевая, что одна влечет за собой другую, а наличие третьей делает неразрешимыми первые две. Пациенты, как и все люди, являются «природными психологами» и склонны совершать типичные атрибутивные ошибки, например, «после этого — значит, по причине этого».

В действительности установление точного типа взаимосвязи — отнюдь не простая задача и для профессионала. Наличие нескольких проблем ставит перед психотерапевтом вопрос: как ему следует думать о связи между несколькими одновременными проблемами? Являются ли они связанными друг с другом, и если это так, то какая из них причина, а какая — следствие? Возможно ли, что все проблемы должны рассматриваться как симптомы другой, лежащей в основании проблемы, которой еще предстоит быть обнаруженной? Возможно ли, что каждая из одновременных проблем независима и не связана с другими?

Объективный наблюдатель может составить список проблем, нарушений, совершенных человеком и совершенных по отношению к нему: например, пациентка выросла в детском доме, у нее не было контактов с матерью, оказалась «на крючке» у темных личностей, использовавших ее; у всех ее четырех детей разные отцы, и она не заботится о них и жестоко обращается с ними сейчас. Подобный перечень подразумевает, что эта пациентка обречена быть неудачницей в жизни. Для профессионалов имеется искушение связать ее проблемы вместе так, что они видятся как вызывающие, поддерживающие или осложняющие друг друга. Ясно, что такое мнение не помогает ей, в частности, потому, что все мы передаем то, что думаем и чувствуем, едва заметными невербальными способами. Когда психотерапевт чувствует подавленность нагромождением проблем, у него появляется тенденция искать оправдания своей неудачи, и пациенты получают характеристики

«неперспективен для работы», «отсутствует мотивация», «оказывает сопротивление» и т. д. Альтернатива такому списку проблем — план того, что необходимо делать, нацеленный на постепенные малые изменения, отсекающие проблему за проблемой. Вместо списка того, что «неправильно у пациента», — карта, позволяющая определить, куда хочет попасть пациент (и психотерапевт).

Если во время консультации у профессионала всплывают несколько проблем, то соединение их друг с другом или видение их как вызывающих одна другую может служить препятствием способности людей сохранять свой оптимизм и творческий подход. Наличие «клубка» проблем вносит оттенок безысходности. Предпринимать шаги по расследованию действительного характера их связи — занятие трудоемкое, а результат не всегда соответствует затраченным усилиям. С точки зрения продвижения к решению в технике изоляции проблем плодотворнее принять как рабочую гипотезу, что названные проблемы случайно существуют у одного человека, будучи независимыми друг от друга.

В конечном счете часто невозможно знать наверняка, вызывается данная проблема другой определенной проблемой или нет. Однако с прагматической точки зрения наилучшим может быть предположение, что нет необходимости в установлении какой-либо причинно-следственной связи между двумя сопутствующими проблемами. Посредством этого становится возможным концентрировать внимание скорее на фактической жалобе, чем на предполагаемой, гипотетически лежащей в основании проблеме. Сотрудничество в разрешение предъявленной проблемы может быть позитивным опытом, который вдобавок благоприятно отражается на других проблемах.

Когда существует множество затруднений, взгляд на каждую из них, как на независимый элемент со своей собственной жизнью, позволяет людям принимать во внимание возможность, что прогресс в обращении с одной проблемой может помогать в решении другой.

### **Техника 3. «Установление связи с другими проблемами»**

При подходе к проблемам с ориентированной на решение позиции лучше воздерживаться от предположения причинных соотношений между существующими проблемами.

### Образцы вопросов:

- У вас, по всей видимости, одновременно несколько проблем. Согласны ли вы, если мы сперва сфокусируемся на этой и рассмотрим другие позже, если в этом будет необходимость?
- Вы упомянули несколько проблем. Какую из них вы хотели бы разрешить в первую очередь?
- Возможно, разрешение какой-то одной из ваших проблем окажет положительный эффект на остальные. Какая, по вашему, наиболее перспективна в этом отношении?
- Известен ли вам древний вопрос о курице и яйце? Считаете ли вы, что он применим к вашим проблемам?
- Вы назвали несколько проблем. Какая из них больше всех научила вас чему-то? Можете ли вы применить то, чему научились благодаря этой проблеме, для решения некоторых остальных?

Иногда психотерапевт и пациент не согласны по поводу того, как существующие проблемы причинно связаны друг с другом. В таких случаях психотерапевт должен либо принять точку зрения пациента, либо, если это невозможно, открыто обсудить разногласия с позиции возможных последствий такого расхождения.

Когда возможные причинные связи между двумя проблемами оспариваются или игнорируются, идеи по решению проблемы начинают легче рождаться и текут более свободно.

Другой подход к ситуациям, где имеются две предположительно связанные проблемы, — в том, чтобы поменять местами причины и следствия. Такой переворот «вверх дном» причинных отношений — способ обнаружить абсолютно новые пути в обращении с проблемами. Например, часто предполагается, что низкое самоуважение вызывает разнообразные проблемы. Противоположное мнение, что проблемы вызывают низкое самоуважение, — одинаково правдоподобно, но требует другого подхода.

Еще один способ связать две проблемы друг с другом — видеть их как помогающие в решении одна другой. При работе с двумя одновременными проблемами можно предложить план, в котором одна проблема используется в решении другой.

В психосоматической медицине существует общее представление, что соматическое расстройство — симптом, следствие лежащих в основе психологических проблем. Эта распространенная идея дает профессионалам возможность новых

подходов в лечении. С другой стороны, когда она принимается пациентом, то это имеет отрицательную сторону. Мысль, что разум ответственен за возникновение проблем в теле, имеет результатом странное положение дел, когда две части человека рассматриваются как враждебные и виновны в конфликте друг с другом. Более плодотворный психосоматический подход — видеть разум и тело как партнеров, заботящихся и помогающих друг другу. Вместо предположения, что разум стремится обманом навязать свои собственные проблемы телу, более полезно думать, что разум поддерживает тело в его задачах совладания с болью и дискомфортом, заживления ран и восстановления тканей.

В заключение, обобщая все случаи, когда имеется более одной проблемы, следует отметить, что оказание предпочтения определенному взгляду на связь между проблемами влияет на достижение желаемого изменения.

Когда мы страдаем от проблемы, мы обычно смотрим на нее как на врага, на несчастье, которое приносит только горе. Однако позже мы можем быть в состоянии понять, что проблема, помимо немалых страданий, одновременно в чем-то помогла нам, но в то время это не было ясно. Проблемы могут быть нам полезны, облегчая разрешение других проблем или научая нас чему-то ценному, чего бы мы иначе не узнали.

## Техника 4. «Проблема как друг»

### *Образцы вопросов:*

- Существует поговорка: «У каждой тучи есть светлая сторона». Применимо ли это в какой-то мере к вашей проблеме?
- Многие думают, что проблемы и страдания не напрасны. А что думаете вы?
- Если эта проблема научила вас чему-то важному о жизни, о себе или о других людях — что это было в вашем случае?
- Знаете, иногда невозможно сразу понять, чему человека научили проблемы, это происходит значительно позже. Представим себе, что через несколько лет мы встретимся и я задаю вам этот вопрос. Как вы думаете, что бы вы ответили?
- Представим себе, что в один прекрасный день, когда у вас будут дети или孙ки, вы захотите научить их чему-то важному в жизни, чему научили в свое время вас эти самые проблемы. О чем бы вы им сказали?

С точки зрения краткосрочной психотерапии попытка разрешить проблему всегда зависит от того, как человек ее определяет и объясняет. Изменение мышления о проблеме может коренным образом изменить способ, которым человек попытается решить ее.

Согласно такому взгляду на оказание помощи, тот, кто оказывает помощь, отвечает за приятие такого направления разговору, при котором акцентируются не столько проблемы, сколько ресурсы и решения. Цель разговора о решениях — создать у людей приятный опыт, который превращает проблему в вызов, поощряет оптимизм, развивает сотрудничество, стимулирует творческие способности и прежде всего помогает людям сохранить свое достоинство.

При работе с проблемой надо быть осторожным с вопросами, направленными на углубление в проблему, поиск ее причин. Такие вопросы приводят к выявлению двух мнений — пациента и профессионала. И эти мнения иногда в скрытом виде, а иногда — в явном, в виде спора, конфронтируют друг с другом. В таком случае это соперничество, где профессионал выступает с позиций авторитета (науки, профессиональных достижений, успешного человека). Следует избегать актуализации этой позиции «старшего» в отношениях с пациентом и избегать ситуации соперничества. Альтернативой являются вопросы, направляющие разговор к будущим целям.

### *Метод 2. «Работа с целью»*

Разговор о цели автоматически ориентирует нас на будущее. Следует стремиться перевести проблему в цель. Зачастую пациенты формулируют цель обобщенно. В этих случаях надо помочь конкретизировать цель, например, с помощью техники «знаки улучшения».

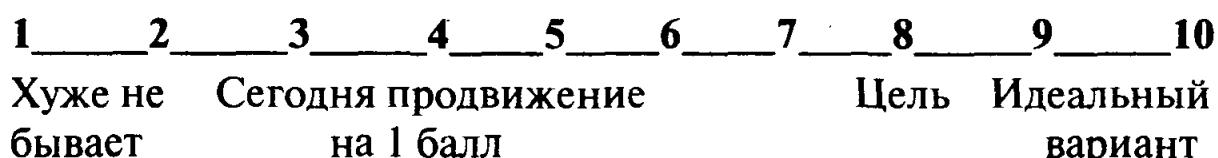
### **Техника 1. «Знаки улучшения»**

#### *Образцы вопросов:*

- Давайте вообразим, что произошло чудо и вдруг в один прекрасный день проблема исчезла. По каким признакам вы заметили бы, что ее больше нет?
- Как могут заметить другие люди, что произошла перемена?

## Техника 2. «Шкальные оценки»

В технике шкальных оценок вычерчивают графическую 10-балльную шкалу, где 10 баллами обозначен идеальный результат, а начало шкалы — наихудшее положение дел. Пациента просят отметить на этой шкале его сегодняшнюю ситуацию, а затем описать, какой должна быть его жизнь, чтобы он смог оценивать ситуацию на один балл больше. Следует не ограничиваться метками на бумаге или доске, а проговорить вслух их содержание.



Техники знаков улучшения и шкальных оценок индуцируют идею продвижения «со ступеньки на ступеньку».

В краткосрочной позитивной психотерапии считается, что единственный перспективный вопрос, о котором следует говорить с пациентами, это — как им представляется будущее без их проблемы. Создание положительных фантазий о будущем имеет много преимуществ. Разговор о том, какие у человека надежды на будущее, порождает оптимизм. Это также помогает людям ставить перед собой конкретные цели, что представляется нам предпосылкой к изменению. Положительные представления о будущем также обладают силой изменять взгляд на настоящее и прошлое. Когда людям помогают предвидеть хорошее для себя, они автоматически начинают смотреть на свои трудности в настоящем как на переходную fazу, а не как на вечную изнурительную ситуацию. Мечта о позитивном будущем также проливает новый свет на прошлые и настоящие проблемы. Открывается возможность посмотреть на них в более благоприятном свете, не только как на бессмысленное страдание, но скорее как на трудности, которые в конечном счете содействуют способности человека достигнуть своей цели. Фантазии о будущем также помогают людям думать о возможных способах решения проблем, увидеть изменения, которые уже происходят, и понять, как разные люди могли бы способствовать осуществлению желаемого результата.

В технике «воспоминание из будущего» интересуются представлением пациента о сроках, когда проблема уже не будет

существовать (цель будет достигнута); затем, предоставив возможность эмоционально «окунуться» в это замечательное время, любопытствуют насчет того, как удалось к этому прийти. Психотерапевт разговаривает, используя глаголы совершенного вида и прошедшего времени так, словно это замечательное изменение — свершившийся факт.

Большинство пациентов с удовольствием строят фантазии о положительном будущем. Однако иногда можно заметить, что пациент неохотно идет на сотрудничество. В таких случаях рекомендуется подробно объяснить ему, в чем цель фантазирования о будущем. Если он по-прежнему проявляет нежелание, может оказаться полезным проведение кругового опроса, т. е. вовлечение всех присутствующих на встрече в создание позитивных фантазий о будущем. Коллективное фантазирование о будущем обычно заставляет даже самого безучастного пациента включиться в этот процесс. Другой подход, который может быть использован, когда люди, по всей видимости, не интересуются разговором о позитивном будущем, сперва предложить, чтобы они представили себе пессимистическую картину будущего и только после выполнения этого задания перейти к созданию оптимистической картины.

Когда пациенты отчетливо представляют, каким бы они хотели видеть будущее, им станет легче распознавать признаки прогресса, которые уже наметились. Поэтому предлагается, чтобы психотерапевт предложил пациентам составить представление о позитивном будущем прежде, чем он начнет разговор с ними об исключительных случаях и прогрессе.

Участие психотерапевта в мечтах пациента, даже если они заведомо нереалистические или фантастические — замечательный путь установления контакта. (Как и вообще участие одного человека в мечтах другого способствует хорошим отношениям.) Участие в таком словесном фантазировании совершенно не подразумевает, что психотерапевт собирается участвовать в их осуществлении. Смысл такого разговора в том, что психотерапевт избегает менторской позиции.

Большинство людей с удовольствием фантазирует о будущем: они охотно соглашаются, когда это предлагается психотерапевтом. Иногда, однако, люди кажутся или неспособными, или не желающими генерировать позитивное будущее. Когда это случается, уместна техника создания **положительных представлений о будущем**, где психотерапевт может создать

собственные фантазии о будущем пациента и поделиться ими, предоставляя пациенту комментировать это позитивное видение. Когда на сессии присутствует несколько человек — друзья, члены семьи, студенты или другие помощники, — можно пригласить их предлагать их собственные или генерировать коллективные фантазии позитивного будущего, касающегося пациента.

### Техника 3. «Создание положительных представлений о будущем»

*Образцы вопросов:*

- Представим себе, что эта встреча окончена. Предположим, что, уходя, вы поймете, что встреча была для вас полезной. В таком случае, на какие вопросы вы получили ответы?
- Давайте предположим, что мы встретились снова через год и этой проблемы больше нет. Как в таком случае выглядит теперь ваша жизнь?
- Когда проблема, наконец, больше не будет существовать, кого, кроме себя, вы будете благодарить?
- Давайте пофантазируем, что мы — в будущем и проблема довольно давно уже не существует. Мы случайно встречаемся. Мне интересно знать, как вы поживаете, я вас об этом спрашиваю. Что вы мне ответите? Я продолжаю интересоваться и спрашиваю, благодаря чему стала возможна эта перемена? Что вы ответите?

Когда пациенты упорно держатся за пессимистический взгляд на будущее, может оказаться полезным начать с генерирования негативного видения будущего. Даже в случае, где единственной вещью, которую пациент может представить в будущем, является суицид, психотерапевт неотступно занимается предвидением позитивного будущего, основываясь на суицидной фантазии пациента. После установления хороших взаимоотношений с пациентом психотерапевт может сказать: «Предположим, что после того, как вы умрете, вы обнаружите себя в небесных вратах. Вас уважительно приветствует ангел, который информирует, что ваш случай был пересмотрен и что вам дарован второй шанс. Когда вы вернулись на землю, то обнаружили, что ваши проблемы миновали и теперь ваша жизнь вполне удовлетворительна. Как теперь выглядит ваша жизнь?»

В некоторых случаях стоит создавать две и более картины будущего. Эти видения развиваются до тех пор, пока они не становятся положительными и оставляются открытыми для дальнейшего выбора. Эта идея оставления альтернатив открытыми основывается на том факте, что, когда двое или более людей находятся в конфликте друг с другом, никто из них не склонен ни принять другую точку зрения, ни согласиться на компромисс, лежащий где-нибудь посередине. Часто решение конфликта заключается в «третьей альтернативе», которую обе партии видят как довольно отличную от первоначальных конфликтующих предложений. Основной вопрос — откуда возьмется эта «третья альтернатива»? Генерирование позитивных видений будущего преодолевает «зацикленность» на сегодняшнем моменте и благоприятствует появлению такой «третьей альтернативы».

Будущее — одна из наиболее вознаграждающих тем для психотерапевтической беседы. Это территория, которой никто не может владеть, поэтому она открыта для всех возможных идей и представлений. Люди могут расходиться во взглядах насчет того, что будущее может принести. Но они в глубине души понимают, что никому не известно, что оно принесет, и потому эта ничейная территория — замечательное место для равноправных конструктивных разговоров.

Предвидение для себя позитивного будущего дает способность видеть свое прошлое как ресурс, распознавать свои успехи и ценить их, видеть других людей скорее как союзников, чем противников.

Часто при формулировании цели пациенты руководствуются скорее конвенциональными нормами, чем собственными мотивами. Поэтому следует также выявить и усилить мотивацию на ее достижение (пациент должен предвидеть для себя выгоды, которые последуют в связи с реализацией цели). Здесь уместно использовать **технику нахождения выгод от достижения цели**.

### **Техника 4. «Нахождение выгод от достижения цели»**

*Образцы вопросов:*

- Какие положительные события начнут происходить, когда проблемы больше не будет? А еще?
- Какие из этих перемен уже начались? А еще?

- Что изменится в вашей жизни, когда вы достигнете того, что вы намечаете?.. А еще?

Если уже установилась общая атмосфера взаимопонимания, усилию мотивации способствует также **техника разубеждения**.

## Техника 5. «Разубеждение»

*Образцы вопросов:*

- Вы говорите, что из-за своей проблемы не можете сменить свою работу на более интересную и вышеоплачиваемую. Да зачем вам это надо? Ведь на этой работе спокойнее и есть свободное время.
- Вы говорите, что хотите бросить пить, чтобы сохранить брак. Да найдете себе другую жену!

В этой технике в вопросах психотерапевта должны звучать нотки любопытства, юмора и уважения намерений, а не сомнения и недоверие (в последнем случае можно не усилить, а ослабить мотивацию).

## Метод 3. «Работа с ресурсами»

Все люди обладают какими-либо ресурсами — это навыки, способности, интересы, достойные восхищения черты характера и т. д. Они могут быть в той или иной степени использованы при разрешении проблемы. Однако эти ресурсы могут остаться и незамеченными, если психотерапевт намеренно не сфокусирует внимание на их появлении. Можно задавать прямые вопросы: «Есть ли что-то такое, что вам хорошо удается? Как можно было бы использовать это ваше умение в разрешении данной проблемы?» В технике «копинг-вопросов» стремятся выявить, каким образом человеку удается справляться со своими проблемами, противостоять их давлению.

## Техника 1. «Выявление ресурсов пациентов»

*Образцы вопросов:*

- Если бы мне пришлось пройти через то, через что прошли вы, я бы, наверное, не выжил. Как вам удалось выжить? Откуда у вас взялись силы?
- Вам так долго удавалось избегать этой проблемы. Какие ресурсы вы для этого использовали?

- Есть ли что-то такое, что вам хорошо удается? Как можно было бы использовать это ваше умение в разрешении данной проблемы?
- Какая у вас самая хорошая черта характера? Как вы до сих пор использовали эту черту характера в подходе к этой проблеме? Что еще вы могли бы сделать, что позволило бы вам использовать эту черту для решения проблемы?
- Существуют ли похожие проблемы, которые вам приходилось решать до этого? Могли бы вы подумать о том, как использовать решение аналогичного типа в данном случае?
- Кто, по-вашему, мог бы разрешить эту проблему? Как вы себе представляете, что бы он или она сделали?

Краткосрочные позитивные психотерапевты склонны искать ресурсы везде и повсюду, например в прошлой жизни пациента.

Иногда люди убеждены, вне всяких сомнений, что за страдание ответственен определенный проступок, грех, совершенный ими по отношению к другим или совершенный другим лицом по отношению к ним. Негодование, чувство обиды или сильный и стойкий гнев, возникающие из ощущения несправедливости и причиненного зла, могут также (не отличаясь в этом от чувства вины) стать препятствием к наслаждению собственной жизнью.

Наша история — неотъемлемая часть нас. Когда мы думаем о прошлом, как об источнике наших проблем, мы причиняем себе боль. Прошлое, очень по-человечески, отвечает негативно на критику и отрицание и благосклонно к уважению и поглаживанию. Прошлое предпочитает быть увиденным как ресурс, как предание памяти, хорошее и плохое, и как источник мудрости, исходящей из нашего жизненного опыта.

Обычно, будто это само собой разумеется, господствует убеждение, что первопричина текущих проблем — в прошлых отрицательных переживаниях. Стало привычным думать, что неблагоприятный детский опыт (а также более поздние стрессирующие события) оставляют свой след, отпечаток на людях и проявляются в последующей жизни как симптомы. В клинической практике, основываясь на этой идее, пациентов зачастую поощряют «работать» через разговор о прошлых психотравмах. Это убеждение сейчас встречается не только в психиат-

рических и психологических учебниках и среди профессионалов, но также и в повседневных условиях.

Взгляд, что прошлый травматический опыт — источник проблем в последующей жизни, конечно, правдоподобен, по крайней мере в нашей культуре. Это мнение, однако, не является единственным. Противоположный взгляд, что прошлые тяжелые испытания — ценный обучающий опыт, одинаково разумен. Убеждение, что трагедии прошлого являются причиной последующих проблем и делают людей уязвимыми к будущим стрессам, может становиться самоисполняющимся пророчеством. И наоборот, мысль о своем прошлом как о ресурсе может помогать людям в достижении своих целей. Можно думать о негативных событиях, пережитых в прошлом, и как о тяжелых испытаниях, приведших к чему-то положительному, являющихся основой некоторых нынешних ресурсов и позитивных качеств.

Поэтому, хотя терапия, фокусированная на решении, стремится концентрироваться скорее на будущем, чем на прошлом, это не означает, что разговор о прошлом следует считать запретной или нежелательной темой. Прошлое должно обсуждаться не как источник затруднений, а как ресурс. Человек может научиться видеть свои прошлые несчастья как тяжелые испытания, которые, кроме причинения страдания, вызвали что-нибудь ценное и стоящее.

В технике «ревизия прошлого» мысль о том, что прошлое пациента способствовало увеличению его внутренних ресурсов не менее чем возникновению проблем, должна быть высказана в сердечной манере, предпочтительнее в форме рассказанной истории. Это входит в задачу пациента, а не психотерапевта — произвести обзор своей прошлой жизни в соответствии с этим взглядом.

## Техника 2. «Ревизия прошлого»

### Образцы вопросов:

- Если бы можно было каким-то образом узнать, имеют ли ваши прошлые переживания отношение к вашим текущим проблемам, и выяснилось бы, что ваша проблема не имеет ничего общего с вашим прошлым, будет ли ваш подход к своей проблеме другим?
- Есть ли что-то такое, чему вы научились из всего, через

что вам пришлось пройти, что могло бы оказаться полезным в разрешении этой проблемы?

- Может быть, это к лучшему, что у вас было такое богатое событиями детство? Разве это неправда, что человек, прошедший через все, что пережили вы, с большей вероятностью сможет разрешить такого рода трудные проблемы, чем, скажем, человек, у которого было счастливое детство?
- Как вы думаете, трудное детство делает человека сильнее или слабее?
- Давайте представим себе, что прошло десять лет. В течение довольно долгого времени ваша проблема больше не существует, и если вы оглянетесь на свое прошлое, как, по-вашему, прошлые переживания помогли вам преодолеть свою проблему?

Мысль о том, что прошлое пациента больше способствовало увеличению его внутренних ресурсов, чем возникновению проблем, должна быть высказана в сердечной манере, предпочтительнее в форме рассказанной истории или мягкой аллюзии. Это должно входить в задачу пациента — не психотерапевта — произвести обзор своей жизни в соответствии с этой более положительной позицией.

Следует подчеркнуть, что этот взгляд, что неблагоприятные и даже мучительные жизненные обстоятельства могут позднее, в ретроспективе, видеться как ценный обучающий опыт, никаким образом не оправдывает совершенное насилие, оскорблениe или пренебрежение. Мы делаем все, чтобы защитить себя и других.

Как эксперты в области психотерапии, профессионалы иногда не признают того факта, что пациенты зачастую являются экспертами по своим проблемам. Они уже испробовали многочисленные способы их решения, и это дало им отчетливое представление, какого рода решения непригодны в их случае. Они выслушали бесчисленные предложения родственников и друзей, а также профессионалов. Благодаря этому они стали экспертами в области более традиционных способов подхода к проблеме. Часто пациенты на удивление хорошо ознакомлены с литературой по своей проблеме и могли встречаться и разговаривать со многими людьми с похожими проблемами. Мы уже упоминали мысль М. Эрикsona, что пациентам известно решение их проблем, даже если они не знают, что знают его.

Членов семьи также можно часто рассматривать как экспертов. Если у них была или продолжает существовать проблема, сходная с проблемами пациента, они многое могут сказать не только о том, как нужно решать такую проблему, но и о том, как ее не следует решать.

Техника «жизненного опыта» или «признания компетентности пациента» позволяет выяснить собственные, глубоко индивидуальные идеи пациентов о том, как подходить к решению проблемы, с тем чтобы в последующем опираться на эти идеи. Убеждение, что пациентам известно, что им не поможет, и что где-то в глубине рассудка у них даже есть мысль о том, как должна разрешаться их проблема, позволяет психотерапевту «проконсультироваться у своего Психотерапевта».

### Техника 3. «Признание компетентности пациентов»

*Образцы вопросов:*

- Предположим, что ваш друг с проблемой вроде вашей пришел к вам за советом. Что бы вы ему сказали?
- Представьте, что в один прекрасный день вы получаете приглашение прочесть лекцию профессионалам о проблеме, подобной вашей. Что бы вы им рассказали?
- У меня есть предположение о том, что вы могли бы сделать, но, вероятно, вы лучше всех можете предвидеть, что произойдет, если попытаться решить вашу проблему тем или иным способом.
- Предположим, после этой встречи у вас будет чувство, что наш разговор был успешным. Как вы представляете, какие темы мы обсуждали бы в этом разговоре?
- Какое из ваших собственных решений проблемы на сегодняшний день оказалось самым успешным? Что еще, по-вашему, вам хотелось бы испробовать?
- Можете ли вы составить список решений проблемы, которые вы испробовали или предлагали, но убедились, что они неприменимы в вашем случае?

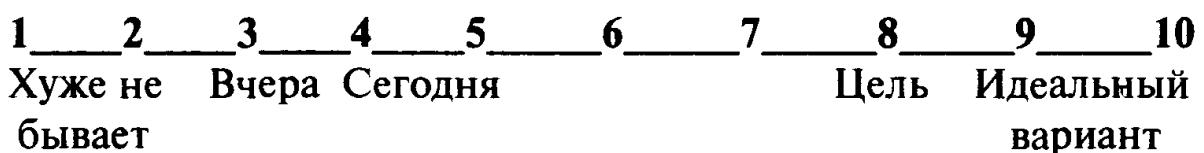
Просто поразительно, как часто пациенты дают положительные ответы, если их спрашивают, произошел ли какой-нибудь прогресс в решении их проблемы за последнее время. Намеренное фокусирование даже на незначительных признаках прогресса помогает созданию плодотворной атмосферы во время сессии. Она способствует выявлению выполнимых решений, найденных самими пациентами. Когда имеются сви-

дательства прогресса, пусть даже небольшого, ограниченного, разговор о нем позволяет естественно двигаться в направлении таких конструктивных предметов, как то, что сделало улучшение возможным (и в том числе, что сделали разные люди, чтобы его вызвать).

Если об этом не спросить, многие пациенты часто думают, что изменение не настолько значительно, чтобы о нем сообщать; оно им кажется совсем маленьким по сравнению с крупными проблемами, стоящими перед ними.

#### Техника 4. «Шкала надежды» —

один из способов инициирования разговора о прогрессе. На стандартной 10-балльной шкале отмечаются наихудшее состояние проблемы и сегодняшнее положение дел. Типовой вопрос: «Что дает вам основание давать такую оценку, считать, что ваша ситуация сегодня лучше?»



Разговор о достигнутом прогрессе очень естественно ведет к вопросу о том, как его (прогресс, а не проблему!) объяснить. Это, в свою очередь, — богатый источник информации о том, что было полезным до сих пор. Собственные идеи пациентов о том, что им помогло, могут быть использованы как начальный пункт, из которого разрабатываются будущие планы.

Другой способ создания атмосферы, аналогичной вышеописанному, — фокусировать внимание на исключениях или периодах, когда проблема временно отсутствовала. Фокусирование на исключениях позволяет людям увидеть, что проблема не вечна и есть основания думать, что у них больше возможностей справляться с проблемой, чем кажется на первый взгляд.

## **Техника 5. «Фокусирование на исключениях и прогрессе»**

### *Образцы вопросов:*

- Были когда-нибудь такие ситуации или времена, когда проблема отсутствовала? Как вы это объясняете?
  - Мы выяснили, что часто в момент, когда пациент встре-

чается с врачом, желаемая перемена уже начала происходить. Вы не заметили, что уже наметился прогресс?

- Давайте предположим, что ваша проблема в ее худшей стадии была равна 10 баллам. Какой балл сейчас? Как вы объясняете эту перемену?
- Бывали ли такие ситуации, при которых проблема не возникала, несмотря на то что вы ожидали ее возникновения? Как вы объясняете такие ситуации?
- Бывали ли такие ситуации, когда вам удавалось устоять перед соблазном отреагировать так, как вы обычно реагируете? Как вы это сделали?

Ким Берг (1992) выявила в описаниях пациентов два типа исключений: обдуманные и случайные. Обдуманное исключение — это такое, создание которого пациент способен описать шаг за шагом. Ясно, что его задача — поступать так чаще. Случайный успех — когда он приписывается кому-то или чему-то. Метафора: «Чтобы парусник шел вперед, необходим не только ветер, но и поднятый парус». Фокусирование на прогрессе и исключении — больше, чем просто психотерапевтические техники установления факторов, содействующих решению. Это способ поощрения оптимизма пациентов и помощи им в усвоении более дальновидного подхода к их проблемам и даже к жизни в целом.

Профессионалы сталкиваются лицом к лицу и с ситуациями устойчивого ухудшения или недавней неудачи вместо прогресса. Одна из возможностей в таких случаях — установление позитивных аспектов несомненно враждебных обстоятельств. Когда ситуация кажется достигшей наихудшего, можно подойти к ней, как к обеспечивающей возможность усилить мотивацию для изменения или просто как к фазе в общем процессе восстановления.

Понимание, проникновение в более светлую сторону текущего серьезного затруднения делает его легче выносимым. Когда проблемы видятся в позитивном свете, люди становятся более творческими в их разрешении. Часто люди проявляют больше способности к прогрессу только после того, как поймут, что, кроме боли, их проблема несет что-то ценное.

Предлагая пациентам рассмотреть возможные позитивные следствия их ситуации, важно помнить, что это нелегко сделать, когда проблемы остры. Например, человеком, недавно пережившим утрату, такое предложение может быть сочте-

но обидным или оскорбительным. Важно ни в коей мере не навязывать этот взгляд пациентам. Задача психотерапевта в том, чтобы мягко, предпочтительно при помощи истории или иносказания, смысл которых понятен пациенту, привлечь его внимание к возможности «болезни, которая учит (или помогает)», после чего пациенту предоставляется свобода решать самому, подходит ли ему такой взгляд на проблему.

Очень часто осознание светлой стороны проблемы приходит позднее, когда человек способен оглянуться назад и представить вещи в разной перспективе. Чтобы помочь разобраться, можно задавать конкретизирующие вопросы о том, заметил ли пациент вследствие проблемы какой-то прогресс в своем личностном росте, физическом здоровье, семейных отношениях, работе, духовных вопросах, отношениях с друзьями, проведении свободного времени и т. д.

Иногда людям помогает конструктивно думать о своих затруднениях использование имени или прозвища для проблемы (см. технику «хороших наименований»). Трудно думать позитивно о своем «пограничном личностном расстройстве». Становится много легче узнавать полезные следствия, которые уже произошли, и представлять те, которые могут в конечном счете случиться, если назвать то же самое явление нейтрально-иронически, например «бантиком».

В качестве прогресса можно рассматривать очень разные вещи. Например, мысль о том, что надо пробовать бороться с проблемой, намного лучше, чем отсутствие такой мысли; появление такой мысли должно несомненно приветствоваться психотерапевтом.

Успех так же, как и ухудшение, в большей степени, чем мы привыкли думать, является социально конструируемым феноменом (или даже иллюзией, хотя этот взгляд может быть неожиданным). Чтобы успех случился (или чтобы случившееся стало успехом), надо, чтобы кто-то его увидел и сказал о нем. В ходе социализации реакции других людей интериоризируются, но сам механизм социального конструирования успеха продолжает действовать постоянно.

Тема успеха, как и разговор о любом типе ресурсов, естественным путем подводит к вопросу о том, как разные люди своим участием помогают пациентам. Такая помощь — неизбежально прямое участие. Другие люди могут помогать своим положительным или отрицательным примером; оппоненты

стимулируют уточнение и отстаивание своей позиции, благодаря некоторым людям можно лучше осознать свои стремления, и т. д. Таким образом, люди, окружающие пациента, — это тоже его ресурс, важность которого невозможно переоценить.

В какой мере должен психотерапевт раскрывать свои личные переживания перед пациентами — вопрос, часто обсуждаемый профессионалами. В краткосрочной позитивной психотерапии считается, что сообщение пациентам сведений личного характера может быть полезно в тех случаях, когда информация о проблемах терапевта способствует повышению «психотероптимизма» и творческих возможностей пациентов. Рассказы о том, как у врача была аналогичная с пациентом проблема, а потом он преодолел ее или приспособился к ней, могут быть полезны во многих отношениях. Они могут вселить в пациентов надежду или новые идеи, могут помочь установлению гармоничных отношений между психотерапевтом и пациентом и помочь пациентам чувствовать себя более нормальными, когда они осознают, что даже у психотерапевтов бывают похожие проблемы.

В конце каждого занятия, где присутствует несколько человек, можно попросить не только пациента, но и остальных участников поделиться своими личными впечатлениями от участия в занятии. Эта просьба часто вдохновляет участников поделиться своими чувствами, сказать о том, чему они сами научились, или выразить свое уважение к пациентам. Такой обмен в конце встречи обычно оказывает сильное и положительное влияние на пациентов.

## Техника 6. «Обмен личным опытом»

*Образцы вопросов:*

- Есть ли у кого-нибудь в этой группе подобный опыт, которым он хотел бы поделиться?
- Если у кого-нибудь есть настроение поделиться опытом из собственной жизни, который, по-вашему, мог бы принести пользу, прошу вас. Помните, что вы не обязаны говорить, что это были вы, можете сказать, что это был ваш сосед.
- Сегодня у нас с вами была эмоциональная дискуссия, и я подозреваю, что она на всех нас произвела впечатле-

ние. Хочет ли кто-то из участников поделиться своим личным опытом, и если да, то интересно ли вам (пациентам) послушать, что он скажет?

Одна из наиболее трудных задач при обсуждении проблемы — задача, связанная с выработкой решения. Когда такая дискуссия ориентирована на решение проблемы, то сама атмосфера вдохновляет на решение. При работе в больших группах целесообразно деление их на меньшие группы, перед которыми ставится задача предлагать способы решения проблемы пациента.

### Техника 7. «Выработка продуктивных решений»

*Образцы вопросов:*

- Если бы вам пришлось испробовать что-то другое, когда проблема возникнет в следующий раз, что бы вы сделали?
- Давайте искать творческое решение этой проблемы. Мы могли бы изобрести что-то немного абсурдное. Что бы это могло быть?
- Как, по вашему представлению, можно было бы разрешить проблему такого рода в стране, где нет психотерапевтов и других профессионалов?
- У нас есть для вас предложение... Что вы о нем думаете? Не захотите ли вы им воспользоваться? Как вы полагаете, что произошло бы, если бы вы так поступили?
- Я знаю одного человека с похожей проблемой, который поступил так... Не думаете ли вы, что нечто подобное могло бы помочь в вашем случае?
- Возможно, те предложения, которые вы услышали от нас в этот момент, нельзя непосредственно применить в вашей ситуации. В таком случае нам было бы интересно узнать от вас через какое-то время о том решении, к которому вы придете сами.

Когда пациенты «не принимают» предложений профессионалов, это нужно рассматривать как доказательство того, что они лучше знают сами, что им подходит, а что нет. Когда пациенты следуют предложениям профессионалов, а потом снова приходят и сообщают об отсутствии прогресса, это можно рассматривать как приглашение к выработке новых решений.

## Метод 4. «Работа с окружением»

Решение проблемы, по сути, представляет собой социальный процесс. Разные вовлеченные в него люди или подвергают его опасности, или поддерживают. Признание успехов пациента со стороны как можно большего числа людей, сочувствующих и содействующих его прогрессу, — эффективное противоядие от влияния тех, кто мешает решению проблемы. Это также возможность доброжелательно пригласить их присоединиться к партии, отстаивающей позитивные изменения в жизни пациента.

Сам акт размышления о том вкладе, который внесли другие люди в решение проблемы, автоматически отменяет осуждение в отношениях и поощряет уважение и благодарность, усиливая тем самым сотрудничество. И даже в тех случаях, когда сотрудничеству что-то угрожает, появляется возможность возродить его, разделив с другими заслугу в достижении прогресса. Техника «признание вклада других лиц в успех» или «распределение заслуг» помогает пациентам развивать более теплые и поддерживающие отношения с их семьями, знакомыми и другими людьми.

### Техника 1. «Распределение заслуг»

#### Образцы вопросов:

- Как объяснить эту перемену? Что вы сами сделали? В чем проявилось участие вашей семьи? Что сделали помощники-профессионалы, чтобы помочь вам?
- Ваша девочка делает быстрые успехи за то время, когда она находится здесь на лечении. Что сделали вы, что могло бы объяснить эти изменения?
- Предположим, вы захотели бы поблагодарить всех тех людей, которые до сих пор вам помогали. Что бы вы сказали каждому из них?
- Представим себе, что в будущем, когда эта проблема какое-то время уже не будет существовать, вы решите устроить прием, чтобы отпраздновать эту перемену. Кого бы вы пригласили? Как бы вы отметили заслуги этих людей?
- Есть ли кто-то, кто, по-вашему, ничем не помог вам в разрешении этой проблемы? Можно ли все-таки думать, что даже этот человек внес каким-то образом свой вклад? Как бы вы ему (ей) об этом сказали?

Иногда человек не в состоянии думать, что кто-то другой мог внести свой вклад в его перемену. В таких случаях можно высказать мысль, что иногда даже негативный опыт в отношениях с людьми может быть полезен при разрешении проблемы. Даже если человек не способен понять это сейчас, впоследствии, может быть, можно будет толковать отрицательный опыт как испытания, которые научили чему-то важному или побудили настроиться на решение данной проблемы.

Психотерапевт задает вопросы, расспрашивает относительно персонального вклада в решение многих конкретных людей из окружения пациента, о которых стало известно в ходе сессии.

Признание вклада других лиц (распределение заслуг) не ограничивается ситуациями, где прогресс уже имел место; его также можно осуществить в фантазии, в сочетании с созданием положительных представлений о будущем. Сначала помогают придумать позитивное видение будущего и затем поощряют отдать должное всем тем людям, которых пациент смог представить содействующими тому, чтобы будущее стало настоящим. Психотерапевт предлагает благодарить их так, как если бы проблема был уже преодолена.

В ряде случаев психотерапевт и пациент разрабатывают программу тренировки, согласно которой пациент говорит (или пишет) людям из своего окружения об их вкладе в позитивное изменение. Пациенты могут тренироваться благодарить других как за действительный, так и за ожидаемый прогресс.

Если человек настроен позитивно, он может задевать этим других. Сообщение другому человеку о факте улучшения может быть скрытой критикой (если, например, вы достигли успеха в том, чего не достиг другой). Следует понимать и учитывать тот факт, что информация об улучшении может быть принята как плохие новости теми, у кого может оставаться чувство вины. Подразумеваемая вина, проистекающая из улучшения, может стать проблемой, спровоцировать соперничество среди окружающих и тогда, когда с одним пациентом имеют дело два или более профессионала (например, психиатр и психотерапевт или врач и социальный работник).

Поэтому признание вклада других людей в улучшение может быть полезно не только в непосредственной работе с па-

циентом, но и в контактах психотерапевта с другими лицами, ориентированными на помочь этому пациенту. Психотерапевту следует всячески распределять, передавать заслуги за улучшение пациента другим профессионалам.

## *Метод 5. «Работа с объяснениями»*

В любой момент психотерапевтической работы мы можем услышать, что пациент сам объясняет проблему тем или иным образом. Диагноз и объяснение — это совмещающиеся понятия, так как название, употребляемое в разговоре о проблеме, часто подразумевает представление о ее причине.

Каузальные (в особенности традиционные психологические) объяснения во многих случаях отсылают в прошлое, подразумевая вину и сопровождаясь огромным обвинительным потенциалом («мои родители меня так воспитали»). Осуждение обладает эффектом разрушения сотрудничества и творческой деятельности, поскольку неизбежно вызывает у людей защитные или гневные реакции.

Способ, которым мы объясняем проблемы, и принимаемые меры тесно взаимосвязаны. Изменение способа, каким мы объясняем проблему, ведет в результате к переменам в способе, которым мы пытаемся решать ее, и наоборот. Объяснения проблем в значительной степени определяют то, что, по мнению человека, требуется сделать для их решения. Так, объяснение детских проблем в терминах семейной дисфункции обусловливает стремление психотерапевта делать что-нибудь с предполагаемой дисфункцией. Точно так же для людей в других культурах вера в то, что проблемы вызваны гневом предков, ведет к старанию задобрить их души.

Учитывая этот факт, краткосрочные позитивные психотерапевты могут выбрать другую возможность — разговор об объяснениях в ориентированном на решение ключе, где объяснения делятся не на верные и неверные, а на способствующие и препятствующие достижению цели. В такой прагматической позиции объяснения ценятся исключительно на основе их потенциальной пользы для разрешения того, что пациенты считают проблемой.

Объяснения различаются степенью, в какой они приписывают вину и вызывают стыд. Поэтому полезно замещение некоторых объяснений на новые, которые лучше помогают

сотрудничеству и творчеству. Существуют многочисленные способы объяснения отдельных аспектов поведения. Эти различные объяснения вызывают разные эмоциональные и поведенческие реакции; некоторые из этих реакций, формируя необходимое настроение, более, чем другие, подходят для усиления сотрудничества и достижения цели.

Следует добавить, что пациенты будут либо согласны, либо не согласны с объяснениями причин другими людьми, в том числе и психотерапевтом. Согласие способствует близости и сотрудничеству, а несогласие — дистанцированию и отсутствию сотрудничества. Поэтому важно выявить уже существующие объяснения.

Существуют разные способы, как узнать объяснения пациентов. Можно задавать прямой вопрос: «Какова, по вашему мнению, причина психоза у вашего сына?» Если пациент затрудняется высказать свое объяснение, можно повторить вопрос в другой формулировке, попросить использовать воображение или выдвинуть ряд преувеличенных (или юмористических) альтернатив. Для миланской школы характерен прием «сплетничание в присутствии», где пациентов просят излагать объяснения других людей, присутствующих на сеансе: «Что, по вашему мнению, ответил бы ваш муж (мать, психиатр и т. д.), если бы я спросил его мнение о причине вашего состояния?» Во всех случаях психотерапевту следует быть любознательным и избегать согласия или несогласия с представленными объяснениями, т. к. и то и другое затрудняет исследование объяснений, предлагаемых пациентами.

Интерес профессионала к объяснениям пациентов (без согласия или несогласия с ними) имеет следующие преимущества:

- создает атмосферу равенства и взаимного уважения;
- уменьшает опасность споров;
- препятствует вовлечению в коалицию с одними из членов семьи против других;
- предупреждает фиксацию пациента на уже существующих объяснениях;
- извлекает на свет вредные объяснения, заподозренные психотерапевтом («скелеты из семейных шкафов»). Если вредные объяснения, о которых втайне думают пациенты, не сделать явными, они могут усиливаться;

- стимулирует образование новых и выявление полезных объяснений, способных продвинуть к новым типам решений.

Как уже было сказано, психотерапевт в разговоре избегает согласия или несогласия с объяснениями пациентов. Такой «взгляд с высоты птичьего полета» достигается с помощью техники «мета-вопросов».

## Техника 1. «Мета-вопросы»

*Образцы вопросов:*

- Если все мы сейчас поверим в то, что депрессия Саши связана с его детскими переживаниями, что произойдет? Будет ли из-за этого Саша чувствовать себя лучше или хуже? Как с отношением Саши к родителям? Изменится ли оно?
- Итак, вы думаете, что причина проблемы в том, что ваш муж пьет. Если бы это было именно так, помогло бы это при решении проблемы или только все ухудшило?

Подобно названиям, объяснения могут служить препятствием на пути разрешения проблем. Осуждающее объяснение разрушает сотрудничество и творческую деятельность, поскольку неизбежно вызывает у людей защитные или гневные реакции.

Чтобы избежать явления, которое может быть названо «западня обвинительных объяснений», можно намеренно полностью обходить вопрос о причине проблемы, а вместо этого фокусировать внимание на других темах, таких, как позитивные представления о будущем, прогресс или способы разрешения проблемы. Другая возможность — это разговор об объяснениях в ориентированном на решение ключе.

Когда необходимо так или иначе объяснить проблему, лучше отдавать предпочтение объяснениям, где отсутствует мысль о том, что данная проблема вызвана другой проблемой или расстройством, которое трудно разрешить или излечить. Вместо этого следует выбирать ориентированные на решение объяснения, позволяющие полагать, что проблема — это просто случайность или плохая привычка. Ориентированные на решение объяснения могут также быть основаны на предположении, что проблема выполняет функцию помощи человеку в достижении чего-то, научении его чему-то.

### Техника 2. «Формирование объяснений»

*Образцы вопросов:*

- Давайте придумаем творческое или шуточное объяснение того, почему существует эта проблема. Это может помочь нам подумать о новых типах решений. Есть ли у вас какие-нибудь предложения о совершенно ином типе объяснения?
- Представим себе — всего лишь на несколько минут, — что причиной ваших трудностей является не какая-либо эмоциональная проблема, а то, что у вас избыточная сексуальная энергия. Я знаю, что это может звучать несколько странно, но предположим, что в этом есть доля истины. Что бы вы сделали для решения этой проблемы?
- У меня интуитивное чувство, которое может показаться странным, но я хочу, чтобы вы подумали об этом, потому что у меня есть некоторые доказательства, подкрепляющие его. А именно: вы уже излечились от своей проблемы, но по той или иной причине пока не обнародовали это внутреннее изменение. Что вы скажете? Я не совсем ошибаюсь, да?
- Возможно, вы и правы, думая, что ее побег из дома с этим ее приятелем вызван тем, что она проходит трудную фазу независимости. Но возможно и другое: она посвятила себя тому, чтобы помочь этому мальчику снова встать на ноги. Это иногда бывает с молодыми женщинами. Это называется — «фаза социального работника». Что вы думаете? А если бы дело обстояло именно так, как бы вам следовало поступить?
- Предположим, ваша проблема — не психологическая, а больше связана с планированием в сфере призыва. Если бы это было так, вам была бы нужна не психотерапия, а что-то другое. Что бы это могло быть?

Никогда не следует оспаривать взгляды пациентов на причину проблемы, потому что обычно это заставляет их защищать свою позицию и тем самым еще больше укрепляет их в своем мнении. Поэтому новое объяснение должно выдвигаться в форме не более чем эксперимента или альтернативного взгляда на проблему. Другой вариант — это внести такое новое объяснение косвенно, в форме истории о ком-то другом с похожей проблемой.

Объяснения могут быть исследованы, но не в терминах

истинности, а в терминах их действенности. Это позволяет новым решениям появляться без необходимости одобрения этих объяснений со стороны пациентов. По опыту рациональные объяснения, полностью соответствующие современным психологическим теориям, зачастую менее полезны для выработки решений, чем необычные или даже неправдоподобные объяснения.

Конечно, не все объяснения радуют слух профессионала. Вот далеко не полный список того, как люди объясняют свои проблемы: наследственность, органическая патология, невезение, порча, звезды, карма, происки недругов, усталость, перенапряжение, дефекты внешности, темперамент, высокая (низкая) сексуальность, родительское воспитание (или его отсутствие), привычка, отсутствие времени, лень, одиночество, наказание за грехи, последствия стресса... Вредные объяснения обычно связаны с приписыванием себе или другому того или иного вида неустранимой патологии, генетического дефекта или культурно неприемлемой характеристики.

Иногда пациенты имеют очень твердые, вне всяких сомнений в правильности, убеждения относительно причин своих проблем. В таких ситуациях психотерапевт опирается на принцип «пациент всегда прав». Наивные и направленные на поиск объяснений вопросы — достаточно мягкий способ противопоставить объяснениям пациентов другие объяснения.

Для того чтобы объяснения были полезными, они не обязательно должны быть традиционными или благоразумными. Необыкновенные, богатые воображением объяснения (например, содержащие сексуальные нотки) — превосходные катализаторы для нахождения решений.

Всем психотерапевтам часто приходится предлагать идеи людям, которые отказываются их принять. Важно быть мягким, предлагая новые объяснения пациентам. Высказывая не одно, а несколько альтернативных объяснений, мы напоминаем пациентам (и себе) о важности держать разум открытым. Лучше рассказать человеку историю, чем инструктировать, что ему думать о причине проблемы. Такая история — приглашение стать партнером в поисках плодотворных объяснений. Рассказы из собственной жизни или из литературы, однажды увиденные случаи — пути предложения новых способов мышления. Истории оставляют пациентам «дверь открытой». Они могут сами решать, принять или отвергнуть различные объяснения, содержащиеся в истории.

### 3.5. ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В широком смысле «позитивной» можно назвать всю новую волну мировой психотерапии, но термин «позитивная психотерапия» был впервые использован немецким психотерапевтом (армянином по происхождению) Носсратом Пезешкианом в 1972 г. для собственной психотерапевтической концепции и стратегии, и этот термин следует использовать только применительно к его психотерапевтической концепции.

Основа ее — в рассмотрении человека как особой ценности. Патопсихологические симптомы трактуются как формы реакции адаптации (депрессия как реагирование на глубокие эмоциональные конфликты, фригидность как отказ при помощи тела). От терапевта требуется не устранение нарушения или отклонения, а стимулирование резервных возможностей пациента и его психологических способностей.

Позитивная психотерапия основывается на:

- позитивном подходе к пациенту и заболеванию;
- содержательной оценке конфликта;
- пятиэтапной терапии, в основе которой лежит самопомощь.

Позитивная интерпретация симптомов или всего заболевания нередко противопоставляется общепринятой, традиционной их интерпретации. С точки зрения позитивной психотерапии 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, и т. д.

Основной целью позитивной психотерапии является изменение точки зрения пациента на свою болезнь и как следствие — новые возможности в поисках резервов в борьбе с недугом. А так как позитивная психотерапия исходит из того, что в основе многих психических и психосоматических заболеваний лежит конфликт, то смена точек зрения на симптомы или синдромы позволяет терапевту (и пациенту) более дифференцированно подходить к конфликту. Иными словами, психотерапевт, определив, что депрессия — это прежде всего «способность человека глубоко, эмоционально реагировать на конфликт», далее будет заниматься не столько депрессией, сколько конфликтом, который стоит за этим синдромом.

В позитивной психотерапии для достижения этой цели широко используются притчи, поучительные истории, «психотерапевтические сказки». По сути дела, каждый психотерапевт, имея богатый жизненный опыт, так или иначе пользуется этим методом. Важно, чтобы рассказанная история была яркой, в чем-то сходной с конфликтом пациента. Но сходство это не должно быть чрезмерно конкретным, «лобовым», а со-прикасаться с конфликтом пациента как бы по касательной. Тогда эффект от рассказанной истории будет сильнее.

В основе концепции позитивной психотерапии лежит точка зрения, что каждый, без исключения, человек обладает двумя базовыми способностями: к познанию (когнитивность) и к любви (эмоциональность). Способность к познанию в свою очередь выражает рациональную, интеллектуальную суть человека (левое полушарие головного мозга), а способность любить — эмоциональную и душевную его суть (правое полушарие).

Способность к познанию означает способность учиться и учить. Из нее развиваются вторичные способности, такие, как пунктуальность, чистоплотность, аккуратность, послушание, вежливость, честность, открытость, верность, справедливость, трудолюбие, бережливость, обязательность, тщательность и добросовестность.

Способность к любви означает способность любить и быть любимым. 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 таким вторичным способностям, 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 являются актуальными, или психодинамически действующими. Они взаимосвязаны с такими категориями, как «Сверх-Я» и «Я-идеал», чувство самоценности и комплекс неполноценности, а также «желательным» и «нежелательным» поведением в поведенческой терапии.

Отмечено, что в Западной Европе, Америке больше выражена способность к познанию, в восточных странах — способ-

ность к любви. Межкультуральный подход проходит красной нитью через всю позитивную психотерапию, так как позволяет лучше понять структуру конфликта и поведения пациента. Очень часто то, что неприемлемо в странах с одной культурой и традициями (прием алкоголя, особенности половых взаимоотношений и т. п.), приемлемо в других. Это не означает, что одна культура хорошая, а другая плохая. Просто они разные, а поэтому и поведение пациента с позиции той или иной культуры может трактоваться по-разному.

Несмотря на все культурные и социальные различия и неповторимость каждого человека, мы можем наблюдать, что все люди при решении своих проблем прибегают к типичным формам переработки конфликтов. Если у нас есть проблема, мы сердимся, чувствуем себя перегруженными или непонятными, живем в постоянном напряжении или не видим никакого смысла в нашей жизни, то все эти трудности можно выразить в следующих четырех формах переработки конфликта, соответствующих четырем измерениям способности к познанию:

1. тело/ощущения;
2. деятельность/разум;
3. контакты/традиции;
4. будущее/фантазия.

Эти формы переработки конфликтов являются относительно широкими категориями, которые каждый наполняет своими личными представлениями, желаниями и конфликтами. Каждый человек развивает свои собственные предпочтения в преодолении возникающих конфликтов. При гипертрофии одной из форм переработки конфликтов другие отодвигаются на задний план. Какие из форм переработки конфликтов предпочтитаются, зависит в существенной степени от приобретенного опыта, прежде всего — полученного в детстве. Четыре формы реагирования моделируются в конкретной жизненной ситуации при участии конкретных концепций.

Расстройства сна, потеря аппетита, заболевания органов, раздражительность, бесконтрольный прием пищи, витальная депрессия, сексуальные расстройства, утомляемость, боли, адинамия, акустические и оптические галлюцинации, ипохондрические представления, а также нарушения восприятия и влечений и аффективные расстройства могут быть представлены как симптомы в сфере *тело/ощущения*.

Расстройства мышления и интеллекта, нарушения внима-

ния, памяти, трудности в принятии решения, склонность к рационализации, мечтательность, навязчивости, дереализация и т. д. относятся к разуму и вместе с тем к деятельности.

Фиксации, предрассудки, стереотипы, фанатизм, слабость суждений, боязнь правды, чувства ненависти и вины, маргинальность и односторонность связаны с традициями и, таким образом, с контактами. Безудержные фантазии, отстранение от действительности, суицидальные фантазии, сексуальные фантазии, опасения, навязчивые представления, бред отношения и преследования могут быть причислены к сфере будущего/фантазии.

**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 пунктуально-

сти и распределения времени. Пациенты с ревматическими болезнями проявляются преимущественно типичными проблемами вокруг 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.** Измерение этого имеет особое значение в индустриальном обществе. Сюда же относятся способы становления норм деятельности и их включения в концепцию «Я». 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 притворческих 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 устрашать, становиться могущественной, делая действительность непереносимой вследствие проекции собственных страхов. Так воображение смешивается с восприятием и ведет к симптомам, которые встречаются в 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 некоторыми 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, т. е. 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 макропсихотравмы (к примеру, смерть близкого человека, эмиграция, безработица или смена профиля работы) или формируется под воздействием постоянно действующих микропсихотравмирующих 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 *агgressии*.

Это взаимодействие считается центральной «точкой включения», где решается дальнейшее направление переработки конфликта.

В этих событиях принимает участие весь организм, в особенности гормональная и вегетативная нервная система. 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.

*Отношение к Я.* Оно во многом зависит от формы воспитания пациента. Деформированные формы воспитания (гипер- и гипопека) 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».

*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 высо-

ко оцениваются социальным окружением. К ним, например, можно отнести вежливость, честность, верность, обязательность, справедливость, добросовестность. Другие личностные особенности, такие, например, 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.

Модель позитивной психотерапии не стремится первично объяснить возникновение определенных конфликтов, а старается понять человека в его 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, ка-

кую 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 в каждом из них есть как отрицательные, так и положительные личностные качества.

Ситуативное одобрение — 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 «поче-

му» какого-то нарушения, страдания или испытания. Вы останетесь непонятными, 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.

### 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 харак-

- тер, 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 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 как индивидуумы и социальные факторы как определяющие условия 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 содержательным процессом такую концепцию, в рамках которой могут рационально применяться и дополнять друг друга различные методы и специальные направления (метатеоретические и метапрактические аспекты).

### **ТЕХНИКИ**

Данный раздел написан по материалам книги «Позитивная психотерапия и психосоматика» (Пезешкиан, 1996).

#### **Техника лечения, основанная на теории возникновения заболеваний**

Ядром терапевтического вмешательства в позитивной психотерапии является пятиэтапная стратегия лечения. Точка ее терапевтического приложения — актуальные и базовые способности.

### **Позитивный процесс**

Здесь делается попытка не упустить из внимания все возможности как расстройства, так и способностей. Так, например, зададимся вопросами: какие преимущества имеет застенчивость? Какие функции выполняют нарушения сна? Что значит для меня тот факт, что я боюсь или у меня депрессия?

И заболевания могут интерпретироваться позитивно:

*Агрессивность*: способность реагировать на что-либо спонтанно, эмоционально и расторможенно.

*Алкоголизм*: способность с помощью алкоголя временно сделать конфликт переносимым.

*Амбивалентность*: способность не принимать окончательного решения.

*Депрессия*: способность реагировать на конфликты с глубокой эмоциональностью.

*Застенчивость*: способность сдерживать себя и действовать по своему убеждению; если я не буду подвергать себя опасности, то мне нечего будет бояться быть задетым.

*Инфаркт миокарда*: способность принимать близко к сердцу нагрузки и факторы риска.

*Клептомания*: способность находить что-то прежде, чем другой это потеряет.

*Лень*: способность избегать требований достижения.

*Мазохизм*: способность дать возможность партнеру наслаждаться.

*Мания*: способность испытывать «море по колено», себя самого ощущать всемогущим и не обращать внимания на мелочи жизни.

*Нарушение потенции*: способность отстраниться от конфликтной сферы сексуальности.

*Нарциссизм*: способность любить самого себя и переживать свои собственные мнимые слабости позитивно.

*Невроз навязчивых состояний*: способность осуществлять что-либо с чрезвычайной точностью, добросовестностью, пунктуальностью и последовательностью.

*Нервная анорексия*: способность обходиться малыми средствами. Способность разделить тяготы мирового голода.

*Ночное недержание мочи*: способность плакать нижней половиной тела.

*Ожирение*: способность доставлять удовольствие и восполнять дефицит внимания при помощи еды. Акцентирована

ние ощущений, таких, как вкус, эстетика блюд, широта взглядов в отношении продуктов питания.

*Паранойя:* способность видеть себя центром мира и его тайных сил.

*Преждевременная эякуляция:* способность быстро достигать цели.

*Психосоматические симптомы:* способность языком органов говорить о том, что в данный момент нет других средств справиться с конфликтом.

*Распущенность:* способность игнорировать принятые нормы или противостоять им.

*Ревность:* способность любить без того, чтобы своим поведением заслуживать любовь к себе.

*Садизм:* способность принимать активную роль.

*Страх одиночества:* потребность быть в обществе других людей.

*Стресс:* способность и приспособление организма к новой ситуации могут в этом смысле быть названы стрессом.

*Упрямство:* способность сказать «нет».

*Фиксация:* способность придерживаться твердых установок поведения.

*Фригидность:* способность сказать «нет» своим телом.

*Шизофрения:* способность отделить невыносимые сферы своего Я и заменить неудовлетворяющий окружающий мир фантастическим внутренним миром.

*Экзистенциальная тревога:* способность готовиться к будущему и не поддаваться иллюзии безопасности.

### ***Содержательный процесс***

Зачастую к заболеваниям ведут не большие события, а постоянно повторяющиеся маленькие душевые травмы, которые в конце концов формируют характер, особенно восприимчивый к отдельным конфликтам.

Следующие вопросы облегчают фокальный доступ к актуальному конфликту, например:

1. Как вы реагируете, если ваш партнер опаздывает на встречу с вами; если он не делает того, что вы считаете правильным и важным?
2. Что вы делаете, если кто-нибудь из окружающих оклеветал вас?
3. Как вы поступаете, если кто-то распространяет вокруг

себя невыносимый запах или если вы вынуждены вести длительную беседу с человеком, у которого очень не- приятно пахнет изо рта?

4. Что вы чувствуете, если к вам отнеслись несправедливо или предпочли вам другого?
5. Что вы чувствуете, когда замечаете, что вас обманывают, или когда ваш партнер изменяет вам?
6. Что вы ощущаете, когда вам предстоит экзамен?

Если не просто прочесть эти вопросы, а прислушаться к тем ощущениям и мыслям, которые они вызывают, можно заметить, что в них содержатся актуальные способности, вызывающие сильные эмоции.

Описанный здесь подход предлагает проводить опрос пациентов, направленный на выявление их готовности к конфликту. В то время как одни очень высоко ценят *усердие/деятельность* или *бережливость*, другие обращают внимание на *аккуратность, пунктуальность, контакты, справедливость, вежливость, честность* и т. д. Каждая из этих норм, в свою очередь, обладает своим собственным ситуативным, групповым, общественным значением.

### ***Ориентация целей***

Эта ориентация сопутствует изменениям установок и поведения, помогает преодолеть невротические навязчивости и способствует более адекватному решению конфликта *учтивость — прямота*. Это облегчает человеку доступ к его потенциальному самопомощи и позволяет разорвать круг возникновения психосоматозов.

Описанная модель не ограничивается внутриструктуральным процессом, она стремится, помимо телесных и интрапсихических, затронуть также семейные и общественные условия. Критерием для этого являются ресурсы, которые удается мобилизовать для терапевтической ситуации, локализация фокуса конфликта и потенциалы терапевтического преодоления конфликта, на которые можно рассчитывать.

### **Техника «Пять этапов позитивной психотерапии»**

Пятиэтапная позитивная психотерапия является терапевтической стратегией, лечебные аспекты которой взаимосвязаны с семейной терапией и самопомощью.

Пять этапов содержатся в любых межличностных отношениях. В них реализуется способность слушать (*наблюдение/восприятие*), ставить целенаправленные вопросы (*инвентаризация*), мотивированно соглашаться с вербально и невербально воспринятым (*ситуативное ободрение*), целенаправленно определить проблему (*вербализация*) и, наконец, поддерживая отношения, направить взгляд на другие цели или точки зрения (*расширение системы целей*).

Уже первое интервью охватывает два этапа дифференциально-аналитического процесса: наблюдение/дистанцирование и инвентаризацию. Однако эти этапы прежде всего касаются терапевта: они обеспечивают ему полный обзор конфликтной ситуации пациента. Процесс, в который включается здесь терапевт, захватывает затем и пациента. Он учится при помощи наблюдения/дистанцирования узнавать конкретные условия своего конфликта и в дальнейшем при инвентаризации получать доступ к менее конфликтным личностным сферам. Это формирует многонаправленное терапевтическое отношение, в котором участвуют терапевт, пациент и окружающий мир в качестве равноправных партнеров психосоциотерапии.

### *Этап 1: наблюдение и дистанцирование*

*Терапевтические акценты:* развитие способности слушать и воспринимать. Как участники конфликта, члены семьи пациента, как правило, потеряли дистанцию от своих противоречий. Это способствует развитию невротических и психосоматических расстройств. Участники конфликта ведут себя точно так же, как и тот, кто стоит перед картиной, почти уткнувшись в нее носом: он видит лишь маленькую часть, зато очень четко. В каком содержательном и цветовом сочетании находится эта часть, он не видит. Он потерял из виду картину как целое и вместе с этим ее смысл.

*Симптоматика, факторы, способствующие проявлению симптомов, и их первое возникновение.* Терапевт устанавливает отношения с пациентом и, при известных обстоятельствах, с его семьей. Он уделяет им время, приглашает на беседу, наблюдает ситуацию, которая представляется ему при встрече, и выслушивает их. Наряду с этим он структурирует эту информацию и выясняет собственные чувства, которые возникают у него в ответ на высказывания пациента.

Необходимо стараться использовать все доступные источники, которые дают ситуативную и анамнестическую информацию о представленных симптомах и сопутствующем им поведении. При наблюдении внутри терапевтической ситуации происходит нечто очень важное: каждый член семейной группы получает сначала возможность представить себя сам, не ожидая при этом негативной реакции или даже наказания со стороны терапевта.

*Позитивное толкование:* параллельно с выяснением симптоматики терапевт дает (сначала для себя) общую позитивную переинтерпретацию имеющегося расстройства. Она должна учитывать, какое значение имеет болезнь для пациента и его семьи. Этот процесс помогает терапевту дистанцироваться от своих собственных восприятия и модели мышления; вместе с тем он позволяет избежать повторения невротической концепции пациента. Терапевт в подходящей ситуации сообщает результаты своего мысленного эксперимента пациенту и его семье. Впоследствии он дает то толкование, которое обеспечивает эффективное изменение точки зрения. Успех этого процесса, разумеется, не должен приводить к соблазну нетерпеливо выделить позитивную переинтерпретацию из ее живых связей, так как при таких обстоятельствах она может быть воспринята как циничная насмешка (терапевт может при возникающих здесь трудностях отрефлексировать свои собственные проблемы с четырьмя измерениями идеалов).

Позитивный процесс приводит к новым исходным ситуациям, которые могут основательно изменить устои семьи. Одновременно с этим происходит нечто большее: семья учится преодолевать свои конфликты иными способами и отказываться от патологических фиксаций. Это первый шаг к самопомощи. На практике это выглядит следующим образом: терапевт спрашивает о том значении, какое имеет симптом для человека и его социальной группы, выделяя при этом также «позитивную» сторону: «Какие преимущества создает заторможенность? Какие функции выполняют нарушения сна? Что значит для меня тот факт, что я боюсь?» и т. д. Таким образом, здесь выделяются два аспекта: переинтерпретация симптома и подход к способностям пациента.

*Транскультурный подход.* Терапевт спрашивает о том, как одно и то же нарушение или заболевание воспринимается и

оценивается в различных культурных традициях, как другие люди той же культуры, что и пациент, и его семья преодолевают эти состояния и какое особое значение имеют для них конфликты и каково их содержание. Эта относительность понимания болезни важна, помимо прочего, и для семейной динамики. В этом содержится определенная функция болезни: она вносит существенный вклад в отношения между членами семьи. При этом психический, психосоматический, психотический или соматический характер болезни имеет второстепенное значение.

**Поговорки.** Богатый арсенал для мобилизации ресурсов пациента — притчи и народная мудрость, которые терапевт может предлагать как контрконцепции: здесь покидается улица с односторонним движением в коммуникативной структуре пациент — терапевт.

В межличностных отношениях, так же как и в переживаниях и душевной переработке, при размышлении о притчах начинаются процессы, которые описываются как «функции» этих историй: функция зеркала, функция модели, медиаторная функция, депонирование, истории как носители традиций, как межкультурные посредники, как помощь в регрессии, как контрконцепции, как побуждение к изменению точки зрения. Притчи применяются в позитивной терапии не произвольно, а целенаправленно в рамках пятиэтапного лечения.

За время от 1 до 4 недель следует расставить акценты на привязанности и позитивной переинтерпретации. Этому помогут следующие мероприятия.

**Наблюдение:** понаблюдайте поведение вашего партнера. Запишите, на что вы сердитесь и чему вы радуетесь. Опишите эти ситуации точнее.

Вспомогательные вопросы:

- По отношению к кому и когда вы ощущаете раздражение и подавленность?
- Когда вы радуетесь и ощущаете себя счастливым?
- Что вам нравится в вашем партнере, что нет?
- Что привлекло вас друг в друге и что еще держит вас вместе?

Генерализованное неприятное ощущение сводится в один постижимый гештальт, который позволяет увидеть новые ас-

пекты и включить в поле семейных взаимоотношений процесс переучивания.

Записи выполняют при этом вентильную функцию: пациент, занимаясь своим конфликтом, тем не менее не усиливает этим внешнюю конфликтную ситуацию.

*Отказаться от критики:* наблюдая за вашим партнером, не критикуйте его. Место критики занимает наблюдение за партнером, который уделяет вам недостаточно внимания, педантичен, невежлив и т. д. При помощи дистанцированного наблюдения и отказа от критики конфликт будет осознан. Противоположная сторона его уже с этого момента будет восприниматься с другой точки зрения. Для пациента, решившего сделать этот шаг к самопомощи, стадия наблюдения/дистанцирования требует времени, которое нужно уделить партнеру, и терпения, чтобы принимать его таким, каков он есть.

*Решать проблемы вместе с партнером:* проблемы — это личное дело. Не обсуждайте их с третьими лицами. Вместо того чтобы говорить о страхах, агрессии и депрессиях, заметьте те обстоятельства, при которых они возникают. Еще лучше: отметьте, при каких обстоятельствах не появляются проблемы.

*Есть-ценность и Должно-ценность.* Очертите ваши конфликты с позиций Есть-ценности и Должно-ценности. Исследуйте альтернативное поведение. Процесс переучивания обычно затруднителен потому, что участники конфликта не видят ничего, кроме него. Их реакции на конфликты кажутся предопределенными судьбой. Теперь необходимо, чтобы пациенты самостоятельно вырабатывали альтернативные установки и образ действий. Пациент коротко представляет создавшуюся конфликтную ситуацию. Есть-ценность воспроизводит его реакцию и включает задействованные концепции пациента. Должно-ценность описывает контрконцепцию, которая кажется пациенту подходящей.

*Переносить беспокойство:* многие люди боятся посмотреть в глаза своим проблемам и конфликтам. Поэтому они ощущают себя неуверенно, обеспокоенно и страдают, когда не могут этого избежать. Однако позитивная терапия предполагает именно такую конфронтацию. Это похоже на ощущения у зубного врача, когда он сверлит пораженный кариесом большой зуб. Этого усиления боли почти невозможно избежать. Но затем зубной врач ставит пломбу и закрывает образовав-

шееся дупло. Боли прекращаются. В аналогичной ситуации находится семья, которая решается на семейную терапию. Ее члены страдают. Но вмешательство терапевта обещает не мгновенное устранение неприятностей, а, наоборот, преходящее усиление беспокойства. Это, однако, не следствие терапевтической ошибки, но важный шаг в лечении и лучшее доказательство того, что затронута центральная болевая точка.

## Этап 2: инвентаризация

*Терапевтические акценты:* развитие способности целенаправленно ставить вопросы. Пациенту коротко представляются 4 формы переработки конфликтов, которые в то же время играют важную роль при их возникновении. В данной ситуации его спрашивают: «Что произошло с вами, вашей семьей и вашим окружением в этих областях в последние пять лет? Как перерабатывались проблемы?» При этом терапевт принимает во внимание время возникновения симптомов или их прогрессирования. Кроме того, пациента информируют о значении микротравм согласно девизу «Капля камень точит».

*Механизмы реакции на конфликты:* какое влияние оказывают проблемы и заболевания на состояние общего благополучия, профессиональную деятельность партнера, семью и другие межличностные отношения, планы на будущее? Какое значение имеют тело и здоровье, профессия и работа, социальные контакты, общественные события, вопросы о смысле и планах на будущее для пациента и его семьи?

*Модели для подражания:* «путешествие в прошлое», или корни конфликтов: отношения с отцом, матерью, братьями, сестрами и другими значимыми лицами в детстве; идеал родителей, брак родителей, контакты с внешним миром, «жизненная философия» родителей, семейные девизы, обычаи.

*Актуальные способности:* какие конфликты оказывают микротравматическое воздействие? Задерживались ли способности в своем развитии, пренебрегали ими или они сформированы односторонне? Какое влияние оказывает это в психодинамическом, семейном и социальном аспектах?

Задача терапевта — прояснить содержание конфликта и его динамику во всех трех аспектах. Например, с пациенткой, страдающей анорексией (сфера «тело/ощущения»), при по-

мощи позитивной интерпретации (например, «способность разделить тяготы мирового голода»), транскультурного сравнения, поговорок и притч исследуются актуальные способности, которые содержательно связаны с симптомом (например, неверность партнера), как она на это реагирует (механизмы реакции на конфликты) и когда она обучилась этому способу реагирования (измерения идеалов). Результаты представляются с точки зрения пациента в присутствии партнера также и с его точки зрения: что означает, например, болезнь жены для партнера, какое влияние оказывает это на профессиональную деятельность, контакты и перспективы на будущее для других? Какое значение имеет «верность» или «неверность» для партнера и какие стереотипы (измерение идеалов) наблюдаются у него? На этой основе происходит анализ конфликта, который способствует пониманию существенных конфликтных потенциалов в этих партнерских отношениях как для терапевта, так и для самих партнеров, независимо от того, существует второй участник конфликта или нет. Этим обеспечивается начало терапевтической работы.

*Сфера переработки конфликтов.* Напишите, в каких сферах у вас возникают проблемы? Как ваш партнер преодолевает свои проблемы?

*Четыре модели для подражания:* кто был вашим кумиром? Какие отношения были у родителей к вам и между собой? Как ваши родители относились к другим людям и социальным группам? Как они относились к вопросам религии и мировоззрения? Как вам представляются четыре измерения идеалов для вашего партнера?

*Актуальные способности:* заполните дифференциально-аналитический опросник в отношении себя и других участников конфликта. Опишите как пояснение к вашим ответам соответствующие ситуации. На основании этого перечня актуальных способностей мы устанавливаем, в каких поведенческих сферах пациент и его партнер обладают позитивными, а в каких негативными качествами.

*Инструкция к опроснику:* «Случаются ли у вас конфликты в сфере пунктуальности (аккуратности и т. д.)? Кто из вас — вы или ваш партнер — придает больше значения пунктуальности (аккуратности и т. д.)?» Возможны различные модификации инструкций в зависимости от конкретного случая.

**Дифференциально-аналитический  
опросник (краткая форма)**

<b>Актуальные способности</b>	<b>Пациент</b>	<b>Партнер</b>	<b>Спонтанные комментарии</b>
Пунктуальность			
Чистоплотность			
Аккуратность			
Послушание			
Вежливость			
Искренность /честность			
Верность			
Справедливость			
Трудолюбие /деятельность			
Бережливость			
Надежность/точность			
Любовь			
Терпение			
Доверие / надежда			
Контакты			
Секс/сексуальность			
Вера/религия			

Отмечаются отдельные поведенческие сферы таким образом, что (++) обозначает наивысшую субъективную оценку какой-либо категории, (— — —) обозначает низшую оценку («Вообще не придает этому никакого значения...»); (+) свидетельствует об индифферентности по отношению к определенной поведенческой сфере; (++) , (+), (—) и (— —) отражают степени субъективного значения. Вторая графа воспроизводит самооценку пациентом его актуальных способностей. Третья графа отражает оценку пациентом качеств партнера; помимо этого, могут быть введены и дополнительные графы для значимых других. Последняя графа содержит спонтанные комментарии.

### *Концепции:*

- Какие девизы или принципы были популярны в вашем доме?
- Какая концепция преобладает сегодня?
- Каковы концепции вашего партнера?
- Кто ваш любимый писатель?
- Какие из его высказываний приходят вам в голову и что они для вас означают?
- У кого вы лечились до настоящего времени?
- Как вы, ваш партнер, ваши родители, лечившие вас врачи относились к психотерапии?

### *Разногласия и анализ взаимодействия:*

- В каких областях вы и ваш партнер имеете различные взгляды, которые приводят к возникновению конфликта?
- На какой из стадий (привязанность, дифференциация, отделение) ощущаете вы себя, на какой — вашего партнера?

### *Этап 3: ситуативное ободрение*

*Терапевтические акценты:* развитие способности выделять малоконфликтные составляющие и позитивные аспекты симптоматики. Какие позитивные аспекты имели эти события для вас и вашего окружения? Как вы преодолевали предшествовавшие события и проблемы?

Делая акцент на тех моментах, которые мы переживаем как позитивные и вдохновляющие, нам становится легче считаться с теми моментами, которые мы воспринимаем как неприятные и негативные. Кратко говоря, это и есть основной принцип ситуативного ободрения в позитивной психотерапии. Если партнер или семья постоянно сталкиваются с конфликтами и проблемами, то ситуация зачастую накаляется до такой степени, что она становится неконтролируемой. Если же терапевт заинтересуется тем, что объединяет семью, несмотря ни на что, то он ободрит членов семьи, способствуя восстановлению уже давно ушедших в прошлое позитивных отношений. Тем самым терапевт создает общий базис, на котором семейные конфликты могут конструктивно преодолеваться, даже если ситуация в конце концов решится разводом или расставанием.

## Этап 4: вербализация

*Терапевтические акценты:* развитие способности целенаправленно обращаться к не пережитым до конца событиям и конфликтам.

Какие проблемы еще открыты для вас, какие две-три должны быть решены в ближайшие месяц-полтора? При помощи техник позитивной психотерапии конкретизируются те конфликты, которые до сих пор оставались невысказанными или неосознанными, и (по возможности совместно со всеми участниками конфликта) вырабатывается стратегия поведения. Мы спрашиваем конкретно: по отношению к кому и как часто возникают конфликты в данной области? Как и когда они проявляются? Каких актуальных способностей они касаются («Какое отношение это имеет к справедливости, бережливости» и т. д.)?

В то время как на предыдущих этапах мы создавали ситуативные предпосылки, старались расшатать застывшие позиции и поощряли способность к пониманию, теперь начинается непосредственное семейное обсуждение: у каждого расширился собственный базис, и каждый приобрел при помощи техник позитивной психотерапии тот язык, которому он доверяет решать конфликты, вместо того чтобы просто пассивно терпеть их. Тот искаженный язык, который или полностью исключает чувства, или состоит лишь из стереотипов, знаменует нарушение межличностных отношений.

Чтобы построить доверительные отношения, пациент учится усиливать отдельные положительные качества своего партнера и принимать во внимание связанные с ними свои критически выраженные качества.

*Относительность ценностей:* каждый человек обладает положительными и отрицательными качествами. Что является позитивным или негативным, не установлено абсолютно, а зависит от концепций, которые для вас определяют масштаб. То, что вы считаете негативным, ваш партнер может не воспринимать как негативное. Спросите себя, какие ваши ожидания и установки соответствуют критическому поведению — вашему и вашего партнера. Критические элементы поведения вы можете установить при помощи техник позитивной психотерапии.

*Ситуативное ободрение:* не критикуйте вашего партнера. Поощряйте его позитивное поведение в течение одной-двух

недель (содержательно, коротко и сразу). Этим вы способствуете развитию базиса доверия в вашем партнерстве. Будет недостаточно сказать: «Ты приятный человек» или «У тебя красивые глаза». Скорее подойдет усиление конкретного поведения или актуальной концепции.

*Парадоксальное ободрение:* поощряйте своего партнера и при его критическом поведении. Поиските позитивные аспекты, которые имеют его «ошибки» для вас и для него. Этим вы измените свою точку зрения. Если вы до сих пор прежде всего замечали неаккуратность вашего ребенка, то теперь вам откроются и позитивные стороны его неаккуратности: его собственный вид порядка и творческий подход к нему.

*Преодолевать сопротивление:* у вас может возникнуть вопрос: почему я должен ободрять партнера, с которым у меня конфликт, который меня злит и которого я охотнее бы наказал (*справедливость*)? Постарайтесь найти ответ на этот вопрос.

*Психосыворотка:* займитесь аутогенной тренировкой, прогрессивной релаксацией или другими релаксационными методами. Если вы прекрасно чувствуете себя в расслабленном состоянии, представьте себе образно позитивные аспекты критического поведения. Пример: «Моя депрессия — это часть моего освобождения (моей разгрузки). Когда я чувствую себя подавленно, я позволяю упасть всем моим обязанностям, всему напряжению и даже себе самой. Моя депрессия — это противовес моей потребности быть все время лучшей и достигать все время наибольшего».

*Притчи как психосыворотка:* большая часть концепций и контрконцепций нашла отражение в поговорках и притчах. Их преимуществом является пластичное, живое слово, в которых проблемы и нерешенные конфликты конкретизируются и вербализуются. Представьте себе ваши концепции и контрконцепции в форме притч и поговорок. «Мы не подходим друг другу, мы совсем разные люди» (концепция) — «Гусь свинье не товарищ». «Общее приносит нам успокоение. Противоречия делают нас продуктивными» (контрконцепция) — «В спорах рождается истина».

**Проведение партнерской, семейной или профессиональной группы.**

*Начните беседу* с того, что партнер предъявляет свою проблему и пожелания. Слушайте внимательно, будьте вежливы. Спросите себя и вашего партнера, какое значение имеет для

него проблема, с какого времени она существует и как он ее преодолевает. Прежде чем давать совет, попробуйте познакомиться с его концепцией и помочь ему познать свою собственную концепцию самому. Если он, например, употребляет алкоголь, что это значит для него?

*Будьте искренним:* конкретизируйте для вашего партнера свою собственную проблему.

- Как вы относитесь к ней?
- Какое значение имеет для вас конфликт?
- Чего вы хотите этим достичь?
- Какова ваша болезненная точка?

*Ищите возможности решения:* для возникающих проблем ведется совместный поиск возможностей их преодоления. И вам самим, и вашему партнеру понадобится время, чтобы изменить точку зрения. Вы обладаете своей собственной волей. Свою личную волю имеет и ваш партнер. Если вы честно сказали, что считаете правильным, его делом будет извлечь что-то из этого. То же самое относится и к вам.

*Правила беседы:* участники обязуются сохранять в тайне содержание разговора. Не забывайте, что неуважение по отношению к вам и вашему партнеру повредит больше, чем открытый разговор в подходящий момент. Неуважение — это несправедливость по отношению к партнеру. Надо не упражняться в критике, а вовремя сказать, как можно сделать лучше.

*Семейная группа:* все члены семьи регулярно собираются в условленное время. Это может происходить и один раз в неделю, и только в особых случаях.

*Разделение обязанностей и обмен ролями:* один из членов группы принимает на себя на некоторое время обязанности и ролевые функции, которые до сих пор выполнял другой член группы. Так, например, отец становится домохозяйкой, мать берет ответственность за планирование семейного бюджета, которая обычно лежит на главе семьи, дети выполняют те обязанности, которые постоянно свойственны родителям, например ведение хозяйства, планирование, советы.

## Этап 5: расширение системы целей

Развитие способности вкладывать энергию не только в проблемы, но и в другие жизненные сферы.

- Что бы вы сделали, если бы у вас больше не стало проблем?

- О чем вы мечтаете?
- Чему бы вы могли научиться у людей, которые ведут себя иначе, чем вы?

Умный торговец не станет вкладывать весь свой капитал в один-единственный проект. Он вложит его в различные проекты. Нарушенные коммуникации обычно приводят к ограничению контактов. Партнера наказывают тем, что ему что-то запрещают или отстраняются от него. Следствием этого становится охлаждение или отчуждение в межличностных отношениях. Этот процесс называется служением цели. Основным принципом расширения цели является осознание того, что наши партнеры обладают еще целым рядом возможностей, помимо тех областей, которые в настоящий момент конфликтны. Основой для расширения цели служит контрконцепция, или концепция расширения. Уже сама по себе каждая встреча с партнером, который представляет иные концепции, является по крайней мере потенциальным расширением цели: что бы вы сделали, если бы у вас не стало проблем? О чем вы мечтаете? Что бы вы хотели сделать, если бы вы однажды смогли позволить себе стать неразумным? Чему вы можете научиться у других людей, которые ведут себя иначе, чем вы?

Цели и пожелания на ближайшие 5 лет, 5 месяцев, 5 дней исследуются и разрабатываются в соответствии с четырьмя сферами переработки конфликта.

*Расширение системы целей:* расширьте ваши цели в сфере актуальных способностей: к каким актуальным способностям вы до сих пор относились излишне строго? Осваивайте новые для себя возможности в преодолении конфликтов: какие сферы были до настоящего времени вовлечены недостаточно? Какие формы отношений вы считаете перспективными для себя и вашего партнера (четыре измерения идеалов)?

Семейная группа, родительская группа, партнерская группа и обмен ролями по-прежнему продолжаются. Однако здесь они служат уже не только преодолению проблем, но и открытию новых возможностей и целей на будущее.

*Партнер не принимает участия:* что вы будете делать, если партнер не сотрудничает с вами? Не забывайте о том, что вы имеете свои интересы. Вы живете не только для других, но и для себя. Зачастую партнеру требуется время, чтобы последовать вашему примеру. Задайте себе вопрос: почему мой партнер не хочет сотрудничать? При этом наверняка обнаружатся

признаки недопонимания: мой партнер не хочет сотрудничать, потому что чувствует себя застигнутым врасплох, или он нашел другой путь, который трудно принять мне, и т. п.

Пятиэтапная модель не является жесткой схемой, в которую нужно втиснуть живого пациента и его семью. Отдельные этапы не надстраиваются друг над другом статично, а взаимосвязаны друг с другом динамичными изменяющимися отношениями. Таковы наблюдаемые, отличительные, ободряющие, вербализуемые и расширяющие цели моменты терапевтического процесса, которые в соответствующей ситуации могут стать залогом успешного лечения. Кроме того, каждая встреча имеет структуру пяти этапов. Это относится прежде всего к первой семейно-терапевтической беседе, в процессе которой могут быть сообщены решающие импульсы для активизации самопомощи. Этим уже достигается существенная терапевтическая цель: семья сообща работает на основе пяти этапов в русле самопомощи. Терапевт больше не является «ведущим» семейной группы, а лишь «советником». Терапия, таким образом, часто завершается уже после первой беседы. То, что продолжается, это уже самопомощь, а она длится всю жизнь.

## Общий опросник «Сфера переработки конфликтов»

Ф. И. О. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

### Тело/ощущения: вопросы к первой сфере переработки конфликтов

1. Какие физические недуги вас беспокоят, к каким органам относятся ваши жалобы?
2. Как вы расцениваете ваш внешний вид?
3. Воспринимаете ли вы свое тело как врага или как друга?
4. Важно ли для вас, чтобы ваш партнер хорошо выглядел?
5. Какой из пяти органов чувств для вас особенно значим?
6. Какие микротравмы (актуальные способности) играют роль для возникновения гнева, страха или радости? По какому органу ударяет вас страх?
7. Как реагирует ваш партнер (ваша семья), когда вы больны?  
Как вы ведете себя, когда болен ваш партнер?
8. Много или мало времени нужно вам для сна?
9. Задумываетесь ли вы перед сном о прошедшем и наступающем дне?

10. Какое влияние оказывают заболевания на ваше восприятие жизни и ваше отношение к будущему?
11. Довольны ли вы своей сексуальной жизнью?
12. Уделяет ли кто-нибудь в вашей семье большое внимание хорошему внешнему виду, занятиям спортом и физическому здоровью? Занимаетесь ли вы и ваш партнер спортом?
13. Кто был с вами нежен, целовал и ласкал вас, когда вы были ребенком?
14. Какое значение имеет для вас нежность сегодня? Ощущаете ли вы недостаток нежности?
15. Придавалось ли в вашем доме большое значение вкусной и полноценной пище?
16. Какое значение имеет для вас курение? Как вы реагируете, когда ваш партнер курит? Можете ли вы открыто высказать свое мнение?
17. Какое значение имеет алкоголь для вас, вашего партнера и вашей семьи?
18. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, какой эффект и какие побочные действия возможны?
19. Какое значение имеют для вас и вашей семьи лекарства?
20. Как реагировали ваши родители, когда вы играли со своим собственным телом (например, сосание пальцев, мастурбация)?
21. Как вас наказывали (били, ругали, лишали еды, лишили нежности и ласки и т. д.)?

### **Профессия/деятельность: вопросы ко второй сфере переработки конфликтов**

1. Довольны ли вы своей профессией? Чем бы вы охотно хотели заниматься? Какая деятельность дается вам с трудом? Какие актуальные способности задействованы?
2. Важно ли для вас всегда добиваться успеха в вашей деятельности?
3. В чем заключаются ваши главные интересы (физическая, интеллектуальная, художественная деятельность, руководящая работа и т. д.)?
4. Когда вы судите о человеке, насколько важны для вас его интеллигентность и социальный престиж?
5. Нормально ли вы чувствуете себя, когда вам вдруг нечего делать?

6. Легко ли вам признавать достижения других (партнера, детей, коллег)?
7. Придавали ли ваши родители особое значение трудолюбию и деятельности? Говорили ли вам ваши родители, *почему* вы что-то должны делать? Хвалили ли вас за успехи и как? Наказывали ли вас, если вы делали ошибки?

8. Какие переживания типичны для ваших школьных лет?

### **Контакты: вопросы к третьей сфере переработки конфликтов**

1. Считаете ли вы себя общительным?
2. Как вы чувствуете себя в многолюдном обществе?
3. С какими людьми вам легко или трудно установить контакт?
4. Что, как правило, является для вас поводом отказаться от приглашения гостей: не хватает времени; прием стоит денег; некоторых гостей приходится долго ждать; считаете, что не можете достаточно хорошо встретить гостей (нечего предложить из еды); вы устали от работы и хотите, наконец, отдохнуть. .
5. Как часто вы улыбаетесь своим коллегам по работе?
6. Как часто вы ходите в кино, с кем?
7. Как часто вы бываете у родителей, братьев и сестер, родственников и друзей или же приглашаете их к себе? Каковы ваши отношения и отношения вашего партнера со своими родителями и родителями партнера?
8. Обращаете ли вы особое внимание на то, что скажут или могут подумать «люди»? Каких актуальных способностей это касается (например, бережливость, аккуратность)?
9. Кто из вас, вы или ваш партнер, более общителен?
10. Кто из ваших родителей был более общительным?
11. Когда к вашим родителям приходили гости, разрешалось ли вам присутствовать и участвовать в разговорах?
12. Когда вы были ребенком, у вас было много друзей или вы были изолированы?
13. К кому вы могли или можете обратиться, когда у вас были или есть проблемы и желания?
14. Особо ли ценили ваши родители хорошие манеры и вежливость?

### **Фантазии/будущее: вопросы к четвертой сфере переработки конфликтов**

1. Часто ли возникают у вас и/или у вашего партнера хорошие идеи? Кто из вас уделяет больше внимания фантазии? Считаете ли вы себя пессимистом или оптимистом?

2. Как часто вы и ваш партнер смеетесь? Когда вы в последний раз плакали?
3. Чему посвящены ваши фантазии: телу (пища, сексуальность, сон, спорт, уход за телом), профессии (успехи, неудачи), общению с другими людьми, будущему (желание, утопии, мировоззрение, религия)?
4. Охотно ли вы предаетесь воспоминаниям? Задумываетесь ли вы о будущем? Охотно ли вы читаете фантастику?
5. Какие качества вашего партнера имеют наибольшее значение в ваших фантазиях? Какие актуальные способности значимы?
6. Задумываетесь ли вы иногда, какой бы могла быть жизнь с другим партнером, что бы было, если бы у вас была другая профессия?
7. Если бы вы на неделю могли поменяться местами с кем-нибудь, с кем бы вы поменялись? Почему? Если бы вы на один день стали невидимы, как бы вы использовали это время?
8. Как вы относитесь к искусству (живопись, музыка, литература)? Рисуете ли вы сами? Что вы изображаете на своих картинах?
9. Кто из ваших родителей уделял больше внимания религиозным и мировоззренческим вопросам? Разделяли ли ваши родители одно мнение в этих вопросах? Были ли у ваших родителей трудности во взаимоотношениях с их окружением, связанные с их религиозными или мировоззренческими позициями?
10. Кто из ваших родителей молился? Кто молился вместе с вами? Кто интересовался такими вопросами, как жизнь после смерти, смысл бытия, сущность Бога и т. д.? Какое значение имеют эти вопросы для вас?
11. Какое представление имели вы, будучи ребенком, о религиозных и общественно-политических событиях? Какое влияние оказывают ваши религиозная и мировоззренческая позиции на воспитание детей, выбор партнера и отношение к окружающим людям?
12. Какова была цель жизни ваших родителей? Какова ваша цель?
13. Как вы относитесь к представителям другой веры и других мировоззренческих убеждений?

14. Верите ли вы в жизнь после смерти? Если да, как вы ее себе представляете? Как часто вы ходите на кладбище?
15. Что бы вы сделали, если бы у вас не стало проблем? Как бы вы стали тогда жить? Каковы ваши цели на ближайшие 3–5 лет (месяцев, недель, дней)?

## 3.6. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Гештальт-терапия (нем. *Gestalt* — форма, образ, структура) традиционно рассматривается как один из эффективных методов терапии в работе с широким спектром интрапсихических и межличностных конфликтов. Благодаря целостному взгляду на человека, предполагающему единство его психологического, биологического и социального существования, ее парадигма оказывается весьма продуктивной для понимания и терапии психосоматических расстройств.

Целью терапевтической работы является снятие блокировки и стимулирование процесса развития человека, реализация его возможностей и устремлений за счет создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор. Ключевым аспектом терапевтического процесса является осознание и переживание контакта с самим собой и окружением. Внимание и активность терапевта концентрируются на том, чтобы помочь пациенту в расширении и обогащении осознания и способности переживания своего контакта с окружающим и внутренним миром. Много внимания уделяется повышению осознавания различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом. Также важно раскрытие их значений и функций в настоящее время.

К основным понятиям гештальт-терапии относятся: фигура и фон, осознание и сосредоточение на настоящем, полярности, защитные функции и зрелость.

В основе всех нарушений лежит ограничение способности индивида к поддержанию оптимального равновесия со

средой, нарушение процесса саморегуляции организма. Описывается пять наиболее часто встречающихся форм нарушения взаимодействия между индивидом и его окружением, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития, оказывается рассеянной или ошибочно направленной: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и слияние. Эти формы нарушений часто называются сопротивлениями или защитными механизмами.

К основным процедурам гештальт-терапии относятся:

- расширение осознания;
- интеграция противоположностей;
- усиление внимания к чувствам;
- работа с мечтами (фантазией);
- принятие ответственности на себя;
- преодоление сопротивления.

Наиболее значимыми для психотерапевтической работы в условиях клиники являются следующие принципы гештальт-подхода (Гронский, 2001):

1. Принцип целостности — человек представляет собой целостный организм в единстве его биологических, психологических, социальных и духовных аспектов (является единым гештальтом), и, что не менее важно, он представляет единый гештальт со своей окружающей средой (поле организм/среда).

2. Принцип равновесия — здоровый организм способен поддерживать гомеостатическое равновесие со своей средой, т. е. способен, используя окружающую среду, удовлетворять значимые потребности.

3. Принцип творческого приспособления — здоровый организм приспосабливается к изменяющимся условиям среды, находя возможности для удовлетворения своих нужд (Перлз, 1996; Робин, 1996).

Соответственно у индивида, психическое или физическое здоровье которого нарушено, отмечается нарушение согласованности между отдельными физиологическими и психическими процессами, нарушение гомеостатического равновесия (жизненно важные потребности организма не удовлетворены в силу внешних или внутренних причин) и нарушение способности к творческому приспособлению (использование собственных возможностей и возможностей среды для удовлетворения потребностей).

В соответствии с указанными выше принципами, целями

проводимых терапевтических мероприятий будут восстановление гомеостатического баланса организма и способности к творческому приспособлению (в противном случае восстановленный организмом баланс не будет сохраняться долго).

Согласно теории гештальт-терапии, патологические симптомы возникают тогда, когда индивид находится в поле, в котором фruстрируются его значимые потребности — в материальном благополучии, социальном статусе, физической безопасности, удовлетворяющих межличностных отношениях и т. д. Гомеостатическое равновесие нарушено, причем в текущий момент времени личность не знает, как удовлетворить прерванные потребности, и неспособна восстановить нарушенный баланс. В связи с этим первоочередной задачей психологической помощи становится создание поля, в котором хотя бы частично могут быть удовлетворены некоторые потребности пациента — потребность в безопасности, внимании, уважении и др.

Другая часть работы по коррекции психологического состояния заключается в осуществлении собственно психотерапевтического процесса. Гештальт-терапия является одним из типов личностно-ориентированной психотерапии. В связи с этим наиболее доступными для психотерапевтической помощи оказываются пациенты, для которых очевидна связь между их психологическими переживаниями и проявлениями соматического заболевания или психического расстройства.

В условиях ограничения времени принципиальной является фокусировка на наиболее актуальных проблемах пациента. Это может быть реакция на острое стрессовое событие (развод, смерть близких, изменение финансового или социального статуса и т. п.), приведшая к декомпенсации психического и соматического состояния, или устойчивый дезадаптивный паттерн поведения, приводящий к состоянию хронического дистресса. Главными целями индивидуальной психотерапии являются совместное осознавание пациентом и психотерапевтом наиболее значимых фрустрированных потребностей, которые привели к психическим и психосоматическим нарушениям, и поиск вариантов поведения, которые позволят удовлетворить эти потребности. Психотерапия также может фокусироваться на отказе от потребностей, которые уже невозможно удовлетворить (например, невозможность вернуть брачного партнера), и проживании связанных с этим чувств. Таким об-

разом достигается феномен «завершения гештальта» и возникают условия для осознавания жизненных возможностей, которые остаются для индивида доступными. Наиболее выраженного клинического улучшения удавалось добиться у лиц, страдающих расстройством приспособления (Гронский, 2001).

С больными, чьи личностные особенности либо особенности психологического или соматического состояния не позволяют проводить психотерапевтическую процедуру, гештальт-подход может успешно использоваться для планирования неспецифических психокоррекционных мероприятий. Психотерапия не проводится с пациентами, которые по каким-либо причинам не хотят в ней участвовать. Как правило, это связано с недоверием к врачу и психологической помощи вообще, страхом перед самоисследованием и самораскрытием. Гештальт-терапия малоэффективна для пациентов с неразвитой способностью к саморефлексии.

Еще одна область применения гештальт-подхода в соматической клинике касается консультирования лечебного персонала по вопросам общения с пациентами. Гештальт-терапия позволяет наметить стратегии установления контакта с «трудными», вызывающими проблемы у лечебного персонала пациентами. «Трудный» пациент, как правило, характеризуется тем, что интенсивно проявляет один из механизмов прерывания контакта (проекция, интроекция, конфлюэнция, ретрофлексия и др.). Диагностика ведущего механизма позволяет сознательно выбирать те поведенческие паттерны, которые будут его нейтрализовать. Например, при общении с пациентом, склонным к конфлюэнции, медицинским работникам следует активно структурировать процесс разговора, напоминать об ограничениях времени. При общении с пациентом, склонным к созданию проективных фантазий по поводу окружающего мира, своего будущего и т. п. («врач был невнимателен и не оценил тяжести моего состояния»), — возвращать пациента к реальности, обращая внимание на конкретные факты и предоставляя адекватную информацию (Гронский, 2001).

В гештальт-терапии существует также стратегия работы с соматическими и психосоматическими заболеваниями, состоящая из четырех этапов.

1. Генерализация проекции. Пациенту предлагается по-быть своей болезнью и поговорить от ее имени. Можно

расспросить пациента о характере болезни, попросить описать ее.

2. Проявление активной нереализованной потребности, стоящей за больным органом, осознание этой потребности. Следует сделать акценты на позитивном аспекте болезни («Что ты можешь дать мне ценного и необходимого, без чего я не могу обойтись?»).
3. Выражение заблокированного чувства, осознанной потребности по отношению к личному окружению.
4. Интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

При работе с пациентом следует проанализировать функциональное значение болезни, степень ее жизненной важности, т. е. выяснить, что значит для него быть больным такой болезнью; выяснить, в чем заключается личностный смысл этой болезни для окружения, семьи, какое экзистенциальное послание может скрываться за этим симптомом и какими альтернативными путями оно может быть передано окружающим.

На социально-психологическом уровне рассмотрению подвергается функционирование симптома в системах межличностных взаимодействий и отношениях с макросистемами. В межличностном плане мы видим регулятивную роль симптома в отношениях пациента с ближайшими людьми и терапевтом. Гештальт-терапия вслед за психоанализом уделяет значительное внимание тем явлениям, которые являются общими для контекста «там-и-тогда» (жизненные отношения) и контекста «здесь-и-теперь» (отношения терапевт — пациент). Важной дополнительной информацией является понимание социальных и правовых последствий той или иной болезни и социокультурное значение симптома.

Более подробно с теорией гештальт-терапии можно ознакомиться в работах (Александров, 2000; Перлз, 1996, 2000, 2001; Перлз и др., 2001; Наранхо, 1995; Польстер, Польстер, 1999).

## ТЕХНИКИ

### Техника 1. «Развитие осознания»

#### *Упражнение 1*

Попробуйте в течение нескольких минут составлять фразы, выражающие то, что вы в данный момент осознаете-замечаете. Начинайте каждое предложение словами «сейчас», «в этот момент», «здесь и сейчас».

### **Упражнение 2**

Многие феномены не могли бы существовать, если бы не существовали их противоположности.

Придумайте несколько пар противоположностей, в которых каждая часть не может существовать без реального или подразумеваемого существования другой.

### **Упражнение 3**

Рассмотрите какую-нибудь повседневную жизненную ситуацию, какие-нибудь объекты или действия, как будто они являются собой прямую противоположность тому, за что вы их обычно принимаете. Вообразите себя в ситуации, противоположной вашей собственной, в которой вы обладаете склонностями и желаниями, точно противоположными вашим обычным. Рассмотрите объекты, образы и мысли, как будто их функции или значения противоположны тому, чем вы их обычно считаете. Сталкивая их таким образом, воздержитесь от своих обычных оценок, что хорошо и что плохо, что желательно и что противно, что осмысленно и что глупо, что возможно и что невозможно. Стойте между противоположностями — точнее, над ними — в нулевой точке, заинтересованно к обеим сторонам, но не отдавайте предпочтение ни одной.

Польза, которая может быть извлечена из умения видеть вещи наоборот и быть беспристрастно заинтересованным в противоположностях, состоит в развитии способности находить собственные оценки.

### **Упражнение 4**

Представьте себе движения вокруг вас повторяющимися вперед и назад во времени, как «кино наоборот», когда прыгун легко спрыгивает с трамплина в воду, а потом так же грациозно выпрыгивает из воды на трамплин.

Обратите функции. При каких обстоятельствах на стуле можно есть, а на столе — сидеть? Астроном смотрит в телескоп на Луну; что, если с Луны кто-то смотрит на него? Представьте себе потолок полом, переверните стены. Переверните картины вверх ногами. Представьте себе подводные лодки и рыб, летающих в воздухе. Дайте волю «шизофреническим» возможностям своего воображения; большинство из них не более странны, чем общепринятое предположение, что люди и общество в целом всегда ведут себя разумно.

## Упражнение 5

Представьте себе, что было бы, если бы вы не встали с постели сегодня утром. Что случилось бы в определенной ситуации, если бы однажды вы сказали «нет» вместо «да»? Что если бы вы были на 10 сантиметров выше? Или весили на 10 килограммов меньше? Если бы вы были женщиной, а не мужчиной, или наоборот?

## Упражнение 6

На некоторое время обратите внимание на какой-нибудь визуальный объект, например стул. Глядя на него, заметьте, как он проясняется, вырисовывается на мутнеющем фоне окружающего пространства и объектов. Затем обратитесь к какому-нибудь соседнему визуальному объекту и понаблюдайте, как он, в свою очередь, «опустошает» фон.

Точно так же вслушайтесь в какой-нибудь звук в вашем окружении и заметьте, как другие звуки отходят в фон. Наконец, «прислушайтесь» к какому-нибудь телесному ощущению, вроде боли или зуда, и заметьте, как и здесь остальные телесные ощущения отступают на задний план.

## Упражнение 7

Динамика свободного протекания отношений между фигурой и фоном может быть нарушена одним из двух путей:

- а) фигура может быть слишком зафиксирована во внимании, так что новый интерес не допускается в нее из фона (как раз то, что происходит в насильственно-произвольном внимании), или
- б) фон может содержать точки сильного привлечения, которые не могут быть лишены интереса, и при этом они либо будут действительно отвлекать, либо должны быть подавляемы. Давайте проанализируем каждый из этих случаев отдельно.

Пристально смотрите на какую-нибудь фигуру, стремясь смотреть только на нее и ни на что другое. Вы заметите, что скоро она станет неясной и ваше внимание начнет рассеиваться. С другой стороны, если вы дадите своему взгляду «играть» с фигурой, все время возвращаясь к ней от различных фрагментов фона, фигура благодаря этим последовательным дифференциациям объединится, станет яснее и лучше видимой.

Выберите неспокойную ситуацию, например ожидание кого-либо или ожидание автобуса на остановке. Позвольте себе свободно видеть и слышать фигуры и фоны в окружающем, как в предыдущем эксперименте, то есть свободно переходя от одного к другому. Вы заметите, что возбуждение (волнение), вовлеченое в продолжающуюся ситуацию беспокойства (например, возрастающую тревожность по поводу того, что уже поздно, а тот, кого вы ждете, все не приходит), уменьшает интерес, который вы можете обратить на другие вещи. Продолжая замечать то, что вокруг вас (но без насильственного сосредоточения на чем бы то ни было), допустите в себя чувство осознания хаотической бессмысленности окружающего. Замечайте свои сопротивления, проблемы, грезы.

### *Упражнение 8*

Дайте своему вниманиюходить от одного объекта к другому, отмечая фигуры и фоны в объекте и свои эмоции. Каждый раз выражайте эмоции словами вроде «мне это нравится» или «мне это не нравится». Разделяйте объекты на части: «это мне в объекте нравится, а это не нравится». Наконец, если это приходит естественно, дифференцируйте свои эмоции, например: «это вызывает у меня удивление, отвращение» и т. п.

Во время этого эксперимента вы можете встретиться с такими сопротивлениями в себе, как замешательство, смущение, опасение быть слишком грубым, слишком бесцеремонным или нескромным; или, может быть, вы обнаружите в себе желание скорее быть объектом внимания, чем уделять свое внимание. Если по отношению к людям, с которыми вы входите в соприкосновение, эти сопротивления становятся настолько сильными, что заставляют вас оставить эксперимент, переключитесь на время на животных и неживые объекты.

### *Упражнение 9. «Ваше положение в пространстве»*

Замрите в той позе, в которой вы находитесь, ничего не изменяя. Обратите внимание на то, как именно вы сидите, как держите руки. Через минуту найдите точки, где происходит соприкосновение двух частей тела или места, где тело соприкасается с чем-то внешним — например, рука и подбородок. Дайте своему сознанию войти в руку, затем в подбородок. Попробуйте провести между ними беседу.

## **Упражнение 10. «Обострение ощущения тела»**

Сосредоточьтесь на своих телесных ощущениях в целом. Дайте своему вниманию блуждать по различным частям тела, «пройдите» вниманием все тело. Какие части у себя вы чувствуете? Отметьте боли и зажимы, которых вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Не старайтесь их расслабить, дайте им продолжиться. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущение кожи. Чувствуете ли вы свое тело, связь головы с туловищем, ваши конечности?

Полностью ли вы осознаете себя? Какие «белые пятна», «пустоты» отмечаете в своем теле?

## **Упражнение 11. «Наше лицо»**

Примите удобное положение. Обратите внимание на то, чтобы ваша голова ни на что не опиралась. Закройте глаза и начинайте чувствовать свое лицо изнутри, просто отмечайте, что с ним происходит. Постепенно, после того как вы нашли какое-либо напряжение, усильте его там, где обнаружили, даже если вашему лицу неудобно. Заметьте, не напрягается ли какая-нибудь часть тела. Отметьте, не приходит ли в голову какая-нибудь мысль, образ, воспоминание. Осознайте основную эмоцию своего тела. Наше лицо всегда «знает, что происходит».

## **Упражнение 12. «Жизнь без тебя»**

Когда забудешься, в первый момент кажется, будто застал мир, живущий без тебя. Представьте сейчас, что жизнь идет без вас, сама по себе. Посмотрите на нее со стороны... Теперь вернитесь к себе.

Изменился ли мир в ваше отсутствие? Значимы ли вы в этой ситуации жизни? Как стать живым?

## **Техника 2. «Развитие осознания» — групповые упражнения**

Гештальт-терапия может проводиться в группе, обычно попарно. По возможности тренер также участвует в выполнении упражнения. После окончания упражнения всеми членами группы тренер просит их 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). Иногда тренер может принять решение проводить обсуждение только процесса. Тренер должен помогать группе в определении способов, при помощи которых знания, приобретенные в результате выполнения данного упражнения, могут быть соотнесены с личной или профессиональной жизнью участников. В заключение участников 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. Это позволяет участникам немного отстраниться от выполнения упражнения и вернуться к своим «нормальным» ролям.

### **Упражнение 1. «Зоны сознания»**

Условно разделите мир вашего сознания на три зоны:

1. внешний мир;
2. внутренний мир вашего тела;
3. мир ваших чувств, мыслей, фантазий.

Выберите себе партнера. Сядьте лицом друг к другу. Расслабьтесь. Делитесь по очереди осознанием внешнего мира. Начинайте свою речь словами «Сейчас я осознаю, что...» и заканчивайте ее рассказом о своих ощущениях от воздействия окружающей обстановки (света, запахов, вида партнера и т. д.). Говорите 5 — 8 минут. Теперь переключайтесь и внимательно слушайте то, что ваш партнер рассказывает о своем ощущении внешнего мира.

Далее по очереди рассказывайте об ощущениях, связанных с вашим телом (средняя зона). Начинайте рассказ словами «Сейчас я осознаю...» и заканчивайте его описанием своих ощущений, связанных с вашим телом (сухость во рту, тяжесть в руках, зуд, боль и т. д.). Рассказывайте о своих ощущениях 2—3 минуты, потом переключитесь и внимательно выслушайте партнера.

Переключитесь на свой мир чувств, мыслей, фантазий. Начинайте рассказ словами «Сейчас я осознаю...» и заканчивайте повествование о своих чувствах, связанных с данным занятием, о ваших заботах, мыслях. Не бойтесь спонтанных мыслей и чувств, старайтесь говорить о них, соблюдая прин-

цип «здесь и теперь». Говорите 5—8 минут, потом внимательно выслушайте партнера.

Обменяйтесь с партнером своими впечатлениями. Вновь по очереди включитесь в процесс осознания. На этот раз «переходите» из зоны в зону.

В заключение постарайтесь «осознать» вашего партнера. Позвольте ему сделать то же самое в отношении вас.

## ***Упражнение 2. «Непосредственное осознавание»***

Всех участников просят разбиться на пары, затем члены каждой пары должны сесть друг напротив друга. После этого один из членов пары начинает описывать все, что ему попадается на глаза. Такое описание может быть весьма подробным. Рассказ может строиться, например, так: «Сейчас я осознаю, что ты сидишь напротив меня. Я вижу твоё лицо и твою улыбку. Я вижу, что у тебя карие глаза и светлые волосы с несколькими темными прядями. Ты сидишь на старом сером стуле, ковер под ним зеленого цвета, на нем красивый узор...»

Это все, что требуется от участников. Их цель — описать как можно больше всего за пять минут. По прошествии этого времени члены пары меняются ролями и еще раз повторяют данную процедуру.

Тренер просит всех участников по очереди рассказать о двух вещах, которым, с их точки зрения, они научились, выполняя данное упражнение.

## ***Упражнение 3. «Перемещающееся осознавание»***

Участники разбиваются на пары, члены каждой пары садятся напротив друг друга. Один из них начинает описывать своему партнеру то, каким образом перемещается фокус его внимания с течением времени. Он пытается вербализировать все то, что он видит, чувствует, о чем думает — любые изменения в фокусе внимания. Рассказ может строиться, например, следующим образом: «Я осознаю, что сейчас смотрю на тебя... а сейчас я слегка смущен тем, что ты, улыбаясь, смотришь на меня... Смущение начинает исчезать, как только я тебе о нем сказал. Только что я вспомнил о другой ситуации, произошедшей на другом тренинге, в которой я также испытывал смущение. Сейчас я смотрю в окно, находящееся за твоей спиной, вижу людей, прогуливающихся по траве. Я понимаю, что

мне очень хочется быть с ними. Сейчас я возвращаю свое внимание к тебе, и у меня создается впечатление, что ты глубоко погружен в какие-то свои мысли...»

Все это рассказывается в течение пяти минут, затем члены пары меняются ролями.

Каждый участник по очереди сначала говорит о том, что ему меньше всего понравилось в данном упражнении. Затем участники говорят о том, что им больше всего в нем понравилось. Ведущий группы также высказывает свое мнение.

### ***Упражнение 4. «Описания»***

Участники разбиваются на пары и садятся друг напротив друга. Тренер выдает каждому участнику по какому-либо предмету. Для этого можно использовать простые и привычные предметы, такие, как консервные банки, бутылки, вазы или украшения. Каждого участника просят описать своему партнеру полученный предмет, не оценивая его при этом и даже не рассказывая о его назначении. Например, банку с консервированными бобами можно описать следующим образом: «Этот предмет имеет цилиндрическую форму. На него наклеена зеленая этикетка, на которой написаны какие-то слова. Слова на этикетке написаны коричневым и красным цветом...»

Задача участников — как можно более полно и детально описать полученные предметы. Очень часто, выполняя подобные упражнения, люди начинают немного по-новому видеть привычные вещи. Такие изменения могут произойти и в том, что касается восприятия других людей в повседневной жизни. Об этом можно поговорить в ходе дальнейшего обсуждения.

### ***Упражнение 5. «Медитация»***

В рамках тренинга развития коммуникативных навыков медитацию можно использовать с самыми разными целями. Принципы, лежащие в основе медитации, тесно связаны с гештальт-терапией в том плане, что медитация способствует как концентрации на собственном Я, так и некоторому дистанцированию от него. Данное упражнение предполагает групповую медитацию, которая может быть проведена тренером.

## Инструкция:

1. Сядьте удобно и неподвижно, закройте глаза.
2. Дышите спокойно и плавно. Вдыхайте воздух через нос, выдыхайте через рот.
3. Сконцентрируйте свое внимание на дыхании.
4. Начните считать вдохи и выдохи, от 1 до 10. Один — это полный дыхательный цикл, состоящий из вдоха и выдоха. Два — это следующий дыхательный цикл.
5. Когда вы сосчитаете до 10, начните снова считать от 1 до 10, и т. д.
6. Если вы отвлеклись или сбились со счета, просто вернитесь к началу и начните считать заново.

После медитации тренер раздает участникам небольшие опросники, содержащие в себе следующие вопросы:

- Понравилось ли вам принимать участие в выполнении данного упражнения?
- Какие чувства у вас возникли при выполнении данного упражнения?
- Какие составляющие данного упражнения было бы хорошо перенести в контекст ваших профессиональных отношений?

Участникам дается пять минут на вопросы, выражение чувств, обращения к другим участникам группы и вообще проговаривание всего того, что возникло в процессе выполнения упражнения.

## Упражнение 6. «Поток сознания»

Участники разбиваются на пары, члены каждой пары садятся напротив друг друга. Один из членов пары начинает говорить обо всем, что приходит ему в голову (до тех пор, пока он, проговаривая все это, не начнет запутываться). Данное упражнение напоминает метод свободных ассоциаций, используемый в психоанализе; о нем очень легко говорить, но его очень сложно выполнять. Описание «потока сознания» может быть, например, таким: «Я думаю о выполнении данного упражнения. А сейчас я думаю о лете... прогулка по пляжу... мать и отец... пристань... поход по магазинам в субботу... сейчас я заметил, что ты смотришь на меня... снова курорт... поезд на станции...».

Через пять минут члены пары меняются ролями. После

этого тренер просит всех участников сесть в общий круг. Каждый участник по очереди сначала говорит о том, что ему меньше всего понравилось в данном упражнении. Затем участники говорят о том, что им больше всего в нем понравилось. Ведущий группы также высказывает свое мнение.

### ***Упражнение 7: «Три фразы»***

Сядьте напротив партнера и, глядя ему в глаза, скажите три фразы, начиная каждую из них со слов: «Я должен». Партнер, не комментируя сказанного вами, в свою очередь говорит три аналогичные фразы. Теперь вернитесь к своим фразам и по очереди повторите их, заменив в каждой слова «Я должен» на «Я предполагаю». Поделитесь своими ощущениями.

Далее по очереди с партнером произнесите три фразы, начиная каждую со слов «Я не могу», а затем то же самое, заменив слова «Я не могу» на слова «Я не хочу». Поделитесь своими переживаниями в связи с изменением смысла сказанных вами фраз.

Аналогично по очереди произнесите три фразы, начинающиеся со слов «Мне надо», а потом поменяйте эти слова на «Я хочу».

Наконец, по очереди с партнером произнесите три фразы, начинающиеся словами «Я боюсь, что», а затем поменяйте начало фразы на слова «Я хотел бы».

Слова «Я должен», «Я не могу», «Мне надо», «Я боюсь, что» отрицают или снижают степень вашей ответственности за себя. Изменяя фразы, вы повышаете ответственность за свои мысли, чувства и поведение. Постарайтесь осознать ощущения, связанные с изменением смысла сказанных фраз. Поделитесь своим опытом с группой.

### ***Упражнение 8. «Ваши способности к искренности»***

Это упражнение для того, чтобы лучше узнать свои способности к искренности. Проводится в парах в течение 15 минут.

Выберите удобное место. Сядьте лицом друг к другу. Помимите прямо в лицо друг другу. Поделитесь друг с другом действительно важным для вас: своими мыслями, чувствами. Когда рассказываете, старайтесь говорить свободно. Осознайте ваши чувства и выражите их. Осознайте, как изменяются

ваши чувства. Поочередно поделитесь друг с другом несколько раз.

Какие чувства вы испытываете к своему партнеру после эксперимента?

### Техника 3. «Концентрация внимания на чувствах»

#### *Метод 1. «Дифференцирование и объединение»*

##### **Упражнение 1**

В этом упражнении, поддерживая актуальность «здесь и сейчас» в качестве контекста, позвольте своему вниманию свободно играть с объектом, двигаться вокруг него. Постоянно сдвигающиеся фигуры и фоны обострят ваше ощущение разницы между «глазением» и видением, между смутным трансом и живым участием.

Для примера давайте рассмотрим такой обычный объект, как карандаш. (Позднее проделайте подобную процедуру с любым объектом по своему спонтанному выбору.) Заметьте прежде всего, что карандаш — та, именно та, уникальная вещь. Конечно, есть другие карандаши, но они другие, а не этот. Произнесите его название — «карандаш» — и ясно почувствуйте, что вещь — не слово.

Заметьте как можно больше качеств и особенностей этой вещи, которые ей присущи и ее составляют: цилиндрик черного графита, красноватое дерево, вес, твердость дерева, мягкость графита, его форму, желтую окраску его поверхности, вытисненную на нем торговую марку, кусочек резинки, прикрепленный к нему полоской жести, и т. д. и т. п.

Теперь подумайте о его функциях и возможных ролях в окружающем: им можно писать, им можно отметить какое-то место в книге, им можно поковырять в зубах, его можно нервно кусать; наконец, его можно продать. Подумайте о его более случайных ролях: он сгорит, если дом загорится, он попадет ребенку в глаз, если ребенок, бегая, на него наткнется, и т. д. Придумайте более отдаленные и экзотические ситуации: его можно подарить на Рождество; его могут съесть голодные термиты.

По мере того как вы абстрагируетесь от уникальной вещи, этого карандаша, многих его качеств и функций, обратите внимание, как в деталях они связываются друг с другом, образуя структуру; например, как дерево жестко держит графит и за-

щищает его, как рука держит деревянную оболочку карандаша и т. д.

Вы можете увидеть в этом эксперименте различные уровни абстракции: свойство карандаша «быть таким» — этого графита, заключенного в эту деревянную оболочку, покрытую этой желтой краской, отличной от всякой другой желтой краски в мире; далее — его очевидные функции, те, для которых он предназначен, далее — более случайные, даже фантастические способы его употребления. Постарайтесь сорвать как можно больше подобных сведений и *связать в одном данном опыте*. Если рассмотрение объекта ведет вас к фантазиям, не избегайте их, но все время возвращайтесь к данному в опыте объекту.

### **Упражнение 2**

Попробуйте поэкспериментировать с картиной, которая вам нравится. Обратите внимание на линии и контуры независимо от изображенных объектов; потом, отдельно, — на цветовые пятна и оттенки.

Обратите внимание на структуру, создаваемую пустотами между контурами основных объектов. Рассмотрите структуры, создаваемые каждым из цветов в отдельности, скажем, красным или голубым. Если картина создает иллюзию трехмерного пространства, последуйте за удаляющимися планами, отметьте, что — на переднем плане, что — на втором, что — вдали.

Проследите игру света и тени. Обратите внимание на фактуру, на технику мазка. Лишь после всего этого посмотрите на то, что изображено — сцена, портрет, пейзаж и т. п.; обычно с этого начинают и на этом фиксируются.

### **Упражнение 3**

Попробуйте проделать такой же эксперимент с музыкальным отрывком. Если вы не привыкли к музыке или считаете себя «немузыкальным», обратите внимание прежде всего на то, как трудно вам вообще поддерживать контакт со звучащей музыкой; звуки скоро начинают казаться хаотическими, а вы впадаете в транс. В таком случае (лучше всего иметь возможность воспроизводить звукозапись снова и снова) попробуйте узнавать вступление определенного инструмента или обращать внимание только на ритм.

Потом — только на тембр. Попробуйте различить мелодию и аккомпанемент. Может быть, вы обнаружите, что там есть «подголоски», «дополнительные мелодии», которых вы раньше не замечали.

Попробуйте определить то, что называют музыкальной гармонией — аккорды и их взаимосвязь, как вы ее слышите: где вы чувствуете неустойчивость, неразрешенность, необходимость продолжения, а где, наоборот, «разрешенность» и законченность. Если вы будете делать все это всерьез, в какой-то момент музыка неожиданно оживет для вас.

## Упражнение 4

Обратите внимание на чей-нибудь голос. Как он звучит? Монотонно? Изменчиво? На высоких тонах? Резко? Скрипуче? Мелодично? Слишком тихо? Какова артикуляция, легко ли понять произносимое? Не слишком ли громко? Течет ли речь свободно или в ней есть паузы, колебания, остановки? Форсированно? Легко?

Теперь задайте себе два вопроса: во-первых, какова ваша эмоциональная реакция на определенные качества этого голоса; раздражает ли вас то, что он слишком тихий, или приводит в замешательство, что он слишком громкий, и т. п.

Второй вопрос: каково, по вашему мнению, эмоциональное состояние говорящего, что стоит за каждым из замеченных качеств голоса? Ноющий? Угодливый? Сексуальный? Сердитый? Соответствует ли тон тому, что говорится? Не пытается ли говорящий вызвать в вас именно ту реакцию, которую вызывает его голос?

Можете ли вы таким же образом послушать свой собственный голос? Это довольно трудно; известно, что, впервые услышав свой голос в записи, человек часто не узнает его; но если вы заранее знаете, что встретитесь с трудностями, это может увеличить успех попытки.

## Упражнение 5

Теперь так же, как вы делали это с видением и слышанием, но менее детально, попробуйте эксперимент на детальную абстракцию с «близкими» чувствами — осязанием, обонянием, вкусом, чувствительностью своих мышечных реакций. Здесь вы заметите, что очень скоро вовлекаются эмоциональ-

ные факторы и возникает сопротивление или ускользание от опыта. Обнаружив это, не принуждайте себя продолжать, а переходите к следующим экспериментам.

### ***Упражнение 6***

«Просмотрите» свои привычки в еде. На чем вы обычно сосредотачиваетесь во время еды — на пище? На разговоре (так, что даже забываете есть)? Чувствуете ли вы вкус только первого куска или продолжаете ощущать вкус в течение всего процесса? Тщательно ли вы жуете? Отрываете ли вы кусок, захватив его зубами, или откусываете? Что вы любите и чего не любите? Не заставляете ли вы себя есть то, что до некоторой степени не любите (может быть, потому, что вам сказали, что это полезно для вас)? Экспериментируете ли вы с новыми блюдами? Влияет ли на ваш аппетит присутствие определенных людей?

Обратите внимание на связь между вкусом вашей пищи и «вкусом» мира. Если ваша пища — как солома, может быть, и мир кажется таким же серым? Если вы получаете удовольствие от еды, может быть, и мир тоже кажется интересным? Во время этой «ревизии» своих привычек не пытайтесь изменить что-либо, разве что исключите такие грубые отвлечения, как чтение, что может делать только человек, который рассматривает еду как неизбежное зло или как периодическую «заправку топливом». В конце концов, еда — это весьма важная биологическая и социальная функция. Вряд ли кто-нибудь будет читать во время исполнения такой важной биологической и социальной функции, как половой акт.

### ***Метод 2. «Вспоминание»***

#### ***Упражнение 1***

Выберите какую-нибудь прошлую ситуацию, не слишком давнюю и не слишком трудную, например, посетите в воображении дом вашего друга. Закройте глаза. Что вы видите? Дверь — кто ее открывает? Обстановку? Других людей? Не пытайтесь «вытаскивать» что-то из ума, искать что-то, что должно быть здесь; просто «отправьтесь» в то место, которое вы вспоминаете, и замечайте, что там есть.

## ***Упражнение 2***

Теперь повторите эксперимент с воспоминаниями, но на сей раз не концентрируйтесь исключительно на видении, попытайтесь включить как можно больше чувств: вспомните не только то, что вы видели, но и то, что слышали, обоняли, чувствовали на вкус, осязали, как вы переживали собственные движения; попытайтесь восстановить эмоциональный тон, который сопровождает эти воспоминания.

Избегаете ли вы вспоминать определенного человека? Замечаете ли вы, что можете вспомнить неживые объекты или фотографии людей, но не самих людей? Когда вы вспоминаете ситуации, остаются ли они статическими или появляется движение? Присутствует ли нечто драматическое? Возникают ли только отрывки или вы можете прослеживать детали, не теряя целого? Удаляются образы или затуманиваются?

## ***Метод 3. «Обострение ощущения тела»***

### ***Упражнение 1***

«Сейчас я осознаю, что лежу на кушетке. Сейчас я осознаю, что собираюсь осуществлять эксперимент на осознавание. 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 поверхности. 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***

Попробуйте сначала обращать внимание только на внешние события — то, что видится, слышится, источает запахи, но без подавления других переживаний. 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, как ранее за всеми возникающими объектами, действиями, драматическими сценами и т. д.

### **Упражнение 3**

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 ясностью существует для вас 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 точные местоположения. 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**

Ходите, разговаривайте или сидите; осознавайте-замечайте проприоцептивные детали, никоим образом в них не вмешиваясь.

### **Упражнение 5**

Сидя или лежа удобно, 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, когда вы сдерживаете или останавливаете дыхание. Соответствуют ли этому какие-нибудь напряжения рук, пальцев, перистальтика желудка, напряжение гениталий? Или, может быть, есть какая-нибудь связь между сдерживанием дыхания и напряжением ушей? Или между задерживанием дыхания и какими-нибудь тактильными ощущениями? Какие комбинации вы можете обнаружить?

### **Метод 4. «Опыт непрерывности эмоций»**

#### **Упражнение 1**

Попробуйте воспроизвести определенное 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: в сжимании кулаков, возбужденном дыхании и т. п. вы начинаете чувствовать гнев.

## **Упражнение 2**

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**

Посетите художественную галерею, желательно достаточно разнообразную. Бросайте лишь моментальный взгляд на каждую картину. Какую эмоцию, хотя бы неясную, 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 подбор красок? Каким бы ни было ваше мимолетное впечатление, не пытайтесь изменить его добросовестным разглядыванием, 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 попасть в галерею, можете проделать то же самое с репродукциями.

## **Упражнение 4**

Вновь и вновь оживляйте в фантазии опыт, который имел для вас сильную эмоциональную нагрузку. Каждый раз старайтесь вспомнить дополнительные детали. Какой, напри-

мер, наиболее пугающий опыт 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, как вы переживаете их выговаривание и слушание. Вспомните ситуацию, в которой 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 на него 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 вами умер, могли ли вы плакать? Если нет, можете ли вы это 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 можете ли вы почувствовать, что блокирует вас?

### *Метод 5. «Вербализация»*

#### *Упражнение 1*

Послушайте, как вы говорите в компании. Если есть возможность, запишите свой голос. Вы будете удивлены и, может быть, раздосадованы тем, как он звучит. Чем больше ваше представление о себе отличается от вашей реальной личности, тем сильнее в вас будет нежелание признать свой голос своим собственным.

Почитайте вслух стихи, которые вы знаете, и послушайте себя. Не вмешивайтесь в чтение, не старайтесь читать громче, яснее или выразительнее. Читайте так, как у вас получается, повторяйте чтение и слушайте, пока не почувствуете интеграции речи и слушания.

Затем прочтите то же стихотворение внутренней речью, «в уме». Теперь вам уже должно быть легко слышать собственную внутреннюю речь. Сейчас, когда вы просто читаете книгу или газету, вслушайтесь в свою внутреннюю речь, «проговаривание» читаемого. Сначала это замедлит чтение и, может быть, вызовет беспокойство, но через некоторое время вы

сможете «слушать» так же быстро, как читаете; эта практика может улучшить вашу память благодаря возросшему контакту с материалом.

Наконец, попробуйте «прислушаться» к своему внутреннему «речевому думанию». Сначала это может заставить вас «замолчать», но через некоторое время беззвучное бормотание начнется снова. Вы услышите несвязные, «сумасшедшие» отрывки предложений, проплывающие вновь и вновь. Если это вызывает слишком большое беспокойство, поговорите с собой немножко намеренно: «Сейчас я слушаю себя. Не знаю, о чем бы подумать. Попробую проделать молча эксперимент «здесь и сейчас». Да, это звучит так же, как если бы я делал это вслух. А теперь я забыл, перестал слушать...»

Отмечайте модуляции вашего внутреннего голоса. Какой он — сердитый, жалующийся, ноющий, напыщенный? Или он звучит по-детски? Проговаривает ли он педантично все подразумеваемое после того, как значение уже понято?

## ***Упражнение 2***

Постарайтесь поддерживать внутреннее молчание, воздержитесь от внутренней речи; при этом оставайтесь бодрствующим и осознающим. Поначалу это может удаваться лишь на несколько секунд, «думание» навязчиво возобновится. Для начала хорошо, если вы хотя бы почувствуете разницу между внутренним молчанием и речью; позвольте им сменять друг друга. Хороший способ — координировать это с дыханием. Попробуйте останавливать внутреннюю речь во время вдоха. Затем, во время выдоха, дайте проговориться внутренне возникшим словам. Если вы занимаетесь в одиночестве, то полезным может быть проговаривание этих слов вполголоса, шепотом. Если вы будете настойчивы в этом эксперименте, ваши визуализации станут ярче, ощущения тела — определенное, эмоции — яснее, потому что внимание и энергия, используемые обычно в бессмысленном внутреннем говорении, теперь могут быть направлены на выполнение этих более простых и более фундаментальных функций.

## ***Упражнение 3***

Прислушайтесь к своей внутренней речи и постарайтесь ее интерпретировать: ее ритм, тон, «ходовые» фразы. Кому вы говорите? С какой целью? Придираетесь и ворчите? Льстите

кому-то? Не поворачиваете ли вы фразы так, будто что-то скрываете, сами не зная что? Стаетесь произвести впечатление? Или это блеф? Или вам нравится, как слова текут, цепляясь друг за друга? Есть ли у вашей внутренней речи постоянная аудитория?

### ***Метод 6. «Интегрирующее осознавание»***

#### ***Упражнение 1***

На основе осознавания любой реальной ситуации попробуйте произносить фразы, более или менее адекватно выраждающие эту ситуацию с точки зрения тела, чувств, речевых привычек, социальных отношений и т. д. Например: «Я стискиваю челюсти и напрягаю пальцы... Иными словами, я сержуясь, но не даю своему гневу выразиться... Иными словами, мой голос звучит с нервной дрожью, но он мягок и сдержан... Иными словами, в нашем обществе возможность длительного контакта между людьми зависит от определенных ограничений в их поведении...»

Каждая из таких формулировок — имеющий отношение к делу и существенный взгляд на живую ситуацию. Практикуйтесь в легкой смене точек зрения, это углубит и расширит вашу ориентацию в отношении того, где вы находитесь и что нужно делать.

### ***Техника 4. «Интеграция полярностей»***

#### ***Упражнение 1. «Разыгрывание ролей»***

Участники группы по предложению терапевта по очереди проигрывают некоторые свои внутриличностные конфликты, которые ими до конца не осознаются, но очевидны для окружающих. Например, если участник, не замечая этого, излишне часто извиняется, говорит негромким 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 приказания 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»***

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»***

Нередко человек ощущает некоторую двойственность, расщепление противоположностями, чувствует себя в группе этих противоположностей, противостоящих сил. Вам предла-

гается сыграть диалог между этими сторонами. С каждой сменой роли вы будете менять стулья: «дружелюбное Я» и «раздраженное Я».

Исполняемая роль может быть ролью человека, какой 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»***

Ощущение идентичности развивается под влиянием окружения. Это реакция на воздействия и влияния, которые были адресованы субъекту. 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 и «особенные» имена — те, которыми его называли в детстве родственники и родители, как его называют сейчас близкие люди или враги.

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

Разные варианты экспериментов, выделяя разные фигуры, позволяют фокусироваться на разнообразных аспектах одной большой темы. Нет смысла делать их подряд, но стоит выбрать подходящий 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 и кому выражало это имя? Как к вам относились те, кто давал это имя или прозвище? Проиграйте сценки с вашим партнером.

Какие у вас сейчас есть прозвища или ласкательные имена? Как вы их получили? 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?

Представьтесь в круге тремя разными именами, сопровождая каждое интонацией и пантомимой.

Вспомните отношение к своему имени в разные периоды жизни. Как оно менялось? Гордились ли вы, любили свое имя, или были периоды негативного отношения?

Какие у вас сейчас варианты имен? В каких ситуациях вас так называют, когда вы так представляетесь, кому, где? Какие чувства у вас ассоциируются с этими именами? Какие отношения с этими людьми?

Были ли случаи, когда вас называли именем, не соответствующим вашему полу, или которое вызывало насмешки?

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 такими же именами? Если ваше имя уникальное — как вам среди тех, кто носит обыкновенное имя?

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

Осознайте, как вы представляйтесь — 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.) Как повлияло 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 5. «Работа со сновидениями»

Работа со сновидением в гештальт-терапии предлагает рассматривать элементы сновидения как части Я. Эти части — элементы личности, которые находятся в конфликте.

#### **Упражнение 1**

Расскажите сон от первого лица. Выделите наиболее «энергетизированные» элементы сна. Последовательно идентифицируйтесь с каждым «объектом» из сна, произнесите монолог. Возможна организация диалога между элементами сна. Найдите проекцию этих отношений в «дневной» жизни (это действие называется «челнок»).

#### **Упражнение 2**

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

#### **Упражнение 3. «Диалог снов»**

Нарисуйте иллюстрацию для 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 мог бы иметь место в жизни.

#### **Упражнение 4. «Антисон»**

Работа в парах. Расскажите сон последовательно. Выберите и запишите списком все существительные, прилагательные и глаголы. Найдите антоним для каждого слова. Расскажите новую историю (сон), который состоит из этих противоположных по значению слов, вашему партнеру.

## **Упражнение 5. (В группе)**

Участник 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 оказались отражены в этом сне.

## **Техника 6. «Преодоление сопротивления»**

### **Метод 1. «Превращение слияния в контакт»**

#### **Упражнение 1**

Отметьте некоторые свои привычки — как вы одеваетесь, как чистите зубы, как открываете или закрываете дверь, как печете пирог. Если привычки кажутся не вполне эффективными или если новшества кажутся не хуже, а кроме того, привносят 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**

Проснувшись, прежде чем встать, подумайте о возможности чувствовать или действовать иначе, не так, как обычно. Не принимайте решений, которые должны быть непременно выполнены, просто живо визуализируйте возможные простые и легко выполнимые изменения в вашем обычном распорядке.

#### **Упражнение 3**

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

### **Упражнение 4**

Понаблюдайте за своими реакциями на кинофильм или спектакль. Отметьте, насколько, обычно не замечая этого, вы отождествляетесь с действующими лицами. С какими именами? Не с теми ли, с кем вам трудно отождествить себя?

### **Упражнение 5**

Вспомните, по отношению к кому вы чувствуете вину или обиду. Если бы подобные действия относились к кому-нибудь другому, 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, этим человеком вовсе не принимается как 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 должно направленного поведения»***

### **Упражнение 1**

Когда мы употребляем такие выражения, как «Я спрашиваю себя» или «Я говорю себе», что имеется в виду? Такие выражения, которые мы используем на каждом шагу, предполагают само собой разумеющимся, что человек как бы разделен на две части, что это как бы два человека, живущих в одном теле и способных 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, что хотели бы задать свой вопрос не себе, а ему? Что удерживает вас от этого? 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 угрызения совести. Вы найдете здесь не подлинное чувство вины, а лишь притворное ощущение себя ви-

новным. 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 самосожаления и самонаказания в вашей жизни 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***

Хотя немногие из нас страдают неврозом навязчивости, но всем нам свойственна известная мера принудительности. 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 пытаться манипулировать средой с помощью вежливых слов? Или вы будете угрожать, командовать, подкупать, награждать?

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

## ***Упражнение 3***

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 самим собой, если у него сложилась привычка все время оценивать себя и сравнивать свои реальные достижения со своими наивысшими требованиями к себе.

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

Можете ли вы обратить эти отношения? Кто этот X, 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 самоуничтожение и увидеть в нем ретрофлексированное желание уничтожить некоего X?

### **Упражнение 4**

Еще один важный тип ретрофлексии — интроспекция. Это «глазение» на самого себя. Наблюдающий раздвоен, отделен от наблюданной части, и пока это разделение не «срастется», человек не почувствует, что возможно самоосознавание — осознание 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 полисмена, который стучит в дверь и требует открыть немедленно? Или вы смотрите на себя робко, украдкой или уставились 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? Короче, обратите внимание, как функционирует ваше Я. Это гораздо важнее, чем частное содержание.

### **Метод 3. «Работа с ретрофлексией. Мобилизация мускулов»**

#### **Упражнение 1**

В здоровом организме мышцы ни зажаты, ни расслаблены, они находятся в среднем тонусе, поддерживают позу, готовы обеспечивать движения или манипулирование объекта-

ми. В начале этого эксперимента не расслабляйтесь, пока не будете в состоянии справиться с возбуждением, высвобождающим таким образом. С самого начала будьте готовы к неожиданным взрывам гнева, выкрикам, рвоте, мочеиспусканию, сексуальным импульсам и т. п. Такие импульсы, которые вы можете пережить 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. Почекните, 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 сгорбленно, исправьте положение. Не делайте резких движений, дайте возможность ощущению себя мягко развиваться. 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 визуализациям и теориям, обрести жар осознавания, возникающий непосредственно в частях тела, на которых вы сосредоточиваете внимание?

Продвигаясь, обратите внимание, какие выражения каждому определенному моменту самоосознавания могут у вас возникнуть. Не питаете ли вы презрения к физическому функционированию? Или вы стыдитесь, что вы — тело? Не считаете ли вы 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

vas ощущение напряжения в гортани? Не боитесь ли вы закричать?

В тех частях тела, которые вам было особенно трудно ощутить, вы скорее всего испытаете острую боль, болезненную тупость, судорогу, когда восстановите чувствительность. Если такие боли возникнут, сосредоточьтесь на них. Разумеется, мы имеем в виду только функциональные или «психогенные» боли, а не результаты физических повреждений или инфекций. Страйтесь не впасть в ипохондрию, но, если возникают сомнения, обратитесь к врачу. Если возможно, найдите такого врача, который разбирается в функциональных расстройствах.

### ***Упражнение 2***

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

— Если у меня жесткая шея, не упрям ли я? У меня болит шея. Что причиняет мне боль в шее?

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 нахмуриены брови: я сержусь? Я чувствую себя разбухающим: не готов ли я разразиться гневом? Мое горло стянуто: нет ли там чего-то, что я не могу проглотить? Я чувствую тошноту: чего я не могу переварить?

### ***Упражнение 3***

До сих пор вы исследовали себя и мягко к себе приспособливались. 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 принятии его за свой собственный.

Примените к головной боли или другому подобному сим-

птому 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. В рассасывании боли 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, так что вы рискуете потерять терпение.

Боль будет перемещаться, расширяться или сужаться, менять интенсивность, качество и т. п. Страйтесь замечать, в каких местах и в каком направлении вы сжимаете определенные мускулы, определять форму и размеры зажимов. Будьте внимательны к каждому дрожанию, почесыванию, «мурашкам» по 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 суда, например, посмотрите, можете ли вы удержаться от преждевременного почесывания; сосредоточьтесь на нем и следите за его развитием. Позвольте возбуждению выйти на передний план. Если эта процедура правильно проведена, она в конце концов оставляет вас с чувством здоровья и благополучия. Эта техника применима не только к психосоматическим болям, но также к усталости, неопределенным возбуждениям, приступам тревожности.

## *Упражнение 4*

При выполнении предыдущих упражнений вы, возможно, испытаете тревогу, которая, как мы видели, является попыткой с помощью саморегуляции преодолеть неправильное дыхание во время усиливающегося возбуждения. Независимо от того, есть ли тревога, проделайте следующий дыхательный эксперимент.

Сделайте 4—5 глубоких, но без усилия вдохов и выдохов. Можете ли вы почувствовать поток воздуха в горле, в носо-

глотке, 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 вширь по бокам и на спине? Обратите внимание на напряжения в горле; на челюсти; на смыкания в носоглотке. Обратите особенное внимание на напряжения в диафрагме. Сосредоточьтесь на этих напряжениях и зажимах и следите за их развитием. В течение дня — особенно в те моменты, когда испытываете интерес (в работе, когда рядом кто-то сексуально привлекательный, при восприятии произведений искусства, при столкновении с важной проблемой) — обратите внимание, как вы стараетесь сдержать дыхание, вместо того чтобы дышать глубже, как биологически естественно в такой ситуации. Что вы удерживаете, сдерживая дыхание? Крик? Попытку убежать? Желание ударить? Рвоту? Выпускание газов? Плач?

### *Метод 4. «Работа с ретрофлексией. Совершение вновь обращенного действия»*

#### *Упражнение 1*

Сосредоточиваясь на различиях между левой и правой сторонами, вы можете в значительной степени восстановить тонкие моменты равновесия, необходимые для хорошей позы и правильного передвижения. Лягте на спину на пол. Поработайте сначала над дугами в пояснице и в шее. Хотя ни то ни другое не было бы в воздухе, если бы ваша лежачая поза была правильной, не старайтесь расслабиться или насилием 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. Допустите спонтанно возникающие изменения позы на более удобную. Теперь сравнивайте каждую анатомическую часть правой стороны 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 давлениям в организме, по мере того как вы их замечаете, мягко меняйте

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

В процессе этой работы держите колени несколько раздвинутыми, руки свободными и неперекрещенными. Отметьте тенденцию соединить их, если она возникнет. Посмотрите, что это может означать. Вы хотите защитить ваши гениталии? Вы чувствуете себя слишком открытым и беззащитным перед миром, когда вы так лежите? Кто может напасть на вас? Или вы хотите связать себя из страха, что иначе вы распадетесь 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 связь и важные различия существуют между передней и задней половинами тела. Например, возможно, что в то время, когда вы делаете вид, что смотрите перед собой, на самом деле вас постоянно 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, сосредоточение на различиях 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 протягивание или вытягивание. Попробуйте последовать этому импульсу. Если чувство усиливается, 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 протягивание рук в отталкивание? Если это так — оттолкните. Оттолкнитесь от чего-то твердого, как стена. Делайте это с силой, соответствующей вашему чувству.

Или, предположим, ваши губы сжимаются и голова клонится 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 вырастает в общее

чувство неповиновения и бунта, с ударами, пинками и криками? Что это значит?

При выполнении этих подражательных движений ничего нельзя достичь насилино. Это превращается в актерство и сбивает вас с нужного пути. Ваше понимание того, что хочет быть выраженным, должно расти из исследования и развития ваших чувств в их собственном значении для вас. Если движения правильные и происходят в правильном ритме и в правильное время, они кристаллизуют ваши чувства и прояснят значение ваших межличностных отношений.

### ***Метод 5. «Работа с интроверсией. Интровертирование и еда»***

#### **Упражнение 1**

Сосредоточьтесь на своей еде, без чтения или «думания». Просто обратитесь к вашей пище. 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 интроверсий, вы сами должны совершить работу разрушения и новой интеграции.

Отмечайте свои сопротивления при обращении к пище. Чувствуете ли вы вкус только первых кусков, а потом впадаете в транс «думания», грез, желания поговорить — и при этом теряете ощущение вкуса? Откусываете ли вы куски определенным и эффективным движением передних зубов? Иными словами, откусываете ли вы кусок мясного сандвича, который держите в руке, или только сжимаете челюсти, а потом движением руки отрываете кусок? Используете ли вы зубы до полного разжигания пищи? Пока просто замечайте, что вы делаете, без произвольных изменений. Многие изменения будут происходить сами собой, спонтанно, если вы будете поддерживать контакт с пищей.

Когда вы осознаете свой процесс еды, чувствуете ли вы жадность? Нетерпение? Отвращение? Или вы обвиняете спеш-

ку 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 «ментальной» 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 интроверсией. Изгнание и переваривание интроверктов»*

### *Упражнение 1*

Каждый раз во время еды один кусок — только один! — разжевывайте полностью до разжижения; не дайте ни одному кусочку проскользнуть неразрушенным, выискивайте их своим языком и вытаскивайте из уголков рта для дальнейшего разжевывания. Когда вы почувствуете, что пища полностью разжижена — проглатывайте ее.

### *Упражнение 2*

В качестве функционального соответствия жеванию одного куска найдите себе такую же работу в интеллектуальной сфере. Например, возьмите одно трудное предложение в книге, которое кажется «крепким орешком», и тщательно его проанализируйте, разложите на части. Найдите точное значение каждого слова. Определите, ясно или 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 неспокойном настроении — сердиты, подавлены, обвиняете кого-то, то есть склонны к «проглатыванию», — произвольно примените свою агрессию, набрасываясь на какую-то физическую пищу. Возьмите яблоко или кусок черствого хлеба и обратите на него свое возмездие. В соответствии со своим состоянием жуйте его так нетерпеливо, спешно, злобно, жестоко, как вы только можете. Но кусайте и жуйте, а не глотайте!

### **Упражнение 3**

Хотя это и неприятно, но нет иного пути, чтобы обнаружить, что в тебе не является частью тебя, кроме как восстановить отвращение и сопровождающий его импульс отвержения. Если вы хотите освободиться от этих чуждых вкраплений, интровертов в вашей личности, вы должны, в дополнение к жевательному упражнению, интенсифицировать осознавание 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 вам ужасным и болезненным только из-за ваших сопротивлений. Маленький ребенок делает это с легкостью; сразу же после этого он снова счастлив, освободившись от чуждой материи, беспокоившей его.

### **Упражнение 4**

Вот простое упражнение для того, чтобы начать работу над подвижностью фиксированной челюсти. Если вы заметили, что ваши зубы часто сжаты или что вы находитесь в состоянии суповой решимости, вместо того чтобы работать с легкостью и интересом, позвольте своим верхним и нижним зубам легко соприкасаться. Держите их не сжатыми и не разомкнутыми. Сосредоточьтесь и ждите развития. Рано или поздно ваши зубы начнут стучать, как от холода. Дайте этому развиться — если это произойдет — в возбуждение общей дрожи по всем мышцам. Дайте свободу этому состоянию, пока вы не будете весь трястись и дрожать. Если вам удался этот

эксперимент, используйте возможность увеличить свободу и растяжение челюсти. Смыкайте зубы в различных положениях — резцы, передние коренные, задние коренные, а в это время сожмите пальцами голову там, где челюсти переходят в уши. 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 отпустить всякую ригидность — до головокружения или 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**

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. Попытайте нужный ритм речи и слушания, отдавания и принятия, выдоха и вдоха. (Эта координация дыхания и внутренней речи — хотя одного этого и недостаточно — является основой терапии заикания.)

## **Метод 7. «Работа с проекцией. Обнаружение проекций»**

### **Упражнение 1**

Страх быть отвергнутым очень важен для всех невротиков, поэтому мы можем начать наши упражнения с него. Картина отвергнутости — сначала родителями, а теперь друзьями — в большой степени создается, обыгрывается и поддер-

живается невротиком. Хотя такие утверждения могут 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 спроектировал свое отвергание на других, он может, не чувствуя никакой ответственности за ситуацию, считать себя пассивным объектом разного рода 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, 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? Смузенено? Чувствуете ли вы то, что говорите? Не появляется ли тревожность? Вы чувствуете себя виноватым? Бойтесь, что своей искренностью вы можете неправильно испортить отношения? Убедитесь в разнице между фантазией и материальной реальностью, что обычно проецирующий и путает.

Теперь решающий вопрос: не чувствуете ли вы, что это вы отвергаете на тех самых основаниях, на которых вы считаете себя отвергаемым? Вам кажется, что люди смотрят на вас свысока? Если так, можете ли вы вспомнить случаи, когда вы смотрели свысока (или хотели бы) на других? Не отвергаете ли вы в себе тех самых черт, за которые, как вы думаете, другие отвергают вас? Тощий, жирный, кривозубый — 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 вещи, нежелательные в себе? Обманув кого-то, не говорите ли вы: «Он чуть было не обманул меня?»

### Упражнение 2

Рассмотрите свои словесные выражения. Переведите их, как с одного языка на другой: все предложения, в которых «оно» является 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 что-то говорит мне, 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 сжимаете ли вы мускулы таким образом, что причиняете вред голове — или даже для того, чтобы причинить вред?

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 — это выражает характер и мотивацию.

## *Метод 8. «Работа с проекцией. Ассимилирование проекций»*

### *Упражнение 1*

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 принуждения общества как от своих личных требований, так и от своих интроекций. Посмотрите, как вы ведете себя в своей

«совести»: придираетесь? Ворчите? Угрожаете? Шантажируете? Бросаете горькие, обиженные взгляды? Если вы сосредоточитесь на этих фантазиях, то увидите, сколь многое в вашем «моральном долге» является вашей собственной скрытой атакой, что представляет собой частично интровертированные влияния, и какая часть 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 определении способов, при помощи которых знания, приобретенные в результате выполнения данного упражнения, могут быть соотнесены с личной или профессиональной жизнью участников. По возможности тренер также участвует в выполнении упражнения.

После обсуждения упражнения участников 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 выполнения упражнения и вернуться к своим «нормальным» ролям.

### ***Упражнение 1. «Я и объект»***

Все участники разбиваются на пары. Затем их просят начать перемещаться по помещению и за его пределами и делать это до того момента, пока они не натолкнутся на какой-то действительно 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 следую-

щее: «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 описание своего партнера, 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 другим людям абсолютно ясно, что в действительности это мы сами чересчур разговорчивы. В процессе выполнения данного упражнения становится вполне очевидно, что мы можем приписывать объектам собственные качества. Во время выполнения данного упражнения или в процессе обсуждения, проводимого после выполнения упражнения, часто получается так, что все участники приходят к пониманию того, что они описывали различные аспекты собственной личности, а не особенности и внешний вид объекта. Это можно сделать предметом обсуждения после выполнения упражнения.

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 вообще проговаривание всего того, что возникло в процессе выполнения упражнения.

### ***Упражнение 2. «Самоописание»***

Все участники разбиваются на пары, и члены каждой пары садятся друг напротив друга. Затем участники начинают описывать себя в третьем лице своим партнерам. Описание в третьем лице может быть, например, таким: «Сергей Петров — высокий мужчина, его вес находится практически в идеальном соотношении с его ростом. У него светло-коричневые волосы с легкой проседью. Он носит очки и выглядит...» Каждый участник описывает себя в течение пяти минут, затем члены пары меняются ролями.

### Упражнение 3. «Я» и «не-Я»

Это один из вариантов медитативного упражнения. Все участники разбиваются на пары, и члены каждой пары усаживаются друг напротив друга. Затем один из членов пары начинает описывать себя своему партнеру, говоря о наличии у себя того или иного качества, а затем заявляя о его отсутствии: «Я испытываю чувство злости и я не испытываю чувство злости... Я добный и я не добный... Я человек спокойный и я человек не спокойный...» Это упражнение выполняется на протяжении пяти-десяти минут, за это время участник должен успеть рассказать своему партнеру о своих самых разнообразных личных качествах и чертах, обозначая при этом оба полюса. Затем члены пары меняются ролями.

### Техника 7. «Работа с потерей (утратой)»

Алгоритм проживания при потере:

Сначала неверие в то, что картина мира изменилась, что в ней кто-то исчез, отрицание этого вплоть до психотических состояний, попытка строить жизнь по старым принципам, «как если бы он был со мной». Диагностически это значит, что у человека недостаточно ресурсов для того, чтобы пережить расставание и на психическом уровне организовать жизнь заново. По сути, человеку после утраты надо разрушить собственную привычную жизнь и не восстановить старую, а построить новую. Однако на это еще нет ресурсов — вместе с утратой разрушается слияние.

Обида (куда она спроектируется — на ушедшего, на себя или на мир, на врачей, на друзей — этого нельзя сказать заранее) символизирует то, что человек начал выходить из слияния, и тревога возросла. Это реакция на разрыв слияния.

Агрессия. Это направленная вовне энергия, бессильный гнев на то (на тех), кто «виноват». Эта агрессия диагностически означает, что человек вышел из слияния и выражает чувства в адрес проекции. Даже если это агрессия на себя («ах я, дурак!»), выход из слияния уже произошел.

Отчаяние, взрывы горя, которые сменяются печалью, умиротворением. Человек проходит через контакт с пустотой, признавая свою беспомощность, бессиление что-то изменить. Печаль или горе — это эмоциональное выражение окончательного расставания со старой картиной мира.

На руинах старого мира строится новый. Все хорошее, что было связано с ушедшим человеком, остается не как актуальное воспоминание, но как память, которая может стать ресурсом для новой жизни. «То, что отделено, можно взять с собой в новой роли».

Человек спонтанно переживает эти фазы, делая «работу горя». Терапевт может помочь ему пройти те этапы, в которых человек «застрял». Отменить прохождение этих, субъективно очень тяжелых, этапов невозможно, зато стоит поддержать качественное «проецирование» на каждом этапе, а после «насыщения» — переход к следующим этапам. Ускорять переходы или перескакивать из жалости через этап невозможно.

Часто непрохождение этапа связано с тем, что человек не решается пережить чувство, не санкционированное в данной культуре. Терапевт создает атмосферу принятия и «легализации» негативных чувств, тем самым давая возможность завершить незавершенные действия.

### 3.7. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В основе некоторых современных подходов к изучению психосоматических расстройств лежит «оценочная теория стресса», акцентирующая внимание на роли каузальной атрибуции и атрибутивных стилей. В зависимости от того, каким образом объясняются причины стресса, его преодоление представляет собой либо фокусировку на проблеме (попытку изменить ситуацию), либо концентрацию на эмоциональной стороне переживаемого события (попытку изменить чувства, явившиеся результатом стресса). Важнейшими детерминантами каузальной атрибуции является личный атрибутивный стиль и локус контроля. Исследования подтверждают, что локус контроля может сдерживать травмирующий эффект события. Что касается каузальной атрибуции, то она значительно влияет на выбираемые стратегии преодоления стресса.

Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические и психосоматические расстройства являются следствием неточной оценки событий, и, следовательно, изменение оценки этих событий должно вести к изменению состояния пациента. Подобно поведенческой

терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов по-другому реагировать на ситуации, вызывающие приступы паники или агрессии. В этом случае устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее путем оспаривания их уместности.

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностической оценке и лечению психологических расстройств сформировалась к концу 50-х годов (Вильсон, 2000). К современной поведенческой терапии относятся следующие подходы:

- прикладной анализ поведения;
- необихевиоральная медиаторная модель «стимул — реакция»;
- теория социального обучения;
- когнитивная модификация поведения.

По сути, эти четыре подхода различаются степенью использования когнитивных концепций и методов. На одном крае континуума — прикладной анализ поведения, фокусирующийся исключительно на наблюдаемом поведении и игнорирующий какие бы то ни было опосредующие когнитивные процессы. На другом — теория социального обучения и когнитивная модификация поведения, в существенной степени опирающиеся на когнитивные теории.

Лежащая в основе поведенческой терапии модель болезни рассматривает соматические и психические симптомы как заученную форму поведения, которая может и «запамятоваться». Самые важные модели объяснения этого опираются на классическое обусловливание (респондирующее обучение), оперантное обусловливание (предметное обучение) и познавательно-психологическую модель (в рамках познавательной поведенческой терапии). При этом исходят из того, что поведение в болезни обусловливается воздействием определенных условных раздражителей (респондентно заученное поведение) и через определенные положительные последствия их сохранения (предметно заученное поведение). В последних работах указывается, что определенные мысли и установки (познание) одновременно приводят к развитию соматических симптомов и способствуют их сохранению (Бройтигам и др., 1999).

Новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в

когнитивно-поведенческую модель. Мишенью «чистого» поведенческого терапевта является изменение поведения; мишенью когнитивного терапевта — изменение восприятия себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. Аарон Бек (1967), наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. Бек заключил, что депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трех негативных категориях:

- негативный взгляд на настоящее: что бы ни происходило, депрессивный человек сосредоточивается на негативных сторонах, хотя жизнь и приносит некоторое удовольствие большинству людей;
- безнадежность в отношении будущего: депрессивный пациент, рисуя будущее, видит в нем только мрачные события;
- сниженное чувство собственного достоинства: депрессивный пациент видит себя несостоятельным, недостойным и беспомощным.

Другим примером является рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса (1962). Эллис исходит из того, что тревога, чувство вины, депрессия и другие психологические проблемы вызываются не психотравмирующими ситуациями как таковыми, а тем, как люди воспринимают эти события, что они думают о них. Терапия Эллиса стремится в первую очередь идентифицировать подобные наносящие ущерб личности («самопоражающие») и вызывающие проблемы мысли, которые пациент приобрел в результате неправильного обучения, а затем помочь пациенту заменить эти малоадаптивные стереотипы мышления на более реалистические, используя при этом моделирование, поощрение и логику. Как и в когнитивной терапии Бека, в рационально-эмотивной терапии Эллиса много внимания уделяется поведенческим техникам, в том числе домашним заданиям.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаруживается ряд общих черт (Doyle, 1987):

1. И те и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные — на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.
2. И те и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта — как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные — новым способам мышления.
3. И те и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем чтобы те практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.
4. И те и другие оказывают предпочтение практическому, лишенному абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обремененному сложными теориями личности.

Когнитивные факторы и стратегии преодоления оказывают влияние на физиологические процессы: при тягостных представлениях наблюдаются повышение артериального давления, учащение дыхания, изменение кровообращения и другие соматические приспособительные реакции. Специальные методы, направленные на изменение познавательных процессов и их последствий, связаны с подавлением нежелательных мыслей и чувств (стоп-мысли), с обусловливанием представлений и мыслей (скрытое обусловливание), с перестройкой автоматизированного познания (познавательное переструктурирование) (Ellis, 1977; Beck, 1979), с техникой обращения с проблемами (тренинг для снятия проблем) и с познавательными методами преодоления стресса («прививка против стресса», тренировка управления стрессом) (Meichenbaum, 1977). В психосоматике когнитивные лечебные методики всегда могут сыграть роль в тех случаях, когда у больного вырабатываются специфическое ожидание, представления и оценка неблагоприятного течения болезни, т. е. болезненное поведение, и когда можно на основе этого добиться того, что изменение познавательных процессов приведет к облегчению.

Для пациентов, которые не могут проявлять по отношению к другим людям ни положительных, ни отрицательных эмоций и потому ущемлены в своих социальных взаимоотношениях, предлагается тренировка уверенности в себе; в результате подавленные пациенты решаются наконец выразить

свои чувства и желания окружающим. Упражнения по формированию поведения проводятся в основном в виде ролевой игры; при этом придается также значение обучению модели поведения. Тренировка уверенности в себе важна при психосоматических и невротических нарушениях, которые связаны со страхами, неуверенностью в себе и с социальной угнетенностью.

Все большее значение в психосоматической медицине приобретают так называемые психовоспитательные методики, с помощью которых осуществляются стратегии по подкреплению поведения, благоприятного для здоровья, и отказу от поведения, оказывающего болезнестворное влияние (курение, алкоголизм, нарушения диеты, злоупотребление медикаментами).

Поведенческая терапия — предпочтительный метод лечения мужских и женских сексуальных проблем, таких, как импотенция, преждевременная эякуляция, оргазмическая дисфункция и вагинизм. Энурез — одна из детских проблем, наиболее хорошо поддающихся поведенческой терапии (Вильсон, 2000).

Выявлены специфические паттерны поведения, которые, по-видимому, повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. Модификация этих жизненных стилей может заметно уменьшить вероятность заболевания. К числу факторов риска, становившихся объектом воздействия терапевтических программ, относятся курение, избыточный вес, недостаток физической активности, стресс, гипертония и чрезмерное потребление алкоголя. «Злоупотребление веществами» обычно лечат посредством сочетания нескольких процедур самоконтроля. Стресс и гипертония подвергаются воздействию таких методов, как тренинг релаксации. Методы поведенческой терапии применяются как к больным (индивидуально или в группе), так и к здоровым людям в их производственной или иной социальной среде для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Поведенческие техники также успешно применяются по отношению к таким проблемам, как головные боли, расстройства пищевого поведения (нервная анорексия и булиния), астма, эпилепсия, расстройства сна, тошнота у онкологических больных в связи с лучевой терапией, страхи госпитализации и операции у детей и др.

Более подробно с теорией когнитивно-поведенческой терапии можно ознакомиться в работах (Александров, 2000; Бурлачук и др., 1999; Лазарус, 2000 а, б; МакМаллин, 2001; Beck, 1995; Ellis, 1973; Ellis, Dryden, 1996; Ellis, Grieger, 1977; Lazarus, 1995; Wolpe, 1969).

### ТЕХНИКИ

Этот раздел написан по материалам книги «Практикум по когнитивной терапии» (МакМаллин, 2001).

#### *Метод 1. «Формула ABC»*

##### **Техника 1. «Обучение основной формуле ABC»**

Первый шаг в любой когнитивной терапии — доказать пациенту важность образа мыслей. Чтобы прояснить ситуацию, начните с двух простых формул.

Старая формула:

$$A \longrightarrow C$$

Нарисуйте эту схему пациенту в процессе сеанса.

**A** обозначает активизирующее событие, ситуацию, в которой вы оказались, толчок из внешнего мира, стимул — все, что обусловливает процесс реагирования в целом.

**C** обозначает либо ваши эмоции, либо поведение. **C** — последствия **A**. Это могут быть чувства или действия.

Старая теория утверждает, что **A** вызывает **C**, что внешняя ситуация вызывает внутренние чувства и заставляет вас действовать определенным образом.

Правильная же формула следующая:

$$A \longrightarrow B \longrightarrow C$$

Нарисуйте это пациенту.

**B** обозначает когниции, убеждения, установки. **B** обозначает наши представления о ситуации, мысли, образы, восприятие, воображение, интерпретации и выводы, которые мы делаем относительно **A**.

По окончании первого сеанса дайте пациенту следующие домашние задания.

**Задание 1.** В следующих примерах описаны ситуации

**ABC**, но во всех отсутствует **B**. Вам нужно угадать, какие мысли (**B**) нужно вставить, чтобы связать ситуацию (**A**) и эмоции (**C**). Определите в каждом случае **A** и **C** и впишите **B**.

1. Начальник Анатолия отчитал его за опоздание. После этого Анатолий чувствовал себя подавленным.
2. Елена прошла два сеанса терапии и бросила ее, потому что посчитала, что она не действует.
3. У Катерины заболел живот. Ей стало страшно.
4. Олега оштрафовали за превышение скорости, и он сильно разозлился.
5. Ирина смущалась, когда ее друзья заметили, что она плачет на романтических сценах фильма.
6. Сергей был разъярен, когда служащий попросил его документы в то время, как он заполнял анкету.

**Задание 2.** Приведите пять примеров из своей жизни, в которых ваши мысли (**B**) вызывали болезненные эмоции (**C**). Опишите их в терминах **ABC**.

## Техника 2. «Доказательства того, что мысли определяют эмоции»

### *Упражнение 1. «Создайте эмоцию прямо сейчас»*

Терапевты могут показать своим пациентам, как их убеждения, а не внешняя среда, порождают те или иные эмоции. Терапевту нужно продемонстрировать, как пациент может почувствовать себя счастливым, не преобразуя ничего в своем окружении, детстве или биохимии, а только меняя свой образ мыслей.

Для того чтобы это сделать, дайте полное описание любой сцены, в которой задействованы несколько сенсорных модальностей. Чем больше ощущений пациент будет использовать в своем воображении, тем лучше. По очевидным причинам сцена должна быть скорее приятной, чем наоборот. Вы можете создать любое, какое пожелаете, описание. Попросите своего пациента представить эту сцену настолько ярко, насколько это возможно.

### *Упражнение 2. «Лучшие примеры из собственного прошлого пациента»*

Большинство пациентов уже имеют представление о силе **B** из своей собственной жизни. Полезно будет напомнить им о том, что они уже знают. Попросите их вспомнить моменты,

когда они были чем-то сильно обеспокоены, потрясены или расстроены, но что больше не имеет над ними власти — то, что они смогли преодолеть. Попросите их сосредоточиться на первоначальном событии и определить А и С. Пусть они обрисовывают ситуацию, пока она не прояснится в их сознании, а затем попросите их установить В. Что они говорили себе, когда были так расстроены? Наконец дайте им сконцентрироваться на том, в чем они убеждены на сегодняшний день. Что такого они говорят самим себе сейчас, во что не верили прежде?

### ***Упражнение 3. «Если изменится В, то изменится и С»***

Приведите своим пациентам несколько примеров АВ. Возьмите в качестве константы ситуацию (А), а в качестве переменной — внутренний диалог. Попросите их определить эмоцию, которую будут вызывать различные мысли (В). Проанализируйте различные варианты реагирования (С) на одно и то же событие(А).

Лучшие примеры — те, которые создает сам пациент. Их преимущество в том, что они являются лично значимыми и поэтому обладают внутренне присущей им убеждающей силой. Терапевт должен побуждать пациента думать, как в его собственных примерах В вызывают С.

1. А. \_\_\_\_\_

    В. \_\_\_\_\_

    С. \_\_\_\_\_

2. А. \_\_\_\_\_

    В. \_\_\_\_\_

    С. \_\_\_\_\_

и т. д.

### ***Метод 2. «Определение убеждений»***

#### ***Техника 1. «Определение ожиданий»***

##### ***Упражнение 1***

Отдельные В появляются до того, как случается А. Чаще всего это глобальная философия, или взгляд на мир, которая обусловливает то, каким образом пациенты встречают событие.

— B — A — C<sub>3</sub> — C<sub>II</sub> —>  
 Ожидания

**А** – активирующее событие, или стимул

**В — когниции и убеждения разных видов (в данном случае, это — ожидания)**

**С<sub>3</sub>** — эмоциональная реакция — то, что мы чувствуем

**С** — поведенческая реакция — то, что мы делаем

Ожидания — это то, что пациенты хотят от себя, других и мира в целом. Это критерии, которые они используют, чтобы решить, были они успешны или провалились, их собственные притязания на то, как они должны себя вести. У пациентов могут быть заниженные или завышенные ожидания относительно себя, других или мира. Когда они нуждаются в достижении желаемого, то ожидания становятся требованиями. Зачастую нереалистичные ожидания являются единственной причиной эмоциональных проблем.

Попросите пациента сосредоточиться на проблемной ситуации и продолжать воображать ее до тех пор, пока она не прочувствуется достаточно отчетливо.

Попросите его определить наилучший исход в данной ситуации и отметить свой ответ на десятибалльной шкале. Крайние деления на шкале соответствуют наилучшему и наихудшему событиям, которые могли случиться с ним в жизни. Например, завоевание Нобелевской премии (10) может быть противопоставлено диагностике рака последней стадии (0).

Пусть пациент представит наилучший и наихудший исход в проблемной ситуации и отметит их значения на шкале.

Пусть ваш пациент решит, где будет находиться точка ПДП (просто-достаточно-приемлемое). Объясните, что ПДП — «это тот исход, который вы сочли бы просто достаточно приемлемым — минимум, необходимый для вас, чтобы воспринимать событие довольно позитивным».

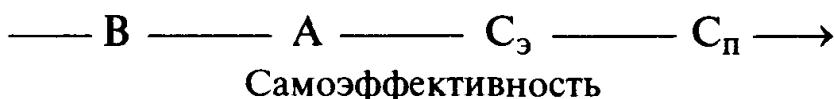
(0) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (ПДП) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (10)  
Наихудший Наилучший  
исход исход

Наконец, попросите пациента заполнить несколько шкал для других проблемных ситуаций, следуя той же процедуре. После этого вы будете в состоянии определить, какие ожидания, требования к себе и обозначения он использует, чтобы оценивать других и себя.

Эти шкалы помогут вам выявить различные аспекты невидимых ожиданий ваших пациентов. Пронаблюдайте, как измерительные шкалы пациентов отличаются от таковых большинства людей, сталкивающихся с подобными ситуациями. Например, следующие шкалы отражают такие искажения.

## **Техника 2. «Определение самоэффективности»**

### **Упражнение 1**



**Сделайте так, чтобы ваш пациент расслабился и сосредоточился на определенной проблемной ситуации (АС).**

Попросите его предсказать свою способность успешно с ней справиться и проставить это значение на континууме (можете использовать те же шкалы, что и для ожиданий).

(0) _____ x _____	(5) _____ x _____	(10)
Мало шансов на успех		Много шансов на успех

Пройдитесь по нескольким различным ситуациям, чтобы установить, как пациент понимает свою самоэффективность. Занижена она или завышена?

Будучи тесно связанной с самоожиданием, самоэффективность обычно обсуждается вкупе с ней: это соотношение

синергично. Например, высокие ожидания и низкая самоэффективность — одна из самых неблагоприятных комбинаций. Депрессивные пациенты зачастую требуют от себя слишком много и мало надеются на то, что они этого достигнут.

Можно попросить пациентов поместить обе переменные на одном континууме, как это показано ниже.

(0) Эф (ПДП) Эф (10)  
Низкая Средняя Высокая

«Покажите мне на этой шкале, что вы считаете для себя просто достаточно приемлемым результатом (ПДП). А теперь отметьте, какой эффективности, на ваш взгляд, вы можете добиться». Пациенты, которые видят свои проблемы подобным образом, впадут в уныние. Им будут казаться бессмысленными любые попытки, поскольку ожидаемый успех слишком далек даже от минимально приемлемого исхода.

## Техника 3. «Определение «Я-концепции»

### Упражнение 1

— В — А — С<sub>э</sub> — С<sub>п</sub> →  
«Я-концепция»

Несмотря на то что существует множество достаточно полезных способов измерить «Я-концепцию», вероятно, наиболее ценным для когнитивного терапевта методом будет извлечение «Я-концепции» из составленного пациентом списка В. Составьте список ведущих идей пациента. Выберите те В, которые напрямую обращены к «Я». Найдите позитивные и негативные валентности, которые пациент проявляет в каждом из этих убеждений. Например, такое В: «Мир — огромное и опасное место» — демонстрирует соответствующую «Я-концепцию»: «Я слабый и беспомощный». Такая установка будет негативной «Я-валентностью».

## Техника 4. «Определение внимания»

### Упражнение 1

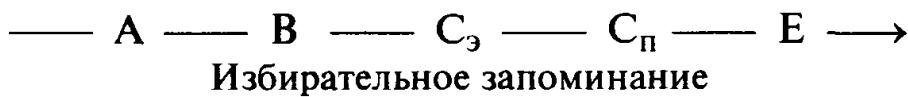
— В — А — С<sub>э</sub> — С<sub>п</sub> →  
Внимание

Дайте своим пациентам инструкцию в следующий раз, когда они почувствуют, что расстроены, создать мысленную картинку того, что их беспокоит. Если они смогут, пусть сделают набросок ключевых компонентов.

Предложите им затем построить еще одну мысленную картинку, но с другим в другом ракурсе. Это будет трудно, потому что к ним постоянно будет возвращаться изначальный образ. Вдохновите их на то, чтобы они продолжали практиковаться: эта методика хорошо помогает научиться и в реальной жизни изменять свою точку зрения на различные проблемы.

### **Техника 5. «Избирательность памяти»**

#### **Упражнение 1**



Объясните своему пациенту принципы избирательности памяти. Возможно, вы пожелаете предложить ему их письменное изложение. Этому поможет следующая памятка об избирательности памяти.

#### **Избирательная память**

Каждый раз, предаваясь воспоминаниям о прошлом — о великих событиях, произошедших с вами, когда вы были старшеклассником, о своей первой любви, о том чудном времени, что вы провели, живя в Петербурге, — вы должны быть осторожны, потому что ваши воспоминания могут обманывать вас. Вы могли создать фантазию о том, чего никогда не было, потому что выборочно опустили те предметы, эмоции и события, которые не совместимы с желаемым настроением. Обманываясь таким искажением и принимая его за истину, вы воспринимаете это сфабрикованное прошлое как реальное.

Иногда искаженная память о прошлом создает ощущение несчастья в вашем настоящем. В таких случаях единственный способ стать удовлетворенным в текущий момент — заставить себя аккуратнее воспроизводить прошлое. Только в том случае, если вы будете вспоминать о своей истории самым беспристрастным и непредубежденным образом, уроки прошлого опыта станут вашим ориентиром.

Лучше осторожно выбирать свое прошлое.

## Упражнение 2

*Смутное припоминание.* Попросите пациента вспомнить какое-нибудь событие, но не в деталях, а общее впечатление. Пусть он запишет свои воспоминания на бумагу или аудиокассету.

*Релаксация.* Затем введите его в состояние релаксации: либо обучите систематическому расслаблению, либо дайте ему прослушать запись со звуками природы или успокаивающей музыкой.

*Детальное припоминание.* Пусть он представит, что существует назад в прошлое и возвращается к ранним эпизодам. Выберите определенную сцену для рассмотрения. Напомните пациенту, чтобы он подключил все ощущения для ее воспроизведения: зрение — какие цвета, освещение, предметы, движения, перспективу он видит? Слух — может ли он слышать разговоры? Воспринимает ли фоновые звуки, музыку, разговор в соседней комнате, гул машин на улице? Обоняние — какие замечает запахи? Кинестетика — двигается, стоит или лежит? Эмоции — чувствует себя счастливым, грустным, испуганным, разозленным? С какой силой и в какой комбинации? Пройдите по всем ступеням, не перепрыгивая и не обобщая. Используйте как можно больше деталей. Память можно стимулировать просмотрением фотографий, дневников и писем. Напомните ему о событиях, также происходивших в это время. Используйте любые подсказки, которые могут помочь вспомнить былое время.

*Запись.* Кратко набросайте то, о чем вспомнил ваш пациент.

*Сравните* первое (смутное) воспоминание с последним (детальным). Что не удалось вспомнить? О чём он забыл?

## Техника 6. «Определение атрибуции»

### Упражнение 1



Сосредоточьтесь на характерных для пациентов ситуациях (AC).

Как они считают, что вызвало их проблемы?

Пусть они в своем воображении нарисуют все другие, ка-

кие они только могут себе представить, возможные причины. Продолжайте до тех пор, пока каждый не составит большой список.

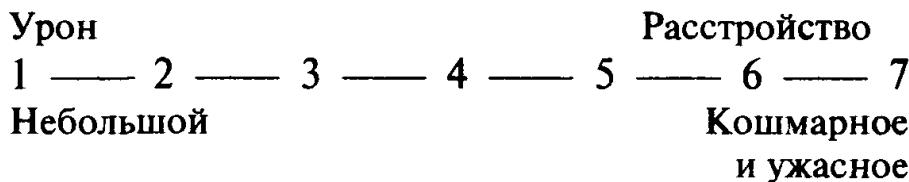
Помогите им найти объективные доказательства «за» и «против» каждого пункта их списка. Отберите причину с наибольшим числом доказательств «за» и наименьшим — «против».

### Техника 7. «Определение оценки»

#### *Упражнение 1*

Помогите пациентам составить список из десяти событий их прошлого, которые сильно расстроили их.

Помогите им отметить степень их расстройства на континууме от 1 до 7. На данном континууме событие было оценено в 6 баллов.



Затем пусть пациенты оценят урон, который они понесли вследствие этого события. На данном континууме показана оценка в 2 балла.

Разница в баллах показывает, насколько пациент преувеличивает события: +4.

Напомните своим пациентам, чтобы в следующий раз, когда они будут расстроены, они вспомнили, насколько они преувеличивают событие, и попробовали снизить свой страх до реалистичного уровня.

Многие оценки пациентами своих эмоций очень изощренны. Они выкручивают и выворачивают свои эмоции так, что не могут справиться с ними. Можно привести следующие примеры:

- «Я не должен чувствовать это».
- «Неправильно, что я должен испытывать это».
- «Чувствовать опасно».
- «Я должен уметь контролировать эту эмоцию иправляться с ней».
- «Если я не избавлюсь от этого чувства, то оно одолеет меня и будет мной управлять».
- «Я не вынесу этого чувства».

## Техника 8. «Определение самоинструктирования»

----- А ----- С<sub>э</sub> ----- В ----- С<sub>п</sub> -----  
Самоинструктирование

### Упражнение 1

Скажите своим пациентам, чтобы, когда они не заняты чем-то особенным, они обратили внимание на свой автоматический внутренний разговор. Пусть они записывают, о чем думают. Или, если им необходима помощь, вы можете вместе записать это на одном из сеансов. Скажите пациентам, чтобы они не сообщали об этих мыслях привычным образом. Пусть не пытаются построить законченное предложение, выбросить неуместные или отвлекающие мысли, не подвергают их грамматической или личной цензуре. Пусть они каждый раз, как появляется какая-нибудь автоматическая мысль, дословно записывают ее. Вы должны начать исследование после появления нескольких первых записей.

Попросите пациентов отложить свои записи на несколько дней и принести на следующий сеанс. Помогите им соотнести их записи с предыдущими.

Продолжайте анализировать спонтанные записи пациентов. Они станут для вас четкими снимками их внутренних процессов.

## Техника 9. «Определение скрытого знания»

— А — С<sub>э</sub> — В — С<sub>п</sub> →  
Скрытое убеждение

### Упражнение 1

Попросите пациентов сосредоточиться на том, когда в последний раз они вели себя импульсивно. Ищите поведение, а не мысль или эмоцию. Выберите ситуацию, когда они хлопнули дверью, проклинали кого-то или убегали от какой-нибудь опасности.

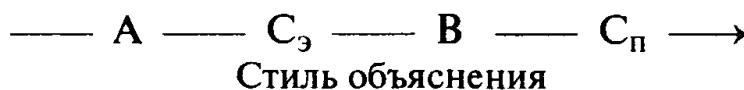
Помогите пациенту припомнить те скоротечные мысли и ключевые когниции, которые позволили им действовать. Вот несколько возможных мыслей, которые вы можете обнаружить:

- «Я должен выразить свои чувства».

- «Я не могу их контролировать».
- «Это правильный образ действий».
- «Так я смогу избежать наказания».
- «Я не виноват, что-то вынудило меня сделать это».
- «Я должен сделать это».
- «Я обязан так поступить».
- «Я не могу избежать этого».
- «Я желаю это сделать».

Сосредоточьтесь на одной из мыслей пациента и измените ее, чтобы убедиться, что вы нашли нужную когницию. Пусть пациент представит, что он думает противоположным образом. Пусть он вообразит себе эту сцену так живо, насколько это возможно. Спросите его затем: «Если бы вы думали по-другому, вы бы все равно так себя повели?» Если он ответит, что нет, он не повел бы себя подобным образом, значит, вы нашли его скрытое знание.

### Техника 10. «Объяснительный стиль»



#### *Упражнение 1*

Пусть ваши пациенты составят список своих центральных проблем. Например: «У меня неприятности во взаимоотношениях».

Помогите им решить, сколько из этих проблем являются долговременными и вряд ли изменятся. Например: «Я буду всегда портить отношения» или «Я испытываю трудности прямо сейчас».

Как много глобальных проблем по сравнению со специфическими? Например: «У меня ни с кем не может быть хороших взаимоотношений» или «У меня неприятности в отношениях с Олегом».

Уверены ли ваши пациенты в том, что сами вызвали свои проблемы, или же думают, что некие внешние силы создали их? Например: «Что-то не так во мне, если у меня проблемы в общении» или «Мне не везет со взаимоотношениями».

Помогите пациентам найти альтернативные объяснения. Если они оценили свои проблемы как внутренние и постоянные, превратите их во внешние и временные. Проделайте то

же самое, если пациенты оценили проблемы как внешние и преходящие. Заметьте, как изменятся ощущения пациента, какие эмоции у него возникнут.

### ***Метод 3. «Группы убеждений»***

#### **Техника 1. «Определение центральных убеждений»**

##### ***Упражнение 1***

Для всей последующей работы очень важно найти центральные убеждения пациента. Когнитивная терапия эффективна, только когда терапевт работает над верными центральными убеждениями.

Пусть ваши пациенты расслабятся на пять минут. Переведите их внимание с внешних событий на внутренние.

Обратите их внимание на А. Пусть они как можно более ясно представлят волнующую их ситуацию. Пусть они используют все свои ощущения (зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, вкусовые, кинестетические), чтобы как можно живее вообразить А.

Когда у них получится представить в уме А, переведите их фокус на Сэ, их эмоции. Какие эмоции у них возникают, когда они представляют А? Попросите пациентов не придумывать эмоцию, пусть она появится сама. Дайте им возможность прочувствовать ее.

Теперь попросите пациентов сосредоточиться на своих мыслях. Спросите их: «Что вы говорите себе прямо сейчас об А такого, что это приводит вас к эмоции С? Пусть это будут первые возникшие у вас в уме мысли». Если необходимо, прервитесь недолго и запишите эти убеждения, затем вернитесь к мысленной концентрации. (На этом этапе вы знакомитесь с поверхностными убеждениями пациентов.)

Держите в уме их убеждение и задайте вопрос вроде: «И что из того, что?..» или «Почему это так важно, чтобы?..» Продолжайте задавать один и тот же вопрос, пока вы не найдете ключевой ответ. Очень важно выслушать ответы пациентов и подождать, пока мысли не возникнут в их воображении. (Вы можете найти полезным записать весь процесс, чтобы облегчить себе анализ ответов пациентов.)

У пациентов обычно бывает серия центральных идей. Работая над изменением убеждений, лучше не начинать сразу с центрального. Оно слишком отдалено от непосредственно воспринимаемых и пациентом обычно не осознается.

### Техника 2. «Определение жизненных ориентиров»

#### Упражнение 1. «Список критических событий и жизненных ориентиров»

Составьте список из 30 самых критических событий, случившихся в жизни вашего пациента. Выбирайте не только негативные (смерть любимого человека) события, но и другие поворотные точки, которые могут быть и позитивными, и негативными (получение степени или женитьба), или случаи, не представляющие значения для стороннего наблюдателя. Если они важны для пациента, то включайте их в список. Вам необходимы три списка: 10 инцидентов из детского возраста, 10 — из подросткового, 10 — из взрослого.

Разберите события в терминах А и СЭ. Что случилось и что чувствовал пациент?

Как только вы собрали все 30 АС-инцидентов, попытайтесь найти «тогдашние» центральные В для каждого из них. Это не то, что они думают сейчас об этом, а их мысли в то время. К каким выводам о себе, о других людях и о мире привело это событие?

Вернитесь к началу списка и проработайте его до конца, обращая внимание на повторение тем или В. Слова для обозначения тем могут меняться с годами. Составьте список подобных убеждений.

#### Упражнение 2. «Главный список идей»

В качестве заключительного упражнения, собирая убеждения своего пациента, составьте основной список его идей. Этот список должен включать в себя главные В пациента, собранные вами в процессе всей работы. В нем должно быть не менее 30 пунктов, и он должен быть как можно более исчерпывающим.

Каждую мысль пронумеруйте и запишите отдельно. Не беспокойтесь сейчас о словах, вы можете исправить их после. Единственная ошибка, которую вы можете сейчас допустить, не включить все В своего пациента. Записывайте все: если вы повторитесь, то потом можете вычеркнуть эти мысли.

### Техника 3. «Когнитивные карты»

#### Упражнение 1

Составьте из списка основных идей вашего пациента когнитивную карту. Вы можете сделать это, взяв каждую мысль из списка и сопоставив ее со всеми остальными мыслями.

Спросите себя и своего пациента: «Чем похожи эти мысли? В чем они разные? Какая мысль идет сначала, а какая следует за ней?» Например, если в списке есть мысль: «Я скверный человек» и «Мне нужно быть совершенным», то они определяются как связанные. Попытки стать совершенным могут быть компенсацией чувства неполноценности. Чувство своей неполноценности может быть результатом неосуществленных перфекционистских стандартов.

Зафиксируйте отношения между мыслями с помощью графика или когнитивной карты (рис. 2).

Через сеанс просмотрите карту и внесите все предложенные изменения. У людей с разными эмоциональными проблемами разными будут и когнитивные карты.

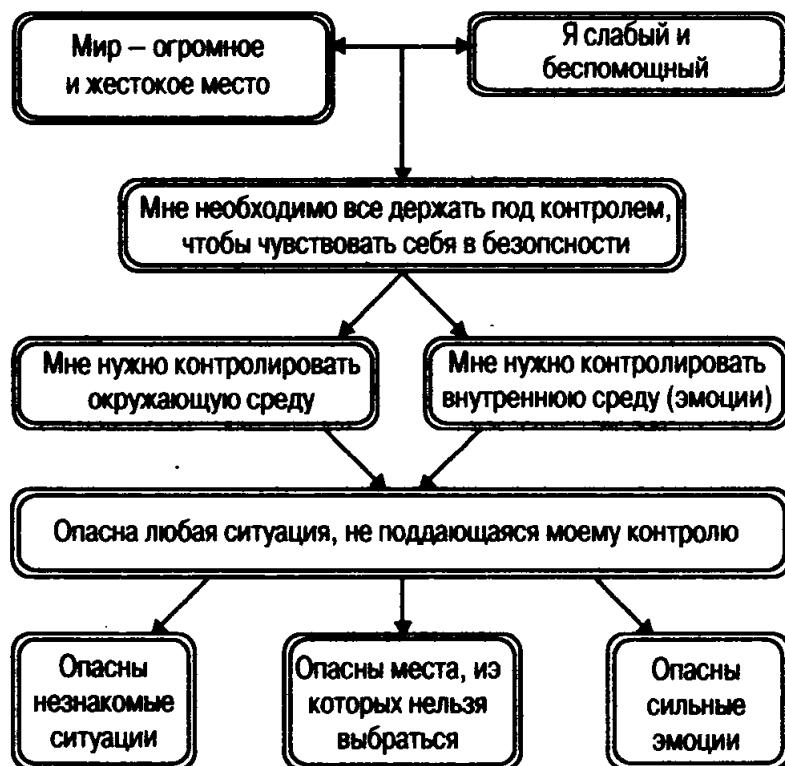


Рис. 2. Пример когнитивной карты

## Метод 4. «Жесткие техники опровержения»

### Техника 1. «Контратака»

#### Упражнение 1

Помогите пациенту найти веские контраргументы для каждой иррациональной мысли. Проверьте, действительно ли они ее опровергают. Например, аргумент: «Невозможно преуспевать во всем» сильнее, чем: «Часто бывает довольно сложно во всем добиваться успеха».

Пусть пациенты составят как можно больше контраргументов.

Убедитесь, что контраргументы реалистичны и логичны. Когнитивная реструктурирующая терапия не поддерживает мнение о силе позитивного мышления, когда очень часто люди занимаются позитивным самообманом. Вместо этого она подчеркивает силу правдивого, реалистичного мышления и просит пациентов говорить себе правду, а не только то, что приятно звучит.

Проинструктируйте пациента постоянно оспаривать иррациональные мысли. Иногда требуются месяцы, чтобы от техники появился эффект, и многие пациенты отказываются от такого вложения времени, говоря, что уже опробовали ее и безрезультатно. После выяснения затраченных пациентом усилий терапевт обычно обнаруживает, что пациент поспорил сам с собой в течение часа или двух. Пациенты должны понять, что им нужно опровергнуть утверждение столько же раз, сколько раз они за него до этого ратовали. Может быть, им придется по часу в день в течение года или более преодолевать то коренное убеждение, с которым они прожили всю жизнь.

Проверьте, чтобы каждый контраргумент был одной модальности с иррациональной мыслью. Соотнесите визуальные иррациональности с контрвизуализациями, лингвистические ошибки — с лингвистическими поправками, гневливые мысли — с сострадательными, пассивные — с активными, проприоцептивную неразумность — с проприоцептивной реальностью и т. д. Когда опровержение относится к одной модальности и тому же логическому типу, что и иррациональная мысль, больше вероятности, что оно будет иметь пробивную силу.

Атакуйте все иррациональные идеи пациента, а не только отдельные из них. Важно привязать опровержение ко всем когнициям, вызывающим эмоциональный отклик. Если были упущены главные установки, терапевт может потерпеть неудачу в работе по нейтрализации эмоций.

### **Упражнение 2**

Составьте список веских контраргументов.

Помогите пациенту подобрать мощное опровержение. Пациент должен попрактиковаться в технике контратаки в вашем присутствии, моделируя ваше поведение, пока не будет

достигнут необходимый уровень напряженности. Постепенно подводите ответы пациента к драматичной, напряженной и энергичной контратаке.

Терапевт может усилить контратаку, поощряя использование пациентом физического выражения эмоций, когда он постепенно сокращает мышцы. Вначале пациенты проводят контратаку с расслабленными мышцами, затем со слегка напряженными, потом — с сильно сжатыми. Часто физическое и эмоциональное напряжение у пациентов протекает параллельно.

Пациенты также могут усилить контратаку, модулируя голос, постепенно повышая тон и увеличивая громкость. Контрутверждение поначалу может произноситься мягко и в нос, затем нормально, ртом, затем, пока верхние доли легких наполняются воздухом, громко, затем очень громко, с легкими, полными воздуха. Как и при физическом выражении, голос становится аналогом степени разгневанности пациента.

## Техника 2. «Контрутверждения»

### Упражнение 1

Обучите пациентов основным принципам тренинга уверенности. Помогите им стать уверенными с самими собой прежде, чем они начнут практиковаться быть уверенными с другими. Например, вы можете сказать пациенту, критикующему себя за невыгодное вложение денег, что существует четыре различных способа справляться с ошибками. Вы можете быть:

- *пассивным* — проигнорируйте свою ошибку и притворитесь, что ничего не произошло. Это невыгодно, потому что вы, скорее всего, будете продолжать совершать ту же ошибку и не достигнете своих финансовых целей;
- *агрессивным* — атакуйте себя. Вините себя нещадно за то, что были так глупы и растратили деньги. Такой подход вызовет боль, снизит самоуважение и приведет к тому, что вы, вероятно, не воспользуетесь в будущем *ни одним* шансом выгодно вложить деньги;
- *пассивно-агрессивным* — вы можете наказать себя косвенно выпивкой, перееданием или нарочно худшим вложением денег. Это вредно не только потому, что вы не достигнете своих целей, но и потому, что, играя в прятки с самим с собой, вы перестанете понимать, какую ошибку совершили;

- **ассертивным** — будьте честны с собой в том, что вы допустили ошибку. Воспринимайте этот промах как недостаток суждения, а не характера. Уточните природу ошибки. Опишите, что в будущем вы постараетесь сделать по-другому.

Эффективными могут быть многие практические техники, но наиболее полезными для развития уверенности в себе являются ролевые игры и репетиция с аудиокассетой.

- **Ролевая игра.** Составьте список типичных конфликтных ситуаций, в которые попадает ваш пациент. Однако, в отличие от стандартного тренинга уверенности, конфликт должен быть не внешний, а внутренний. После этого пусть пациент потренируется в озвучивании четырех различных вариантов внутренней реакции. Попросите его обратить внимание на различные эмоции, которые вызывает каждый из подходов.
- **Репетиция с аудиокассетой.** Пациенты практикуют свои уверенные ответы, записывая их на кассету до тех пор, пока содержание и тон их не будет, на их взгляд, удовлетворительным.

### Техника 3. «Диспут и оспаривание»

#### *Упражнение 1*

Будучи неструктурированной, когнитивная терапия тем не менее использует определенные установленные компоненты на различных стадиях терапевтического процесса.

Помогите пациенту сосредоточиться на центральной иррациональной мысли, вызывающей вину, страх, гнев или депрессию.

Попробуйте найти доказательства против этого убеждения.

Обсудите «катастрофирование» (например: «Это так ужасно, кошмарно и катастрофично, что...») и требования пациента к себе («Я должен, я обязан, мне надо...»).

В большинстве случаев опровержения не выдаются терапевтом прямо. Вместо этого используются косвенные вопросы, чтобы помочь пациенту найти свои собственные опровержения.

Поощряйте обсуждение и оспаривание пациентом иррациональных мыслей каждый раз, как они проявляются. Предполагается ежедневная формальная практика. Часто полезными оказываются записывающие устройства.

## Техника 4. «Форсирование выбора»

### *Упражнение 1*

Найдите центральное ошибочное убеждение, которое вызывает наибольшую боль у пациента. Например, пациент может верить, что его или ее цель в жизни — это исполнить воображаемые «должен», «надо» и «обязан».

Опровергните ошибочные убеждения пациента, предоставив как можно больше убедительных противоположных взглядов. Например, что «должен» и «обязан» нигде, кроме человеческого ума, не существуют. Мир такой, какой он есть. И в нем нет ни «должен», ни «надо», ни «обязан».

Разыграйте ситуацию, в которой пациент сталкивается только с двумя выборами: следовать старому восприятию или перейти к новому. Например, предложите ситуацию, в которой два «должен» одинаковой силы противопоставлены друг другу и оба приводят к серьезным негативным последствиям.

Делайте все, что в ваших силах, чтобы помочь пациенту встретиться лицом с конфликтом. Если вы поддержите его и предложите дорогу к бегству, которая не требует от пациента смены убеждений, он воспользуется ею.

На высшей точке конфликта определите, какие перемены необходимы, и мотивируйте пациента их осуществить.

## Техника 5. «Создание диссонанса»

### *Упражнение 1*

Попросите пациентов представить вам свои когнитивные карты. Схема может быть общей или конкретной. В то время как пациенты описывают свои воззрения, терапевт очень внимательно записывает принципы, доказательства и подтверждения, которые они приводят.

Проведите несколько серий тщательно подготовленных вопросов, нацеленных на опровержение готовых схем пациентов. Вместо вопросов, направленных на контраргументацию, подготовьте такие, которые введут пациента в диссонанс.

Пациенты обычно защищают свои схемы, придумывая оправдания и новые объяснения. Вы должны продолжать задавать вопросы, которые порождают сомнения в формулировках пациентов. В любом случае поддерживайте у пациентов

диссонанс, пока они не перестроят схему. Очень важно, чтобы вы не отвечали на вопросы за пациента.

По мере продвижения пациента к принятию новой, унифицированной схемы тщательно контролируйте этот процесс, чтобы быть уверенным, что новое восприятие не содержит семян будущих несчастий.

### **Техника 6. «Когнитивное наводнение»**

#### ***Упражнение 1. «Образное наводнение»***

Пусть пациент представит в самых ярких деталях устрашающую сцену и сопровождающие ее иррациональные мысли.

Пусть он продолжает это до тех пор, пока условная реакция естественным образом не ослабнет.

Дайте пациенту инструкцию, чтобы каждый раз, испытывая иррациональный страх, он удерживал эмоции до тех пор, пока не устанет от них.

Пациент должен погружаться в свой страх в разное время в течение дня, представляя одну и ту же сцену с одними и теми же мыслями снова и снова.

Терапевт может счесть полезным использовать гипноз, чередуя наводнение и расслабление.

#### ***Упражнение 2. «Вербальное наводнение»***

Пусть пациент опишет в мельчайших деталях весь свой посттравматический опыт. Обсуждайте каждый случай много раз, пока пациент не устанет о них говорить.

#### ***Упражнение 3. «Прицельное наводнение»***

Этот метод похож на предыдущие, но с той разницей, что пациент сосредотачивается выборочно на одной из условных реакций. Пациент пытается воссоздать все физические ощущения, связанные с тревогой, учащенное сердцебиение, неспокойный живот, дезориентацию, затрудненное дыхание. Так нужно продолжать до тех пор, пока симптомы не исчезнут сами по себе. Со страхом необходимо работать как можно внимательнее.

Для каждой техники обычно требуется три получасовых сеанса.

## **Упражнение 4. «Негативная практика»**

Пусть пациент высказывает непрерывно все свои иррациональные мысли, пока он не устанет или пока ему не надоест или наскучит. Прекратите упражнение только тогда, когда он наотрез откажется говорить об этом.

## **Упражнение 5. «Иерархия»**

Помогите своему пациенту составить иерархию самых страшных ситуаций и иерархию связанных с ними самых пугающих мыслей.

Представьте наименее устрашающий пункт списка, живо и со всеми эмоциональными эффектами. Продолжайте до тех пор, пока у пациента не останется ни одной условной реакции во время воображения ситуации.

Перейдите к следующей ступени иерархии и повторите процесс.

Основное во всех вариантах техники наводнения — то, что пациенты должны оставаться в пугающей сцене до тех пор, пока их тела естественным образом не сведут на нет условные реакции. Если они преждевременно прекратят упражнение, страх только возрастет.

## **Техника 7. «Когнитивное обусловливание отвращения»**

### **Упражнение 1. «Самонаказание»**

Используйте основной список убеждений пациента. Запишите основные типы ситуаций, в которых убеждения проявляются. Каждая ситуация должна быть достаточно детально описана конкретной сценой так, чтобы пациент мог ее четко визуализировать.

Пусть пациент представит одну из сцен с сопутствующими иррациональными мыслями; когда это будет сделано достаточно отчетливо, дайте ему следующую инструкцию: «Хорошо. Теперь представьте, пожалуйста, наихудшие возможные последствия от подобных иррациональных мыслей. Что плохого может произойти из-за такого образа мыслей? Какую боль он вам приносит? Что хорошего вы из-за него упустили и что так и не случилось? Какой урон был нанесен вашему самоуважению? Что произошло с вашими взаимоотношениями? Как это отразилось на вашей жизни? Вообразите себе, что все

это случилось только благодаря вашим иррациональным мыслям. Не просто думайте обо всем плохом, а представляйте это до тех пор, пока оно не будет отчетливым настолько, что вы начнете испытывать негативные эмоции».

Повторите неприятную сцену как минимум три раза для каждой иррациональной мысли. Ваш пациент может комментировать вслух то, что он воображает, это поможет сделать сцены еще более отталкивающими.

Сделайте аудиозапись упражнения и проинструктируйте пациента слушать ее по три раза в неделю в течение нескольких недель.

### ***Упражнение 2. «Стандартные отталкивающие образы»***

Можно использовать такие стандартные образы, как рвота, яма со змеями, пауки или всеобщее презрение. Переплетите образы с иррациональными идеями так, чтобы между ними возникла тесная ассоциация. Можно использовать следующий неприятный сценарий.

Представьте себе, что в вашей жизни существует масса проблем, которые необходимо исправить. Ваша машина сломана, раковина засорилась, вам три года не повышали зарплату, в кошельке — ни копейки. Три года вы встречались с мужчиной, который говорил, что жениться еще не готов.

Вы начинаете думать: «Кто-то должен обо мне позаботиться. Мне нужен человек, который смог бы решить все эти проблемы. Я слишком хрупкая женщина, чтобы справиться с ними». Когда вы подумали об этом, вы почувствовали, как у вас сводит живот. Вас затошнило. Пища поднимается к горлу, во рту горечь. Вы стлатываете это. Вы начинаете думать о том, кто бы мог вам помочь, кто принес бы вам денег или вызвал сантехника. От этих мыслей вас тошнит еще больше. Глаза слезятся. Сопли текут из носа. Вас выворачивает. Вы думаете о том, чтобы позвонить вашему бывшему мужу, чтобы он позаботился о вас, о том, чтобы попросить маму пожаловаться вашему шефу, что вам не повышают зарплату, но от этого вам становится совсем мерзко. У вас начинается рвота. Рвотные массы уже везде вокруг вас. Они стекают на пол с ваших ног. Вы опять начинаете думать о ком-то, кто должен вам помочь, но вас выворачивает еще больше. Ваша одежда покрылась желто-коричневыми полосами. Вам уже нечем рвать, но по-

зывы не прекращаются. Вам кажется, что ваши внутренности сейчас вываливаются наружу.

Лучшие образы, вызывающие омерзение, это те, которые выбирают сами пациенты, исходя из собственных страхов и неприязней. Пусть пациент опишет вам свои представления о самых омерзительных, отталкивающих образах, которые у него могут быть. Вы можете составить небольшую иерархию. Затем свяжите эти неприятные вещи с его иррациональными мыслями.

### ***Упражнение 3. «Физическое отрицательное подкрепление»***

Пусть пациент представит себе свою иррациональную идею. Когда он отчетливо ее воспроизведет у себя в мыслях, проассоциируйте его с каким-либо внешним неприятным стимулом, например электрическим током умеренной силы или ударом резиновой дубинки. Другие варианты — напрячь мышцы живота, задержать дыхание, почувствовать противный запах, например серы, выполнить трудное, болезненное физическое упражнение. Мысль и неприятные ощущения должны неоднократно связываться, чтобы сама мысль стала противной.

### ***Упражнение 4. «Отсрочка»***

Метод отсрочки позволяет пациентам погружаться в негативный образ мыслей, но только после того, как они выполнят множество различных неприятных действий. Выберите убеждение, которым поглощен пациент, например такое: «Я болен и всех недостоин». Объясните, что им можно думать об этом, но только после того, как они заслужат на это право. Чтобы заработать право, они должны сделать следующее: проделать 15-минутную зарядку, выпить три стакана воды, записать время и место, где они разрешат себе уйти в свои мысли, или записать все свои размышления за последние 20 минут, но лишь те из них, которые не относились к навязчивому убеждению. Только после выполнения этих заданий им разрешается окунуться в свою любимую мысль на 10 минут. Если им нужны еще 10 минут, они должны пройти через всю рутину снова. 10-минутное удовольствие становится настолько дорогим, что большинство пациентов предпочитают не испытывать его лишний раз.

### ***Упражнение 5. «Устранение позитивных стимулов»***

Другая форма негативного обусловливания представляет собой устранение чего-либо позитивного. Эффект аналогичен ассоциированию убеждения с неприятными стимулами. Позитивной переменной может стать многое: необходимая релаксация, приятный образ, приятная эмоция или позитивное убеждение — что-то одно или все вместе может быть ликвидировано, когда пациент поддается иррациональной идеи. В литературе эта техника обычно называется ценой скрытой реакции или негативным подкреплением.

Подобно другим процедурам скрытой сенсибилизации, в этой необходимо большое число повторений. Пациенты практикуются с терапевтом и дома, прослушивая запись упражнения.

### ***Упражнение 6. «Негативные ярлыки»***

Слова — это символы более широких понятий, и эти символы часто имеют негативный подтекст, который вызывает неприятную эмоциональную реакцию. Ассоциируя негативные названия с иррациональными мыслями пациента, терапевт может помочь ему сформировать отрицательную реакцию на сами мысли.

Каждый раз, когда пациент думает или выражает иррациональные мысли, он должен говорить себе следующие слова: тупой, беспочвенный, пустоголовый, бессмысленный, глупый, абсурдный, ребяческий, идиотский, скучный, монотонный, бесполезный, смехотворный, убогий, бестолковый, ослиный, безмозглый, дурацкий, нескладный, недоделанный, наивный, несообразный, нелепый, пустой, неуместный, смешной, плоский, лепет, бред. Как и в любом другом негативном обусловливании, важно, чтобы пациенты навешивали ярлыки на свои мысли, а не на себя, например: «Я умный, но эта мысль идиотская».

### ***Техника 8. «Когнитивное обусловливание отстранения»***

#### ***Упражнение 1. «Уход от неприятного состояния»***

Свяжите неприятный стимул с негативным убеждением. Вы можете использовать самонаказание, образы, вызывающие отвращение, неприятные физические ощущения или негативные определения.

После того как было сформировано неприятное состояние, пусть ваш пациент начинает думать о чем-то реалистичном и рациональном. Когда мысли будут отчетливыми, немедленно выведите его из негативного состояния. Если для создания этого состояния применялся удар пальца током, прекратите его сразу же, как только услышите рациональную мысль. Если используется негативный образ, он должен смениться на позитивный одновременно с появлением рациональной мысли. Например, в случае обусловливания отвращения, упомянутом ранее (сцена рвоты, переплетенная с иррациональной мыслью «кому-то нужно обо мне заботиться»), была предложена следующая сцена для выхода.

Вас еще очень сильно тошнит. Вас почти рвет, но вы начинаете думать о том, что на самом деле можете позаботиться о себе сами, сами можете решить свои проблемы. Вы можете починить машину и раковину, вы можете разобраться с финансовыми проблемами. Вы можете выдержать конфронтацию со своим другом и своим начальством. Вам тут же становится лучше. Вы делаете глубокий вдох, и ваши легкие и живот начинают очищаться. Вы выходите из дома и ощущаете свежий, чистый воздух. Солнце согревает вас. Дует легкий ветерок. Вы ложитесь на мягкую, пушистую траву под раскидистым деревом, расслабляясь, в то время как думаете о собственной силе и о том, как сами будете решать свои проблемы. Вы возвращаетесь в дом и распахиваете все окна. Вы все убираете, оттираете полы, стены, ковры и мебель. Вы выбрасываете испачканную одежду и одеваетесь в новую, свежую, накрахмаленную. Вы начинаете думать о том, как самостоятельно справитесь и с другими своими проблемами, как только покончите с этими. Вы решаете больше никогда никого не просить помочь вам с проблемами, которые вы можете решить сами. Вы чувствуете себя уверенной и оптимистичной.

## Техника 9. «Скрытое избегание»

### *Упражнение 1*

Составьте иерархию проблемных ситуаций и сопровождающих их иррациональных мыслей.

Выберите нижний уровень в иерархии и попросите пациента представить ситуацию и связанные с ней мысли. Свяжите мысли с отрицательной эмоцией, образом или внешним

негативным стимулом. Повторите несколько раз, пока пациент не свяжет отрицательные чувства с иррациональной мыслью. Негативная эмоция должна быть достаточно сильной и неприятной.

Пусть пациент вообразит ту же ситуацию, но на этот раз заменит иррациональную мысль рациональной непосредственно перед тем, как появится отрицательная эмоция. Если пациент сильно убежден в рациональной мысли, то неприятные стимулы не появляются, если он в нее не верит — наоборот.

Продолжайте чередовать второй и третий шаг, продвигаясь вверх по иерархии, так, чтобы ваш пациент научился тому, что рациональное мышление поможет ему избежать негативных последствий.

### ***Метод 5. «Мягкие техники опровержения»***

#### **Техника 1. «Оспаривание в состоянии релаксации»**

Наиболее распространенный тип мягкого опровержения использует релаксационный тренинг. Сначала пациентам даются инструкции по одному или нескольким способам релаксации, а затем применяются техники опровержения. Наиболее существенным элементом в использовании данной техники является уверенность в том, что пациент остается расслабленным на протяжении всей процедуры.

#### ***Упражнение 1***

Сначала пациент упражняется в одном или нескольких методах расслабления. К ним относятся аутогенная тренировка, применение биологической обратной связи по показателям кожно-галванической реакции, электромиограммы, частоты сердечных сокращений; белый шум, звуки природы, релаксационная музыка.

Постройте иерархию иррациональных убеждений, которые вызывают тревогу. Расположите их по степени вызываемого страха или по силе приверженности этим мыслям.

Попросите пациента представить наименее провокационную мысль из иерархии. Когда она возникнет в уме отчетливо, начинайте глубокое мышечное расслабление. Продолжайте эту процедуру до тех пор, пока напряжение пациента не вернется к нулевому уровню, указывая на то, что мысль больше

не вызывает тревогу. Например: «Теперь, пожалуйста, представьте следующую мысль в вашей иерархии. Нарисуйте ее в уме так ясно, как только вы можете. Если хотите, вообразите какую-нибудь конкретную ситуацию из прошлого, в которой у вас чаще всего появлялась эта мысль. Продолжайте думать об этом, пока мысль не станет совсем отчетливой. Дайте мне об этом сигнал правой рукой... Хорошо, стоп! Теперь расслабьтесь, как я вас учил, и расслабляйтесь до тех пор, пока вам снова не станет комфортно. Сообщите мне об этом. Теперь повторите это еще раз, но сцена должна отличаться от той, что использовалась вами ранее».

Двигайтесь по иерархии пациента, пока его тревога относительно всех ее компонентов не станет равной нулю. Запишите процедуру на аудиокассету, чтобы пациент мог упражняться дома.

## *Упражнение 2*

Вы можете варьировать технику, применяя не релаксацию, а изменение ответных реакций. Вы можете использовать позитивные физические реакции, ассертивные реакции, записи звуков природы, приятные образы, которые лично пациент находит подкрепляющими, или низкие показатели сердцебиения, КГР, ЭМГ.

## *Упражнение 3*

В качестве замены релаксации могут быть использованы также общие образы, связываемые с иррациональными мыслями. Терапевт должен помочь пациенту переплести эти образы с иррациональными мыслями таким образом, чтобы эмоциональная валентность образа была перенесена на убеждения. Оказались полезными следующие образы: супермен, «зеленый берет», любимые герои и героини, любимые предметы, подсолнух, цветущий лотос, солнце, звезды, луна, религиозные фигуры (Иисус, Будда и др.), мудрый гуру, природные стихии (реки, океаны, горы), представление себя героем фильма, визуализация себя в качестве родителя, взрослого, ребенка, какого-либо животного.

В идеале с негативным убеждением сцепляются один или более этих образов. Например, переплетение мысли «Я должен быть лучше всех» с теми чувствами, которые пациент испы-

тывает по отношению к детям, может вселить идею о том, что ребенок ценен, даже если взрослый сильнее и мудрее его и достиг гораздо большего. Следовательно, превосходство еще не означает того, что ты стоящий человек. Подобным образом образ супермена можно связать с мыслью: «Я хуже других, потому что не умею кататься на велосипеде».

Релаксация — физиологическая реакция, в то время как мысли — явление когнитивное. Таким образом, в технике смещиваются две абсолютно разные перцептивные модальности, что, по всей вероятности, ослабляет эффективность техники. Лучшая замещающая реакция — та, что относится к той же модальности, что и первоначальный отрицательный условный стимул (визуальная, аудиальная, кинестетическая, сенсорная или эмоциональная). По этой причине данное упражнение наиболее эффективно связывает негативные мысли с позитивными.

### Техника 2. «Антикатастрофицирующая практика»

#### *Упражнение 1*

Перечислите ситуации, в которых пациент «катастрофизирует».

Запишите предрекаемый им в каждой ситуации урон.

На континууме от 0 до 10 отметьте значение того урона, который пациент предполагает («0» означает отсутствие каких-либо потерь, «10» — ужасающие потери).

После дискуссии, опровергающей преувеличение, попросите пациента представить лучший возможный исход для каждой ситуации. Отметьте этот исход на том же континууме от 0 до 10.

Пусть пациент, опираясь на прошлый опыт, решит, что более вероятно — наилучший исход или катастрофа.

Если необходимо, попросите пациента использовать континуум для предсказания опасности в предстоящей ему ситуации, которой он боится. После того как событие произойдет, пусть пациент сверится со шкалой и оценит, насколько точно он предсказал степень опасности.

Пациенты должны упражняться в антикатастрофицировании регулярно, пока они не будут оценивать предполагаемую опасность более реалистично.

## Техника 3. «Преодолевающие утверждения»

### *Упражнение 1*

Составьте иерархию ситуаций, в которых пациент чувствует себя тревожно или подавленно.

Помогите пациенту подготовить его диалог с самим собой, который он мог бы использовать в стрессовой ситуации. В диалог должны входить реалистические прогнозы ошибок, недочетов, отрицательных эмоций и пошаговые инструкции, как преодолеть эти проблемы. Диалог должен захватывать время до, в течение и после тревожащей ситуации.

Воспроизведите диалог вслух вместе с пациентом по каждому компоненту иерархии. Для лучшего эффекта терапевт произносит диалог, а пациент сначала повторяет его, затем воспроизводит в своем воображении. Следите за пациентом во время выполнения задания и корректируйте любые ошибки.

Поддержите пациента в упражнении в техниках совладания, в применении метода, который оказался наиболее эффективным. Например, некоторые пациенты считают полезным пассивное прослушивание записанного на аудиокассету прочитанного терапевтом диалога, в то время как другие предпочитают кассету с детальным обсуждением каждой ситуации из иерархии, что позволяет им тренировать диалог про себя. Другие носят диалоги на карточках и читают их, когда сталкиваются с реальной ситуацией.

В большинстве случаев пациентам необходимо отрабатывать свои сценарии в течение по крайней мере шести недель.

## Техника 4. «Скрытое угасание»

### *Упражнение 1. «Поведенческая практика *in vivo*»*

Пусть пациенты тренируются с пугающим их событием до тех пор, пока не произойдет угасание страха.

### *Упражнение 2. «Поведенческая практика *in vitro*»*

Пусть пациент мысленно представит, что он выполняет вызывающую страх деятельность без каких-либо неприятных последствий.

### ***Упражнение 3. «Угасание убеждения»***

Составьте список мыслей, которые у пациента ассоциируются с источником тревоги.

Пусть пациент представит, как в различных ситуациях, но без негативной эмоциональной реакции, у него появляются эти мысли.

Пациенту может понадобиться повторить опыт несколько сот раз, чтобы мысли больше не создавали условной реакции.

### ***Упражнение 4. «Условное угасание»***

Попросите пациента подождать, когда он снова будет чувствовать себя счастливым и уверенным, а затем прочитать или восстановить в уме свои иррациональные мысли. Скажите, чтобы он немедленно прекратил читать или думать о них, если почувствует, что расстраивается. Проинструктируйте его не выполнять процедуру тогда, когда он не чувствует себя счастливым.

### ***Упражнение 5. «Нейтральные образы»***

Составьте список иррациональных мыслей пациента и тех ситуаций, в которых они чаще всего появляются.

Составьте список нейтральных образов — таких, по отношению к которым пациент испытывает мало эмоций, например просмотр газеты, принятие пищи или чтение книги. Попросите пациента подтвердить, что данные образы вызывают только нейтральные эмоции.

Свяжите иррациональные мысли с нейтральными сценами. Скорее всего, вам потребуется около сотни повторений.

### ***Упражнение 6. «Сформированное скрытое угасание»***

Попросите пациента представить составляющие условный стимул эмоции или поведения таким образом, чтобы условная реакция не возникала. Например, тревожный водитель представляет себя сидящим на водительском сиденье, но не держащим руль. Поскольку стимул предъявлен не в полном объеме и его сила не превышает пороговых значений, то реакции не происходит. Постепенно увеличивайте силу стимула, не выходя за пределы пороговых значений, пока стимул в целом не будет вызывать никакой реакции. В частности:

1. Составьте список иррациональных мыслей пациента.
2. Разбейте мысли логически на составные части. Например, пациент думает: «Я никчемный человек, если у меня ничего не получается». Вы можете разделить «ничего» на множество различных оплошностей, например поломанный карандаш, невыгулянная собака, пропущенная при вязании петля и т. д.
3. Пусть пациент представит составные части своей мысли много раз. Убедитесь, что это не вызывает никакого дискомфорта. Вы можете использовать биологическую обратную связь или самоотчет пациента, чтобы определить, появляется ли у пациента условная реакция. Если она происходит, разбейте мысль еще больше.
4. Добившись отсутствия эмоциональной реакции, продолжайте достраивать мысль, приближаясь к ее первоначальной форме. Делайте это до тех пор, пока исходная мысль в целом не будет вызывать ни одной негативной эмоции.

Еще один тип сформированного скрытого угасания варьирует не мысли, а вызывающие страх образы. Например, боязнь ездить в лифте можно расчленить на образы большого лифта, стеклянного, пустого, такого, что поднимает только на один этаж вверх, и такого, что поднимает на сорок. Могут меняться и сами образы, если пациент посмотрит на себя в фобической ситуации с разных сторон. Пациент может вообразить, что он видит себя едущим в лифте по телевизору, смотрящим на себя из будущего, наблюдающим свое поведение в лифте в обществе друзей и т. д. Во всех случаях составные части образа преподносятся так, что эмоциональная реакция пациента не выходит за пределы пороговых значений.

## Техника 5. «Непатологическое мышление»

### **Упражнение 1**

Составьте основной список центральных убеждений пациента, которые связаны с его негативными эмоциями.

Пройдите по каждому убеждению и идентифицируйте все признаки, которые пациент определяет как психологическое расстройство.

Подробно объясните неправомерность ярлыка «болезнь» и в каждом убеждении подставьте понятия теории научения.

На протяжении всех терапевтических сеансов помогайте

пациенту изменять мысли или слова, которые подразумевают заболевание. Обращайте внимание на такие выражения, как «ненормальный», «психически больной», «сумасшедший», «разбалансированный», «разваливающийся на части», «нервный срыв», «странные поведение», «слабый», «больной», «нездоровий», «неустойчивый» и т. д.

Замените медицинскую модель моделью социального научения. Обращайтесь с пациентами как со студентами, находящимися под вашим руководством, а не как с пациентами, которых вы лечите. Покажите пациентам, что вы ожидаете от них выполнения домашних заданий, изучения ваших принципов и того, что они будут спорить с вами, если в чем-то не согласны. Поясните, что вы рассматриваете консультации как совместную работу: вы даете инструкции, они учатся.

### **Техника 6. «Скрытое подкрепление»**

#### ***Упражнение 1. «Лучшее возможное убеждение»***

Создайте иерархию проблемных ситуаций и сопутствующих им мыслей — 10 или 15 компонентов.

Для каждой ситуации создайте список рациональных убеждений.

Пусть пациент в состоянии релаксации представит наилучший способ, которым можно справиться с каждой ситуацией. Попросите его, будучи погруженным в ситуацию, подумать о самых разумных и реалистических из возможных убеждений и представить эмоции и поведение, которые порождает новое мышление.

После того как вышеупомянутые образы будут очень отчетливыми, попросите пациента представить возможные последствия нового мышления не только в данной, но и во всех подобных ситуациях.

Повторите упражнение как минимум три раза для каждой позиции. Делайте это до тех пор, пока пациент не сообщит, что у него не возникает негативных эмоций при визуализации сцены. Для оценки уровня ответной реакции пациента можно использовать самоотчет или биологическую обратную связь.

Продолжайте упражнение, продвигаясь вверх по иерархии, которая была установлена в первом шаге.

Упражнение обычно записывают, и пациентам рекомендуется прослушивать кассету три раза в неделю.

## **Упражнение 2. «Стандартные подкрепляющие образы»**

В этой технике выполняются те же шаги, что и в описанной выше процедуре, но вместо того чтобы просить пациента создавать свои образы наилучших возможных последствий рационального мышления, терапевт делает это сам. Эта модификация годится для пациентов, которые с трудом могут конструировать позитивные образы с интенсивностью, обеспечивающей их самоподкрепление.

Представьте, что, по мере того как вы начинаете мыслить все более и более реалистично, вы становитесь увереннее в себе. Сложности, которые были для вас проблемой, вы теперь разрешаете с относительной легкостью. Взаимоотношения, карьера и материальное положение — все начинает улучшаться. Когда проблемы все-таки случаются, вы разумно с ними справляетесь и движетесь к новым целям. Вы начинаете осуществлять свои стремления и те планы, которые вы себе наметили.

## **Упражнение 3. «Внешние вознаграждения»**

Рациональные убеждения пациентов могут подкрепляться при помощи внешних вознаграждений. Любые действия, которые выполняются достаточно часто (например, поедание конфеты), могут выступать в качестве положительного подкрепления для более редких поступков (рациональное мышление). Следовательно, пациент может вознаграждать себя каждый раз, когда он замещает иррациональную мысль rationalной.

Пациенты могут намеренно связывать положительное подкрепление с желаемой мыслью или действием всегда, когда пожелают, и их нужно к этому поощрять. Необходимо их поддерживать в том, чтобы в своей практике они могли акумулировать маленькие вознаграждения в большие в зависимости от значимости тех перцептивных и поведенческих барьеров, которые они захотели бы преодолеть. Таким образом, конфета может быть существенным подкреплением для преодоления небольшого препятствия, но в качестве вознаграждения за победу над действительно крупной проблемой пациент может поставить себе целью взять большой отпуск.

### **Метод 6. «Объективные техники опровержения»**

Ниже следуют отдельные ключевые принципы, лежащие в основе различных типов объективного опровержения.

Пусть пациент идентифицирует основные центральные убеждения, которые приводят к негативным эмоциям.

Помогите пациенту разбить каждое утверждение на его основные логические компоненты. Скрупулезно избегайте субъективных суждений как о самом убеждении, так и о составляющих его частях.

С помощью пациента исследуйте каждое убеждение с позиций индуктивной и дедуктивной логики. Совместно решите, является ли данное убеждение логичным.

Если пациент оценивает суждение как ложное, пусть он запишет все логические доводы для такого опровержения.

Попросите пациента вспоминать все эти опровергающие доводы каждый раз, когда возникает ложное убеждение, пока оно не перестанет повторяться совсем.

### **Техника 1. «Альтернативная интерпретация»**

#### **Упражнение 1**

Пусть пациент в течение недели делает записи о самых неприятных эмоциях, которые у него за это время возникнут, в одном-двух предложениях отмечая активирующее событие (ситуацию) и свою первую интерпретацию события (убеждение).

Пусть пациент продолжит это упражнение и на следующей неделе, но в этот раз попросите его придумать еще по крайней мере четыре интерпретации для каждого события. Каждая интерпретация должна отличаться от первой, но быть не менее правдоподобной.

На очередном сеансе помогите пациенту решить, какая из тех четырех интерпретаций поддерживается наибольшим числом объективных доказательств.

Попросите пациента продолжать поиск альтернативных интерпретаций, временно откладывая первоначальные суждения и принимая решение о корректной оценке только тогда, когда время и расстояние обеспечат необходимую объективность. Продолжайте эту процедуру по меньшей мере в течение месяца, пока пациент не будет выполнять ее автоматически.

## Техника 2. «Рациональные убеждения»

### *Упражнение 1*

Составьте список ситуаций, в которых пациент расстраивается. Это могут быть конкретные ситуации из прошлого или настоящего или общие жизненные ситуации, с которыми пациент чаще всего сталкивается.

Подготовьте рациональные убеждения или самовнушения, которые пациент в этих ситуациях сможет использовать. Эти убеждения должны преувеличивать положительные либо отрицательные стороны ситуации, но должны основываться на объективном взгляде на происходящее. Потратьте время на то, чтобы найти для ситуации наиболее здравомыслящие интерпретации.

На одной стороне карточки 10x15 см запишите пусковые стимулы к каждой ситуации. На другой ее стороне — полное описание рационального восприятия, которого пациент хочет достичь.

В течение как минимум шести недель по несколько раз в день пациент должен представлять себя в одной из ситуаций как можно отчетливее.

Когда визуализация будет достаточно ясной, пациент должен представить рациональную мысль и также сделать ее отчетливой.

Пациент должен выполнять это упражнение до тех пор, пока он не начнет рефлекторно воспроизводить рациональное убеждение каждый раз, как воображает событие. Если иррациональные мысли внедряются в сознание пациента, он в тот же момент должен остановиться и снова попробовать воспроизвести рациональное убеждение.

Рациональные убеждения — это необязательно самое позитивное восприятие ситуации, но наиболее реалистичное. В большинстве случаев терапевту нужно тщательно исследовать ситуацию, чтобы определить наиболее разумную точку зрения.

## Техника 3. «Утилитарные доводы»

### *Упражнение 1*

Подготовьте список иррациональных мыслей пациента.

Составьте список ситуаций, в которых обычно возникают эти мысли.

Помогите пациенту выбрать конкретную поведенческую цель, которую он должен достичь в каждой ситуации. Пусть он спросит себя: «Чего я хочу сейчас добиться?» Например, вы можете взять в качестве цели ассертивный ответ на несправедливую критику или открытое признание ошибки и т. д.

Пусть пациент спрашивает себя относительно каждой мысли: «Помогает мне эта мысль достичь своей цели или нет?»

Независимо от того, является мысль правдивой или нет, помогите пациенту найти такие утверждения, которые были бы наиболее полезны для него в плане достижения своих целей.

Попросите пациента менять непрактичное убеждение на прагматичное при каждой возможности.

Вместе с пациентом проработайте все ситуации, двигаясь вверх по иерархии и меняя невыгодные мысли на полезные.

### Техника 4. «Деперсонализация “Я”»

#### *Упражнение 1*

Составьте список из 20 негативных событий, которые произошли с вашим пациентом не так давно.

Запишите предполагаемые им свои внутренние недостатки (убеждения, приводящие к гиперперсонализации), которые, на его взгляд, послужили причиной происшествий.

Научите пациента искать причины событий во внешней среде. Используйте научный метод: отыщите стимулы, подкрепление, операнты или сопутствующие элементы среды, которые послужили пусковыми механизмами негативных событий. Переделайте все внутренние причины во внешние.

В случае если причин множество, примените «принцип Оккама»: самое простое объяснение должно рассматриваться в первую очередь, как наиболее вероятное.

Пусть пациент практикуется в определении внешних и внутренних причин тех событий, которые происходят с ним в течение дня. Научите его смотреть на себя и на других как на объекты, подверженные влиянию окружающей среды.

Как только пациенты научатся не брать на себя ответственность за эти влияния, расскажите им про различные методы решения проблем, которые могут использоваться для преобразования среды.

## Техника 5. «Общественное значение»

### *Упражнение 1*

Научите пациента различать воспринимаемое событие и его мысли об этом событии.

Помогите пациенту посмотреть на событие с позиций общественной и личной значимости. Общественное значение можно увидеть, если пациент потренируется воспринимать ситуацию с точки зрения других людей. Напомните пациенту, что у них уже есть общественный взгляд, так как в течение всей своей жизни они могли наблюдать за другими в тысяче различных ситуаций. Помогите пациенту перенести свое восприятие других людей на себя.

Для того чтобы перевести значение событий из разряда личного в общественное, пациент должен научиться отсторонять от собственного восприятия эмоциональные переменные, интенсивное самонаблюдение и определенные метафизические предположения. Очевидно, что это невозможно осуществить в полной мере, но чем больше пациенты смогут к этому приблизиться, тем более объективным будет их взгляд на происходящее.

После того как было раскрыто понятие общественного значения событий, помогите пациенту составить список основных ситуаций, с которыми он сталкивался, а также общественных и личных значений для каждой из них. Сначала пациентам нужно будет проинтерпретировать событие с позиций общественности после того, как они автоматически восприняли его с личной точки зрения. По мере постепенного развития пациенты смогут все больше и больше приближать объективный взгляд на событие ко времени его совершения и в конце концов замещать персональное восприятие общественным во время самого события.

## Техника 6. «Диспут по поводу иррациональных идей»

### *Упражнение 1*

Попросите пациента при проверке своего убеждения ответить на следующие вопросы в предложенном порядке:

1. Какая идея вас волнует?
2. Можете ли вы дать ей рациональное подтверждение?
3. Какие существуют доказательства ее ложности?

4. Существуют ли какие-либо доказательства ее истинности?
5. Если судить реалистично и объективно, что произойдет скорее всего, если вы будете придерживаться подобного образа мыслей?
6. Что будет происходить, если вы не будете думать подобным образом?

Пусть ваш пациент практикуется в приложении этой серии вопросов к каждому своему убеждению. Он может выполнять это дома, но на следующий сеанс он должен прийти готовым изложить результаты своего анализа. Примените дополнительные когнитивные техники к тем проблемам, с которыми возникли затруднения.

### **Техника 7. «Логический анализ»**

Процесс логического анализа включает пять шагов, каждый из которых дополняется множеством различных техник.

#### **Шаг 1. «Обращение чувств в суждения относительно идеи»**

Пусть пациент предоставит вам список чувств, которые вызывает у него проблема, и определит эти чувства настолько полно, насколько это возможно.

Ищите обвинение или суждение, подразумеваемое в каждом выражении, и переведите императивные и оценочные утверждения в эмпирические или аналитические (истинность или ложность которых может быть подтверждена), например:

*Утверждение пациента:* «Я напуган».

*Подразумеваемое суждение:* «Есть что-то опасное во внешнем мире, и мне лучше страшиться этого».

*Утверждение пациента:* «Ненавижу мужчин».

*Подразумеваемое суждение:* «Мужской пол заслуживает презрения».

#### **Шаг 2. «Определение убеждений»**

*Перечислите центральные убеждения.* Попросите пациента написать список своих центральных убеждений, выраженных в форме удобных для анализа суждений.

*Уточните.* Рассматривая по одному суждению за раз, внимательно изучите каждое важное слово. Попросите пациента как можно больше его конкретизировать и уточнить.

**Определите понятия.** Сформулируйте серию вопросов, которые помогут пациентам установить понятия. Например, терапевт может задать относительно убеждения «Я неполноценен» такой вопрос: «Что в вас неполноценено? Всегда ли это было так? Откуда вы знаете, что навсегда останетесь неполнценным? Неполноценный по сравнению с кем? Когда? Все время или только иногда? Во всем или только в отдельных вещах? Что в вашем предложении обозначает «Я»? О каком уровне неполнценности вы говорите? Вы совсем на дне или только отчасти неполнценны? Какую шкалу вы используете, чтобы оценить свою неполнценность? Эта шкала обоснована, или вы сами это придумали, потому что вам было плохо?»

**Перепишите убеждения.** После того как вы с пациентом конкретизировали, насколько это возможно, каждое слово в предложении, перепишите предложение, включая в него новые определения.

**Практика.** Попросите пациента тренироваться в уточнении предложений, пока он не поймет необходимость в конкретных определениях.

### Шаг 3. «Нахождение значения понятий»

**Эталонный случай.** Вы и ваш пациент выбираете пример корректного использования ключевого понятия, взятого прямо из анализируемого суждения. Пример должен быть идеальным, таким, чтобы фактически каждый мог бы считать его обоснованным.

**Контрастная модель.** Выберите пример противоположного случая. Подберите идеальную ситуацию, как можно более похожую на первую, но в которой такое понятие, по мнению большинства людей, не употребляется.

**Сравнение эталонного случая с противоположным.** Определите, какие ключевые принципы присутствовали в первой модели, но не использовались во второй. Какие между двумя случаями есть сходства и различия? Перечислите их.

### Шаг 4. «Оценка доказательств»

Методов обучения индуктивному рассуждению существует множество, и некоторые из них достаточно сложны и требуют солидной подготовки в области философии и научной методологии. Для клинической же практики существует более

легкий метод, обеспечивающий подобные результаты. Он называется анализом графиков.

Терапевт и пациент ищут корреляции между двумя и более переменными, которые могут иметь отношение к симптомам пациента. Но это процесс сложный. С любым симптомом может быть связано огромное множество факторов. Анализ графиков предоставляет способ проанализировать только те переменные, которые кажутся многообещающими.

На чертежной бумаге постройте график двух переменных, которые могут быть важными для вас и вашего пациента.

Обсудите с пациентом отношения между переменными.

### Шаг 5. «Решение и обязательства»

Скажите пациенту, что решение о том, является ли **В** истинным или ложным, он должен принять здесь и сейчас.

Если **В** истинно, то пациент должен сделать что-либо, чтобы изменить ситуацию, или, если это невозможно, принять ее.

Если **В** ложно, пусть пациент возьмет на себя обязательство исключать его в мыслях и действиях, независимо от того, сколько это может занять времени.

Пусть пациенты запишут решение и заключат контракт о том, что они собираются сделать, чтобы изменить мысли. Доказательством принятого обязательства становятся действия.

Иногда случается, что пациент убежден в истинности суждения, а терапевт считает иначе. Если пациент прошел все стадии процесса логического анализа, очень важно, чтобы терапевт поддержал его решение, даже если сам с ним не согласен. Пациент имеет право не работать над когницией и верить даже в то, что вы считаете иррациональным. Вы можете указать на результаты такого образа мыслей, отдаленные последствия, но принятие решения зависит от пациента. Акт принятия решения сам по себе психотерапевтичен, и пациенты позднее могут изменить суждение, если оно иррационально.

### Техника 8. «Поиски уважительной причины»

#### *Упражнение 1*

Вероятно, наилучший метод пресечь эту ошибку — сказать пациенту, чтобы он признал человеческую склонность отыскивать уважительные причины своих действий и убежде-

ний и компенсировал это активными поисками неблаговидных причин. Можно сказать пациенту: «Идите и найдите самую неблаговидную причину своей убежденности и сопоставьте это с вашей лучшей уважительной причиной. Затем, когда обе причины будут у вас в голове, вам будет легче увидеть действительный источник ваших проблем».

## ***Метод 7. «Перцептивный сдвиг: основные процедуры»***

Несмотря на то что разные изменяющие восприятие техники сильно отличаются по своей методологии, все они отражают следующие общие положения.

Мозг выборочно отражает сенсорную и проприоцептивную информацию.

Мозг формирует эти данные в паттерны.

Паттерны, сформированные мозгом, подвержены влиянию поступающей информации, но остаются отличными от нее.

В большинстве случаев эти паттерны заучиваются мозгом так же, как и любая другая информация. Тем не менее некоторые паттерны являются инстинктивными, они запускают автоматические эмоциональные и поведенческие реакции.

Несмотря на то что существует неопределенное число возможных паттернов, мозгом используются лишь некоторые персонифицированные схемы.

Раз сформировавшись, паттерны имеют тенденцию оставаться неизменными до тех пор, пока они не забудутся.

Большинство паттернов усваиваются от значимых других (семья, референтная группа, культура).

Чем чаще воспроизводится паттерн, тем жестче он становится и тем труднее его удалить или заменить.

Паттерны легче формируются и дольше сохраняются в более молодом мозге.

Эмоциональные и поведенческие реакции запускаются скорее мозговыми паттернами, нежели отдельными стимулами, хотя именно эти стимулы ошибочно считаются единственным источником ответных реакций пациента.

При помощи классического и оперантного обусловлиивания эмоции и действия могут связываться в паттерны.

Внешние стимулы могут стать условными по отношению

к паттернам. Позднее эти стимулы могут приобрести способность самостоятельно запускать паттерны.

Язык и образы — это способы описания паттернов, но паттерны возникают раньше вербальных или визуальных представлений.

Изменение описаний паттернов может изменить сам паттерн, но не в соотношении «один к одному».

Паттерны обычно строятся не на логической основе, а на эмоциональном опыте.

Если паттерн не завершен, мозг достраивает его автоматически.

Некоторые паттерны неизменяемы.

Если паттерн не может быть проверен незамедлительно, возникает состояние паники.

Самый быстрый и законченный метод модификации негативных эмоций и дезадаптивного поведения — изменение паттернов, которые их вызывают.

Паттерн — это способ организации мозгом сырых данных, которыми может быть все, что доступно мозгу: информация, поступающая от органов чувств, подкорковых зон мозга, хранилищ памяти или телесных ощущений.

### Техника 1. «Базовый перцептивный сдвиг»

#### *Упражнение 1*

Попросите пациента начертить четыре колонки на большом листе бумаги.

Мысль/ убеждение	Полезно или нет	Ваш лучший аргумент против этой мысли	Доказательство из вашего личного опыта, поддерживающее лучший аргумент
1.			
2.			
... и т. д.			

В первой колонке попросите его перечислить все мысли или убеждения, которые в определенной ситуации вызывают у него негативные эмоции. Очевидно, что список не может продолжаться до бесконечности. Тем не менее даже если не-

которые мысли кажутся повторяющимися, то их лучше включить, чем оставить какой-либо паттерн незафиксированным.

Во второй колонке помогите пациенту решить, полезно или нет каждое убеждение. Найдите доказательства как «за», так и «против», и выберите, какие сильнее. Важно, чтобы пациент принимал решение на основе объективных данных, а не под влиянием субъективных чувств.

В третьей колонке пациент должен записать лучший аргумент «против» для каждой мысли или убеждения. В идеале этот аргумент должен быть как эмоционально убедительным, так и рационально звучащим.

В последней колонке пациент должен привести доказательство из собственного опыта в поддержку каждого аргумента. Это ключ к технике перцептивного сдвига. С помощью терапевта пациент должен доказать справедливость аргумента, подыскав подтверждение из своего жизненного опыта. Чтобы осуществить актуальный перцептивный сдвиг, пациенту необходимо как минимум по 30 минут в день медитировать на те критические события прошлого, которые доказывают ложность иррациональной темы.

## **Техника 2. «Рационально-эмотивное воображение»**

### ***Упражнение 1***

Для пациента будет полезным расслабиться перед упражнением, так как это улучшает концентрацию.

Составьте иерархию ситуаций, которые расстраивают пациента. Ситуации должны быть описаны достаточно детально, чтобы пациент мог их себе хорошо представить. Посмотрите, нельзя ли привести их к какому-то общему знаменателю, чтобы уменьшить их число до нескольких центральных тем. Важно, чтобы пациент подтвердил, что конечный список точно отражает главные источники его дискомфорта.

Попросите пациента мысленно представить каждую ситуацию, ассоциирующиеся с ней чувства и те ведущие темы, которые лучше всего характеризуют эти чувства. Попросите его работать до тех пор, пока он не начнет чувствовать изменения в своих эмоциях.

Пусть пациент начнет с любой из этих ведущих тем и сосредоточится на связанных с нею чувствах, используя для их изменения любую придуманную им стратегию. Пациент дол-

жен продолжать работать, пока не почувствует изменения в своих эмоциях.

Скажите пациенту, что для того, чтобы произвести изменения в эмоциях, он должен сосредоточиться на том, что он говорит самому себе. Пусть он запишет советы, которые он дает сам себе, если это поможет ему лучше сосредоточиться и более четко их припомнить. Добейтесь, чтобы он начал полностью осознавать свои убеждения.

Пациент должен практиковаться по пятнадцать минут в день, пока он не сможет устойчиво воспроизводить альтернативные эмоции. Как только он проделает всю процедуру с первой выбранной им центральной темой, он должен применить эту технику и в отношении оставшихся в списке ведущих тем.

Чтобы пациенту было легче обрести контроль над своими эмоциями, он должен тренироваться вызывать у себя различные эмоции в процессе представления каждой из включенных в список исходных ситуаций. Он может тренироваться чувствовать себя счастливым, грустным, рассерженным, уверенным, расслабленным или каким угодно, изменяя только свой внутренний диалог с собой.

### **Техника 3. «Техники с использованием воображения»**

#### ***Упражнение 1***

Для того чтобы превратить языковые техники в трансформирующие, проделайте первые три шага: определите центральные метафизические идеи пациента, объективно проанализируйте их достоверность или ложность и придумайте серию контраргументов или замещающих рациональных идей.

Определите способности пациента к воображению, используя одну из шкал, разработанных Лазарусом (Лазарус, 2000 а). Эти шкалы помогут определить общую способность пациента к визуализации и укажут области, нуждающиеся в развитии. Шкалы исследуют способность пациента воссоздавать образы себя и других, прошлого, настоящего и будущего, приятного и неприятного и многих других.

Если пациент показывает низкие значения по своей способности к визуализации, вы можете попробовать описанные Лазарусом техники построения образа (Лазарус, 2000 б).

Для того чтобы помочь своему пациенту перейти от иррациональных убеждений к рациональным, отберите конкрет-

ные образы. Поскольку представление не задействует язык, пациентам зачастую удается более быстро изменить восприятие, используя только визуальные образы, а не семантику. Для создания таких перцептивных сдвигов вы можете использовать множество различных типов образов. Ниже приводится список основных типов.

*Образы совладания*, в которых пациент представляет себя успешно справляющимся со сложными ситуациями, используются для коррекции пассивного, избегающего мышления. («Представьте себе, что вы просите своего начальника о повышении зарплаты».)

*Расслабляющие образы*, включающие сцены природы и чувственные визуализации, используются для противопоставления мыслям, вызывающим страх или тревогу. Часто используются как часть когнитивной десенсибилизации.

*Образы достижений*, в которых пациент воображает, что он выполнил какое-либо задание в совершенстве, противопоставляются иррациональным мыслям о беспомощности и неудачливости. («Представьте себе, что у вас удачный, счастливый брак».)

*Образы пошагового совладания*, которые сфокусированы на частностях, помогают пациентам, которые чувствуют себя задавленными неразрешимыми проблемами. Используя этот метод, пациент может разбить главную проблему на серию более мелких и представить себе, как он преодолевает эти небольшие сложности.

*Моделирующие образы* могут использоваться в случае, если пациент испытывает сложности в представлении составных шагов решения проблемы или овладения тем или иным навыком. В этой технике пациент представляет в воображении человека, который образцово выполняет данное ему задание.

*Неприязненные образы* используются в обусловливании отвращения, отстранения и избегания в качестве противовеса нежелательному поведению. («Представьте, что ваша привычка курить вызывает у ваших детей эмфизему».)

*Идеализированные образы* используются, когда пациенты не могут подумать о своей конечной цели. («Где бы вы хотели жить через десять лет, с кем? Что бы вам хотелось делать?»)

*Представления о вознаграждении* подкрепляют реалистическое мышление. («Что произойдет хорошего, если вы завершите проект?»)

*Нивелирующие образы* уменьшают негативные эффекты неприятных, устрашающих визуализаций. («Представьте своего начальника в костюме утки, крякающего».)

*Реконцептуализирующие образы* изменяют интерпретацию событий. («Представьте, что ваша жена не была на вас рассержена, просто у нее были неприятности на работе».)

*Негативные и позитивные образы* — визуализация негативных ситуаций на позитивном фоне, как и обусловливание высшего порядка, может изменить эмоциональную валентность ситуации. («Представьте, что ваш противник критикует вас, а вы лежите на берегу реки в теплый, солнечный день».)

*Корректирующие образы* исправляют ошибки, допущенные пациентом в прошлом. («Представьте, как бы вы это сделали, если бы пришлось это делать снова».)

*Обобщенные корректирующие образы* позволяют пациенту исправить все прошлые инциденты определенного типа. К примеру, пассивный пациент может представить, что он вел себя ассертивно в те моменты, когда он отступал от проблемы.

*Образы будущего* заставляют пациента оглянуться на настоящее из будущего времени, таким образом проясняя главные ценности. («Представьте, что вам 85 лет и вы оглядываетесь на прожитую жизнь. Что вы теперь считете важным и что — ничего не значащим?»)

*«Аварийные» представления* учат пациента справляться с худшими возможными последствиями события. («Что может произойти самого плохого в результате того, что вы потеряете работу?»)

*Визуализация маловероятных образов* предполагает, что пациент представляет себе все возможные «ужасные» события, которые с ним могут произойти, для того чтобы научиться уходить от попыток контролировать все вокруг. В парадоксальных техниках часто применяется этот прием. («Что ужасного может с вами произойти, когда вы читаете газету? Когда вы принимаете ванну? Когда лежите в своей постели?»)

*Представление ассертивных ответов* может быть сопоставлено для контраста с представлениями пассивных, агрессивных и пассивно-агрессивных реакций, чтобы пациент увидел последствия каждого из ответов. («Представьте, что вы пассивно, агрессивно или ассертивно просите, чтобы вам вернули ваши деньги».)

*Представление итоговых последствий* требует, чтобы па-

циенты визуализировали приносящее беспокойство событие через неделю, месяц, год после того, как оно произошло, чтобы определить отсроченные последствия. («Если вы покончите с собой, представьте, как сильно будет переживать ваша девушка восемь лет спустя?»)

*Эмпатические представления* учат пациента воспринимать мир с точки зрения другого человека. («Как к вам относится человек, которого вы обидели?»)

*Катарсические образы* позволяют пациентам представить, что они выражают не проявленные прежде эмоции, такие, как гнев, любовь, ревность или печаль. («Представьте, что вы кричите в ответ на грубость».)

*Представление нулевой реакции* предполагает, что пациент визуализирует, как он воспринимает в фобических ситуациях только нейтральные последствия. Эти образы часто используются в процедурах погашения условных связей. («Представьте, что вы встали перед всеми собравшимися и вышли. Представьте, что никто этого не заметил и никому до этого не было дела».)

*Фантастические образы* разрешают в воображении такие проблемы, которые невозможно решить в реальности. («Представьте, что ваша умершая бабушка предстала сейчас перед вами. Какой она вам даст совет? Как она отнесется к тому, что вы сделали?»)

*Превентивные образы* используются для того, чтобы подготовить пациента справиться с проблемами, с которыми он может столкнуться в будущем, например, смерть, отвержение значимым лицом, болезнь, бедность и т. д.

*Негативные подкрепляющие образы* вызывают представление о страшной ситуации, которая избавляет от ситуации еще более ужасной. («Представьте, что вы избавляетесь от насмешек ваших сверстников, взяв в руки змею».)

*Образы безопасности* дают пациенту чувство уверенности в пугающей ситуации. («Когда вы находитесь в самолете, представляйте себе, что мама держит вас в теплом розовом одеяльце».)

*Пресыщающие образы*, использующиеся в процедурах скрытого наводнения, воспроизводят одну и ту же визуализацию снова и снова, пока пациенту не надоедает ее представлять. («В течение следующих двух недель по 50 раз в день представ-

ляйте себе, что ваша жена занимается любовью с каждым мужчиной, которого вы встречаете».)

*Альтернативные образы* используются, когда пациент должен определиться между двумя линиями поведения. («Представьте, на что будет похожа ваша жизнь в Москве и в глухой деревне, и сопоставьте эти два образа».)

*Воображение негативных последствий* выявляет неприятные последствия того, что кажется пациенту позитивным. («Представьте, что вы разбогатели и вашу дочь похитили бандиты и требуют выкупа».)

*Представления, противостоящие искушениям*, превращают желанные объекты в неприятные. («Представьте, что ваша сигарета набита сушеным навозом».)

*Образы, опережающие время*, позволяют пациентам отстраниться от травмирующего события, представляя, что они переместились во времени (например, на полгода вперед) и оглядываются на произошедшее. («Представьте, как вы будете через шесть месяцев относиться к тому, что ваш друг бросил вас».)

Попросите пациента практиковаться в визуализации до тех пор, пока выбранный образ не станет четким.

После того как пациент закончит работать с образами, повторно обратитесь к верbalному компоненту, попросив его суммировать изменения в системе его убеждений. («Теперь, когда при помощи этих образов вы изменили эмоции, к каким вы пришли выводам? Каким иррациональным мыслям вы были подвержены? Какие рациональные мысли у вас есть сейчас?»)

### **Метод 8. «Перцептивный сдвиг: наведение мостов»**

#### **Техника 1. «Связующие элементы восприятия»**

##### **Упражнение 1**

Используйте основной список убеждений пациента.

Составьте сопутствующий список возможных замещающих убеждений, проверяя, согласен ли ваш пациент с тем, что это восприятие будет более полезным, если его достоверность можно продемонстрировать.

В процессе консультации найдите установки, которые уже приняты пациентом и могут связать старое воспоминание с новым. Выбирайте такие связи-мосты, которые обладают

для пациента наибольшей личной значимостью и могут быть непосредственно привязаны к «Я-концепции».

Как только мосты определяются, попросите пациента поработать над изменением своих убеждений от старых к новым. Практика должна продолжаться до того момента, пока старая установка не будет смешена новой.

## Техника 2. «Иерархия ценностей как связующее звено»

### *Упражнение 1*

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

Что вы предпочтете:

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

Составьте список старых, деструктивных убеждений и попросите пациента связать каждое утверждение с той или иной ценностью из их персональной иерархии.

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

В качестве повторения пациент тренируется в представлении высших ценностей в различных ситуациях. Это можно сделать с использованием воображения в терапевтическом кабинете или подождав, пока стимулы внешней среды не вызовут нужную мысль.

Терапевту важно помнить, что он строит мосты, опираясь

на систему ценностей пациента, а не свою. Не важно, что думает терапевт о ценностях пациента, имеет значение лишь то, что о них думает сам пациент.

### Техника 3. «Мосты — словесные ярлыки»

#### Упражнение 1. «Словесные ярлыки»

Составьте список значимых событий или ситуаций, с которыми у пациента ассоциируются негативные слова. К примеру, какие важные ситуации и события визуализирует пациент, произнося слова «неполноценный», «больной» или «слабый»?

Опишите эти события в объективных, безоценочных терминах. Что бы записалось на видеокамеру в этой ситуации? Что могло бы случайно услышать объективное третье лицо?

Перечислите основные негативные ярлыки, которые использует пациент при описании таких ситуаций.

Помогите пациенту перечислить нейтральные или позитивные обозначения, которые можно использовать при интерпретации этих событий. Объясните, как эти новые обозначения можно связать с более позитивными эмоциями.

Попросите пациента каждый день практиковаться в использовании новых обозначений, записывая ситуацию, по-дыскивая для нее негативный ярлык и связывая ее с более позитивно окрашенным словом.

Человека, который...	Можно было бы назвать...	А можно...
Часто меняет свое мнение	Слабым, беспринципным	Гибким
Выражает свою точку зрения	Эгоистичным	Искренним, ассертивным
Эмоционально чувствителен	Истеричным	Живо реагирующим
Избирателен в выборе партнера	Боящимся связывать себя обязательствами	Разборчивым
Иногда впадает в депрессию	Невротичным	Просто человеком
Плохо играет	Мазилой, неудачником	Нетренированным
Не подчиняется общим порядкам	Небрежным, упрямым	Спонтанным, беспечным

Человека, который...	Можно было бы назвать...	А можно...
Угождает другим	Подлизой	Дружелюбным
Верит тому, что говорят другие	Легковерным	Доверчивым
Сильно кого-то любит	Зависимым	Любящим
Беспокоится	Слабым, трусливым	Осторожным

### **Упражнение 2. «Символические ярлыки»**

Идентифицируйте убеждение, вызывающее проблему.

Помогите пациенту обнаружить персональный символ, который бы представлял проблемную область. Символы должны быть глубинными, уходящими эмоциональными корнями в прошлое пациента.

Помогите пациенту определить позитивное или содействующее разрешению проблемы убеждение.

Помогите пациенту найти специфический символ, который мог бы перекинуть мостик от деструктивного убеждения к способствующей решению установке. Нет символов, которые можно было бы счесть за крайности, и терапевту нет необходимости понимать, почему они так важны, если это ясно пациенту.

Попросите пациента работать над формированием ассоциации между этими двумя символами. Начните с символа проблемной области и попросите пациента перейти к символу способствующего убеждения.

### **Техника 4. «Наведение мостов высшего порядка»**

#### **Упражнение 1**

Попросите пациента сосредоточиться на старом убеждении и создать в своем воображении модель типичной сцены, где оно проявляется особенно выражено. Сцену необходимо представить в ярких деталях, задействуя все виды ощущений.

Запишите все перцептивные и понятийные переменные, связанные с образом.

Перцептивные переменные:

**Визуализация.** То, что пациент рисует в воображаемой сцене, необходимо расчленить на мельчайшие компоненты. Например, это неподвижная или живая картинка? Цветная?

Ясная или смутная? Двух- или трехмерная? Видит ли пациент в этой сцене себя? На чем сфокусировано внимание пациента, на каком элементе сцены он сосредоточен? Сцена яркая или тусклая? Каков ракурс? Каковы размеры пациента по отношению к объектам на фоне в этой сцене? Двигаются ли люди?

*Другие ощущения.* Слуховые — может ли пациент четко различать звуки? Какова их продолжительность? Насколько они сильны? Обонятельные — какие пациент ощущает запахи? Кинестетические — какая температура? И так далее.

### **Понятийные переменные**

Любая существенная мысль, которая возникает у пациента до, во время и после работы с воображением, должна записываться. Терапевт помогает пациенту точно установить эти мысли. Вот основные типы мыслей, на которые следует обратить внимание.

*Ожидание* — предвосхищение пациентом того, что произойдет в ситуации.

*Оценивание* — как пациент оценивает себя в течение сцены.

*Самоэффективность* — как пациент оценивает свою способность эффективно выполнить задание.

*Выгода* — предполагаемое вознаграждение или выгода, которую, как думает пациент, он сможет извлечь из ситуации.

*Наказание* — неприятности, которые пациент предвидит.

*«Я-концепция»* — установки пациента относительно своей ценности как человеческого существа.

*Атрибуции* — мотивы и установки, которые пациент приписывает другим людям в сцене.

*Цель* — почему пациент в этой сцене занимает ведущее место.

Терапевт вместе с пациентом находит логические ошибки, которые могут всплыть в его интерпретациях этих сцен. Каждая ошибка записывается. Наиболее распространенными являются: дихотомичное мышление, сверхобщение, неэкономные рассуждения, перфекционизм, материализация абстрактного, ошибка субъективности, нападение на оппонента, апелляция к авторитетам, априорное мышление, поиски уважительной причины, эгоцентрическая ошибка, самореализующиеся пророчества, ошибочное принятие вероятности за неизбежность и т. д.

После того как вся информация о перцептивных и понятийных переменных будет записана, терапевт просит пациента представить сцену, связанную с новым убеждением, к ко-

торому он хочет проложить мост. Это должна быть модельная сцена, которая представляет новое убеждение идеальным образом. Чем ближе будет новая сцена к старой по своему содержанию, тем лучше. Как и первая сцена, эта тоже должна быть представлена живо, ярко и как можно более детально.

Запишите все перцептивные переменные пациента в новой сцене. Когда список будет завершен, обратите внимание пациента на контраст между двумя различными точками зрения на образ.

Понятия, касающиеся новой сцены, тоже записываются. Терапевт должен сконцентрировать свое внимание на поиске атрибуций, ожиданий, «Я-концепции» и оценок, которые производит пациент в новой сцене. Терапевт записывает корректные рассуждения, имеющиеся в визуализации пациента.

В работе с воображением делается пауза. Терапевт и пациент обсуждают различия между перцептивными и понятийными представлениями в этих двух сценах.

Теперь терапевт готов к тому, чтобы провести обусловливание высшего порядка. Пациент воображает первоначальную сцену в течение двух минут. Постепенно, одно за другим, терапевт вводит перцептивные и понятийные представления из новой сцены, в то время как пациент мысленно рисует изменения, пока они не станут отчетливыми. Процесс продолжается до тех пор, пока не будут внедрены все элементы новой сцены. Когда это будет успешно выполнено, пациент будет в состоянии представить себе старую сцену, но вместе со всеми компонентами, которые связаны с новой.

Зачастую вся процедура записывается на пленку, чтобы пациент мог работать над обусловливанием дома по два-три раза в неделю. При достаточном количестве связей эмоциональные валентности сцен изменяются, и пациент с большей вероятностью готов принять новое мышление.

## **Метод 9. «Ресинтез прошлого»**

### **Техника 1. «Ресинтезирование критических жизненных событий»**

#### **Упражнение 1**

Пациент должен расслабиться.

Используйте составленный вами список критических событий его жизни. Иногда вы можете счесть, что более подходящим будет поменять обобщенный список на более кон-

крайний. В таком списке перечислены события, связанные с симптоматикой пациента. После разговора с пациентом вы должны удостовериться, что убеждения, которые сформировались благодаря травмирующему событию, все еще вызывают у него проблемы в настоящем.

Обсудите с пациентом, как изменились его эмоции и поведение из-за сформированных во время критического события убеждений.

Помогите пациенту переинтерпретировать старые события, прибегнув к новым, более полезным убеждениям. Попросите его воспользоваться преимуществом отдаленности события во времени и пространстве и тщательно его исследовать, чтобы при помощи зрелых рассуждений можно было исправить прошлое ошибочное восприятие.

Прибегните к корректирующему воображению, чтобы пациент мог пересмотреть событие, представив, что он думал и вел себя разумно.

Пересмотрите все основные критические события, выявите убеждение и попросите пациента представить, что он исправляет ситуацию.

### **Техника 2. «Ресинтезирование жизненных ориентиров»**

#### ***Упражнение 1***

Используйте составленные вами когнитивные карты, но сделайте их лонгитюдными. Проследите истоки каждой мысли — как она трансформировалась в другие убеждения и как его представления менялись на разных стадиях жизни.

Какие другие мысли, эмоции, поступки или внешние стимулы стали ассоциироваться с данным ориентиром, когда он сформировался? Как неверная интерпретация распространилась из одной сферы жизни пациента в другие?

Попросите пациента представить себе, какой была бы его жизнь, если бы у него было другое восприятие. Попросите его вообразить, как бы он себя вел, не будь у него этих извращенных жизненных ориентиров.

### **Техника 3. «Ресинтезирование ранних воспоминаний»**

#### ***Упражнение 1. «Упражнение с образами»***

Попросите пациента представить себе нынешнюю ситуацию, в которой испытываются сильные эмоции. Потратьте на это некоторое время. Помогите пациенту для живости вооб-

ражаемого использовать все ощущения. Когда сцена будет отчетливой, попросите его сфокусировать внимание на своем центральном убеждении, гештальте, ориентире.

Проинструктируйте пациента, чтобы он сосредоточился на первом или самом раннем воспоминании, в котором сформировалось это убеждение. Концентрируйтесь на исходной ситуации, когда возникла эмоция. Попросите пациента снова представить сцену и ясно ее визуализировать. Для облегчения этого можно произносить свое ложное убеждение голосом ребенка или подростка.

Относительно деструктивных убеждений спросите своего пациента: «Какие ошибки есть в вашей интерпретации события? Как вы могли его неверно воспринять? Что неправдоподобного говорили вы себе? Почему ваша интерпретация была ошибочной? Кто или что навело вас на ложное восприятие?»

Обсудите вместе с пациентом то, что он оценивает нынешнюю ситуацию так же неверно, как неверно он оценил и прошлую.

Скорректируйте раннее ошибочное убеждение. Попросите пациента представить, как он переделывает ситуацию, придерживаясь полезных, реалистических мыслей вместо того, во что он верил изначально. Попросите его представить, как он ведет себя и чувствует по-другому, обладая другим образом мышления.

Наконец, попросите пациента по-другому представить себе затруднения в настоящем. Исправьте ошибочное убеждение настоящего точно так же, как было исправлено предыдущее.

## **Упражнение 2. «Рабочий бланк для ресинтеза»**

Этот бланк может пригодиться вам в процессе ресинтеза.

Ситуация в настоящем	_____
Эмоциональная реакция	_____
Настоящее убеждение относительно настоящей ситуации	_____
Раннее воспоминание (предшествовавшие ситуационные события)	_____
Эмоциональная реакция	_____
Ошибочное раннее убеждение	_____
Исправленное раннее убеждение	_____
Исправленное настоящее убеждение	_____

Используйте основной список убеждений пациента и попросите его связать убеждения с ситуациями, в которых они проявляются. Каждую из этих ситуаций нужно записать в строке «Ситуация в настоящем» рабочего бланка. Убеждения, связанные с каждой ситуацией, должны быть перечислены в строке «Настоящее убеждение».

Займитесь поисками критического опыта, который у пациента был до или во время раннего подросткового периода. Во-первых, идентифицируйте события. Очень ранние события ваши пациенты могут помнить лишь смутно, но даже если имеются только фрагментарные ощущения и впечатления, попросите пациента как можно ярче их визуализировать. Задокументируйте их на рабочем бланке.

Сформулируйте одним предложением ошибочное убеждение, которое явилось результатом каждого из этих событий. Занесите эти предложения в рабочий бланк.

После детальной дискуссии с пациентом скорректируйте каждую из ранних мыслей. Запишите эту информацию в рабочий бланк. Прежние ошибочные интерпретации ранних событий должны быть вычеркнуты, когда пациент найдет им корректное толкование. Замените все прежние ошибочные когниции, связанные с событиями.

Как только прежние иррациональности были скорректированы, помогите пациенту исправить тот иррациональный образ мышления, который у него есть на текущий момент.

Попросите пациента регулярно использовать рабочий бланк — находить ошибочные убеждения, идентифицировать их первоисточник, корректировать прежнюю неверную интерпретацию и затем принимать более функциональное убеждение в качестве руководства в своем настоящем.

### **Техника 4. «Ресинтезирование семейных убеждений»**

#### ***Упражнение 1***

Нарисуйте схему, изображающую основных членов семьи пациента. Перечислите их имена и возраст и отразите при помощи толщины или числа стрелок важность для пациента отношений с ними. Проверьте, включили ли вы всех членов семьи, имеющих на пациента значительное влияние.

Перечислите основные убеждения, принципы, ценности и установки, которых придерживаются люди из схемы. По-

смотрите, нет ли убеждений, которые разделяют большинство членов.

Посмотрите, не можете ли вы свести эти принципы к нескольким центральным убеждениям.

Как семья привила эти центральные убеждения? Как ее членов поощряли за исполнение этих принципов и как наказывали за неверие в них?

Опишите, в каких поступках семья вашего пациента отличается от других семей из-за своих убеждений? Сравните семейные убеждения с теми, что перечислены в основном списке убеждений пациента. Сколько из них соотносятся между собой? Зависимы ли они, схожи, противоположны или синергичны?

### **Техника 5. «Выживание и убеждения»**

#### **Упражнение 1**

Пересмотрите основной список убеждений пациента. Помогите ему решить, улучшает или ухудшает его способность решать специфические насущные и социальные проблемы приверженность таким мыслям.

Если убеждение не помогает, помогите ему спланировать стратегию его изменения.

Если когда-то убеждение было полезным, а в настоящее время — нет, помогите пациенту осознать перемену.

### **Метод 10. «Практические техники»**

#### **Техника 1. «Ролевые игры»**

#### **Упражнение 1**

Используйте основной список убеждений пациента. С его помощью составьте сопутствующий список аргументов к этим убеждениям.

Проведите игровой диспут между рациональными и иррациональными мыслями, в котором пациент занимал бы рациональную позицию, а вы, терапевт, разыгрывали бы иррациональный аргумент.

Варианты:

- Терапевт играет роль человека, который учит пациента заведомо ложным идеям, а пациент в это время спорит как с человеком, так и с его убеждениями.

- Используя технику пустого стула, попросите пациента проиграть обе стороны — иррациональную идею и контраргументы, приводя доказательства за и против центрального убеждения.
- Помогите пациенту расчленить иррациональные убеждения на их составные части и разыграйте каждую из них, при этом пациент их опровергает. Например, мысль «Я могу потерять контроль над собой и опозориться перед всеми» имеет много компонентов, которые можно проиграть. Терапевт может выступить в роли пациента, который хочет все контролировать или который стыдится в роли тревожности пациента сторонних наблюдателей, которые видят его смущение и т. д., в то время как пациент оспаривает каждый компонент.

В большинстве случаев будет лучше, если терапевт с模елирует ролевую игру, прежде чем это попробует пациент.

### **Техника 2. «Практика во внешней среде»**

#### ***Упражнение 1***

Перечислите все центральные убеждения пациента, связанные с его проблемой.

Обучите его всем аспектам скрытого изменения, опровержения, перцептивного сдвига или любых других когнитивных техник применительно к этим убеждениям.

После того как вы обсудите это с пациентом, составьте заключительный средовой тест для этих убеждений. Придумайте тест для каждой иррациональной мысли.

Пациент после этого проводит тест в реальности и фиксирует результаты.

### **Техника 3. «Изучение дневников и практика»**

#### ***Упражнение 1***

Попросите пациента записывать все техники, которые показались ему эффективными в снижении тревоги или других негативных эмоций, и оценить каждую технику по ряду 10-балльных шкал: а) сила эмоции до работы с техникой; б) сила техники; в) продолжительность использования техники; г) сила эмоций после применения техники.

Лучшие техники — те, которые устраниют сильные нега-

тивные эмоции. Пациент должен особенно тщательно и внимательно делать записи о тех техниках, которые устраниют или снижают интенсивность приступов тревоги и тяжелых депрессивных эпизодов.

После того как было собрано достаточное число работающих техник, попросите пациента отобрать те, которые лучше других снижают интенсивность негативных эмоций. Затем предложите пациенту создать целую серию новых техник, в которых акцентируются ключевые моменты ранее удавшихся процедур.

Попросите пациента продолжать совершенствовать техники методом проб и ошибок. В конце концов пациент должен сформировать несколько сильных и эффективных техник.

Во многих случаях полезно попросить пациента припомнить все техники, которые он использовал в своей жизни, чтобы избавиться от тех же или подобных мыслей. Часто бывает, что техники, которые хорошо работали в прошлом, сработают и в будущем.

## Техника 4. «Когнитивный фокусинг»

### *Упражнение 1. «Общий фокусинг»*

Сосредоточьтесь на протекающих у пациента в течение сеанса процессах. Разница между опытным и начинающим терапевтом заключается в том, что опытный терапевт следует ответным реакциям пациента, а не своей собственной программе.

Сосредоточьтесь не только на том, что пациент говорит вам, но и на том, как он это говорит. Обратите особое внимание на интонации, выражения, эмоции, позы и другие невербальные сигналы.

Когда происходит взаимодействие (вы задаете вопрос, предлагаете интерпретацию, уточняете чувства, даете объяснение, опровергаете мысль), фокусируйтесь на вербальных и невербальных реакциях пациента. Слушайте очень внимательно.

Следуйте ответным реакциям пациента, а не своим исходным высказываниям. Реакция пациента часто может обнаружить скрытый паттерн, или убеждение, лежащий в основе изучаемой вами проблемы.

Следуйте текущим реакциям, как только они возникают.

Уточните когницию, которую пациент проявляет («Я-концепцию», атрибуции, самоинструктирование, экспектации, понятийный фокусинг).

Помогите пациенту обратить внимание на текущее состояние (например, терапевт может сказать: «Я заметил, что вы улыбаетесь»). Затем помогите пациенту перевести ощущение в когницию (например, пациент может сказать: «Я улыбаюсь потому, что мне кажется смешным, как он расстроился из-за того, что притворяется таким сильным»).

Когда пациент оказывается в замешательстве относительно того, что он имел в виду, помогите ему сфокусироваться на собственных чувствах, чтобы найти когницию, которая их проясняет.

Продолжайте работать над поиском когниции, которая была бы связана у пациента с ощущением осмысленности (например: «Да, это именно так!»).

### ***Упражнение 2. «Специфический фокусинг»***

Попросите пациента расслабиться и снять мышечное напряжение. Пусть он откинется в кресле и закроет глаза, если захочет.

Попросите его обо всем забыть и направить внимание внутрь себя, пока вы зачитываете сцену для упражнения. Если он пришел к вам без определенной проблемы, предоставьте ему аналогию, чтобы открыть главные источники его дискомфорта, например, такую:

«Представьте, что вы сидите в кладовке, заставленной коробками. В каждой коробке находится одна из ваших проблем. У всех проблем разные коробки, и в самой большой коробке лежит самая большая проблема. Теперь представьте, что вы передвигаете коробки по одной и расставляете их по углам так, чтобы можно было сесть. С относительно удобного нагромождения в центре комнаты внимательно изучите окружающие вас коробки. Вытащите ту, которую больше всего хочется открыть, и откройте ее. Выньте проблему из коробки и посмотрите на нее. Поверните ее и осмотрите со всех сторон. Постарайтесь отстраниться от себя и увидеть свою реакцию на нее».

Когда пациент выберет проблему из своей «кладовой», попросите его сфокусироваться на том, что он чувствует по

поводу этой проблемы, сконцентрироваться на той эмоции, которая лучше всего описывает его общее состояние в связи с проблемой. Это будет нелегко для всех пациентов — для кого-то в большей, а для кого-то в меньшей мере. Многие пациенты научились предохранять себя от выяснения чувств как по отношению к себе, так и по отношению к другим. Чувства — явление сложное, составное, и поэтому многим пациентам трудно просто воспринять общее впечатление. Пациенты должны собрать воедино все свои жалобы и всю болтовню, которая может проноситься в их голове, чтобы осознать общее чувство.

Когда (к великой радости вашего пациента) он определит общее ощущение, подключите его к тщательному анализу различных нюансов и компонентов этого чувства. Поскольку обычно чувства бывают сложными, то вокруг центрального ощущения тревоги можно различить элементы гнева, вины, обиды, ревности и т. д.

Теперь попросите пациента припомнить во всех подробностях другие подобные ситуации, в которых он испытывал такие же эмоции. («Всегда ли вы тревожились, когда встречали его бывшую жену? Когда вы встречали кого-то еще, например, ее бывшую подругу или вашу тещу? Опишите эти ситуации. Скажите мне точно, что вы чувствуете по поводу каждой из них».) Попросите пациента эмоционально отреагировать на каждую ситуацию, так, чтобы вы могли убедиться, что это несомненная ассоциация общего ощущения тревоги со встречами. Ситуации могут извлекаться как из прошлого, так и из настоящего.

Самое важное — попробуйте определить, какая мысль возбудила эмоцию в каждой из этих схожих ситуаций. В каждом случае определите, что пациент говорил себе. Какое значение он приписывает ситуации? Проследите источники каждого из компонентов, чтобы понять, не ведут ли они к центральному ошибочному убеждению, которого придерживается пациент.

Теперь постарайтесь помочь пациенту изменить эмоцию. Первым делом попросите его сконцентрироваться на схожей ситуации, которая не вызывает общего негативного ощущения. «Было ли когда-нибудь такое, чтобы встреча с его бывшей женой не расстроила вас? Опишите, что вы тогда чувствовали». Напомните пациенту, что он должен не просто вспомнить, а воссоздать испытываемые чувства. Если ваш пациент может только припомнить негативное общее ощущение, по-

просите его сфокусировать внимание на том, как могут чувствовать себя в подобных ситуациях другие люди.

Затем попросите пациента сосредоточиться на мыслях, убеждениях или на том, что он говорит сам себе во время этих схожих ситуаций, которым присуще другое общее ощущение. («Опишите, о чем вы думали в тех случаях, когда вы не чувствовали тревогу при встрече с ней».) Помогите пациенту проанализировать эти чувства.

Наконец попросите пациента поработать над заменой чувств, которые у него были изначально, на чувства из других ситуаций. Ключевым моментом в смене эмоций является изменение мыслей. Пусть пациент представит, какие у него были мысли в случаях, когда он не испытывал тревоги, и перенесет их на тревожащие его ситуации.

### **3.8. СИМВОЛДРАМА (МЕТОД КАТАТИМНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ОБРАЗОВ)**

Среди направлений психотерапии и психокоррекции при лечении психосоматических расстройств клинически высокоэффективным оказался метод глубинно-психологически ориентированной психотерапии, получивший название символдрамы, или кататимно-имагитивной психотерапии. В качестве метафоры его можно охарактеризовать как психоанализ при помощи сновидений наяву (Клименко, Карловская, 1999).

Применение символдрамы показано при следующих патологических состояниях и нарушениях:

1. нейро- и психовегетативные нарушения и психосоматические заболевания средней тяжести;
2. состояния страха и фобии;
3. депрессивные неврозы;
4. неврозы с преимущественно психической манификацией (кроме неврозов навязчивых состояний);
5. обусловленные невротическим развитием личности нарушения адаптационной способности;
6. психоневротические нарушения и невротическое развитие личности в детском возрасте;
7. нарушение адаптационной способности в подростковом и юношеском возрасте.

Плохими прогностическими признаками для применения

символдрамы являются следующие клинические моменты и диагнозы:

1. недостаточное интеллектуальное развитие;
2. острые или хронические психозы или близкие к психозу состояния;
3. церебрально-органические синдромы;
4. тяжелые депрессивные расстройства;
5. недостаточная мотивация;
6. явно выраженные истерические неврозы;
7. нарциссические синдромы.

Важную роль играет «возраст» симптомов. Если они существуют более трех лет, прогноз осложнен.

Также нужно, чтобы пациент испытывал определенный гнет страданий. Если его нет, прогноз может быть неблагоприятен. Чем дольше человек выдерживает превратности судьбы без появления симптомов, тем благоприятнее прогноз.

Пассивная выжидающая позиция по отношению к врачу, склонность к вялости, инертности, комфортизму уже при первом обследовании или мгновенное, некритическое соглашательство, покорность неблагоприятны.

Симптомы изнеженности и пассивной зависимости, невротическая лживость и склонность к мошенничеству и авантюрам являются признаками «невротической запущенности». Неблагоприятны невротическое нетерпение и педантизм.

Предпосылкой для успешной психотерапии является абсолютная добровольность, при которой на пациента можно перенести часть ответственности за успех лечения. Благоприятно понимание и предвидение у вполне откровенных, привыкших к активной работе пациентов.

Важен уровень образования психотерапевта, его умение и опытность, потому что именно от его установки и искусства ведения, от его клинического и собственного опыта, от чувствительности и владения эмпатией зависит успех психотерапии по методу символдрамы.

Метод разработан известным немецким психотерапевтом Гансом Лейнером (Лейнер, Корнадт, 1997). Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов-«картин» на заданную психотерапевтом тему. Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию. В качестве общепринятых мотивов символдрамы выступают следующие: луг, ручей или озеро,

опушка леса, цветок, идеал Я, дом, путешествие в глубь своего тела и поиск больного места, облако, гора, лев, пещера, вулкан, фолиант и др.

При этом происходит самораскрытие психики в процессе безинерционного протекания проекций. Развертывание процессов аутосимволизма осуществляется в соответствии с потоком настроений, эмоций пациента. Символдрама как метод очень близка работе со сновидениями в аналитической психотерапии Юнга: мотивы, используемые в ее сеансах, можно рассматривать в качестве архетипических.

Сам Лейнер выделяет следующие терапевтические факторы, действующие в символдраме:

1. образное представление, фокусировка воображаемых сцен и их эмоционального тона, чтобы их осознанно понять и сформулировать;
2. предметизация (наглядное представление, конкретизация) и перемещение содержания образов от полных фантазий до реально обусловленных представлений при спонтанной самоинтерпретации символов;
3. освобождение чувств и эмоций, вплоть до катарсиса;
4. эффект обратной связи превратившихся в объект конфликтов и стимулирование их креативного раскрытия.

Психотерапию по методу символдрамы можно представить как некую трехмерную систему координат, где одну ось представляет работа с конфликтами (первая составляющая), другую — работа, направленная на удовлетворение архаических потребностей (вторая составляющая), и третью — работа, нацеленная на развитие креативности пациента (третья составляющая). В каждом конкретном случае работы с пациентом психотерапевт как бы перемещается в этой системе координат, оказываясь ближе то к одной, то к другой оси, используя различные техники символдрамы.

Психотерапевт может вызвать похожие на сновидения наяву представления образов. Если предварительно дать пациенту общий мотив представления, то имагинация получается значительно легче. За первыми образами обычно очень скоро возникают последующие, которые по разным причинам представлены преимущественно образами ландшафта, животных и человека.

При этом представляющий образы человек часто может прийти к почти реальному переживанию, расширенному до

трехмерного пространства, словно речь идет о действительно реальных структурах. Пациента просят сразу же сообщать сидящему рядом с ним психотерапевту о содержании появляющихся образов. Психотерапевт может оказывать на них влияние, структурируя видения наяву по специально разработанным правилам. В этом диалогическом методе полное эмпатии сопровождение психотерапевта имеет особое значение.

Из дидактических соображений вся система разделена на три ступени: основную, среднюю и высшую. На основной ступени символдрамы следует довольствоваться ограниченными результатами. В особенности это касается лечения нарушений поведения или невротического развития характера во второй половине жизни, т. е. после 45 лет.

Система символдрамы основывается на двух основных положениях:

1. Человек способен развивать в своем воображении фантастические представления, которые известны не только как ночные сновидения, но и как дневные фантазии. При помощи своей имагинативной способности человек может каждый раз заново создавать свой образ и познавать себя в ходе четкого диалектического процесса.
2. В результате эмпирических наблюдений за фантастическими образами разработан ряд специфических правил и выявлены некоторые закономерности. Они подчинены первичному процессу, не интерпретирующемуся воздействием.

В соответствии со своей концепцией метод символдрамы близок к глубинной психологии и признает бессознательную психодинамику (символику сновидений, инстинктивные импульсы «Оно», защитные образования «Я», инстанции «Сверх-Я», регressive процессы).

Испытуемого усаживают в удобное кресло или на диван, просят закрыть глаза и вводят в состояние релаксации. В большинстве случаев хорошие результаты были получены при использовании легкого гипнотического состояния или первых двух ступеней аутогенной тренировки по Шульцу. Затем испытуемый должен установить глубокое и регулярное дыхание.

После того как испытуемый погрузился в состояние, для которого характерно понижение осознавания внешнего мира и уменьшение внутренней критики и самоконтроля, его просят представить себе стандартную серию из двенадцати сим-

волических сюжетов, которые предлагает ему психолог. Его, например, просят: «Постарайтесь представить себя на лугу».

Подобные неопределенные, лишенные конкретности символы-стимулы действуют как «центр кристаллизации» для специфического типа визуализаций, которые отличаются от простых образов, снов наяву и большинства фантазий. С точки зрения медицинской психологии они похожи на «гипногенные видения», но отличаются от них, во-первых, четкостью формы и содержания, что позволяет точно их описывать, а во-вторых, эти визуализации «живут своей жизнью», которая, хотя никогда не выходит полностью за пределы осознанного контроля, в большой степени субъективна и определяется бессознательным. Такой тип визуализации получил название *аутохтонных*, т. е. по большей части не зависящих от сознательного контроля. Лейнер называл их *кататимными* визуализациями.

Такие индуцированные картины содержат значимые символы, подобные символам сновидений.

После того как проведена вводная процедура и пациент начал представлять образы, его просят внимательнее присмотреться к тому, что окружает предложенный мотив, например появившийся луг, так, как это было бы в действительности. Пациент может описывать детали ландшафта, а терапевт в заключение спрашивает его, что ему хотелось сделать в представленном ландшафте и о том, какое настроение вызывает у него этот ландшафт.

Мотив луга, как начальный, имеет большое значение для символдрамы. К нему примыкают другие мотивы, которые естественным образом связаны с лугом. Пациент может найти ручей, который протекает через луг. Ручей тоже необходимо описать. Если пациент захочет, он может приблизиться к ручью и сделать с водой то, что ему захочется: свесить в воду ноги, смочить лоб, спуститься в ручей или искупаться в нем, половить рыбу и т. п.

Задача психотерапевта при этом — занимать по отношению к пациенту принципиально разрешительную позицию. Пациенту предоставляется возможность осуществить его желания, дается свобода следовать спонтанным импульсам. Тем самым пациенту дается возможность открыто проявить дремлющие в глубине души тенденции поведения и в соответствии

с ними творчески оформить и развить предлагаемый каждый раз мотив.

Во время занятия терапевт предлагает пациенту по возможности сообщать подряд обо всех всплывающих образах. Психотерапевт постоянно поддерживает взаимосвязь (репорт) с пациентом. На примере луга терапевт учится прорисовывать в своем собственном воображении образы фантазии пациента и весь мир его образных представлений. Это необходимая предпосылка для более глубокого понимания и эмпатического переживания с пациентом.

Психотерапевт занимает при этом такую позицию, как будто описываемые пациентом сцены действительно реальны. Воздействие психотерапевта через вопросы и указания, сформулированные как бы из квазиреальной перспективы, ведут к открытию дальнейших деталей кататимных образов пациента. Возникают новые образы и усиливаются уже существующие. При этом психотерапевт не должен, закрыв глаза, представлять себе образы вместе с пациентом, ибо из-за этого он часто впадает в управляемый бессознательными импульсами мир собственных образов, и тем самым он уже больше не в состоянии наблюдать и критически рефлексировать свое поведение как психотерапевта. Он должен уметь время от времени критически дистанцировать себя от своего пациента, чтобы анализировать его кататимную продукцию, сопоставлять ее со своими теоретическими знаниями и таким образом иметь возможность руководить психотерапией в интересах пациента.

Пациент должен описывать свои переживания образов во время имагинирования. Диалог о деталях представляемых в образах сцен не мешает. Психотерапевт может в осторожной форме задавать промежуточные вопросы, приспосабливаясь к стилю представления образов каждого отдельного пациента. Промежуточные вопросы должны, прежде всего, служить уточнению деталей образов и формированию сопутствующего эмоционального тона. В этом отношении структурирование плодотворно в ходе первых сеансов символдрамы, связанных с процессом обучения. На последующих этапах пациент уже сможет лучше использовать свою творческую фантазию, а структурированные психотерапевтом построения отходят на задний план.

В конце каждого сеанса символдрамы Лейнер, в соответ-

ствии с указаниями Шульца для аутотренинга, просит пациента «вернуться обратно». Пациента просят при этом сжать кулаки, три раза с силой согнуть в локтях и разогнуть руки, сильно напрягая мышцы. Затем он должен глубоко вдохнуть и открыть глаза.

Этот своеобразный ритуал не является самоцелью. Уже в ходе десятиминутного упражнения по методу символдрамы может возникнуть довольно глубокое гипноидное состояние. Часто оно вызывает ощущение особой тяжести в руках и ногах, а также ведет к изменению состояния сознания. «Возвращение обратно» физиологически активизирует ослабившуюся во время символдрамы деятельность коры головного мозга и относительно быстро возвращает пациента в состояние бодрствования. Это важно, так как иначе пациенту потребуется длительное время, пока он сможет совершенно бодро и ясно ориентироваться и действовать в реальном окружении.

После сеанса символдрамы пациент также мало способен когнитивно делать рассудочные умозаключения или внимательно воспринимать окружающее. Поэтому последующее обсуждение сеанса в большинстве случаев не заходит очень далеко. Пациент еще сильно захвачен миром внутренних образов и охвативших его чувств и эмоций. Ему не следует сразу выходить на улицу с оживленным движением и садиться за руль машины. Лучше предложить ему 10—15 минут побыть в приемной и полностью прийти в себя.

В случае работы с пациентом, отягощенным проблемами, психотерапевт должен быть готов к непредвиденным реакциям, а также должен уметь осторожно и дозированно производить воздействие, учитывая глубинно-психологические и психотерапевтические аспекты.

На основной ступени символдрамы и в случае работы с необученным пациентами предварительное задание мотива является технической необходимостью, способной создать стабильные и возобновляемые условия для введения имагинаций.

С предложением мотива всегда естественным образом связана и тематизация поля переживания. Хочет человек или нет, но с каждым мотивом представления при помощи соответствующего ему символического значения определяется определенная тема. Иногда это может быть что-то, имеющее общезначимую природу и подходящее многим людям. В другой

раз это может затрагивать специфическую тему, касающуюся только индивидуальных обстоятельств мотива.

Часть мотивов задумана очень широко, как сцена, на которой могли бы спонтанно представляться всевозможные актуальные конфликты. Другие мотивы — более узкие, а некоторые тематически специально сужены и определены.

## ТЕХНИКИ

### *Основная ступень*

Основной ступени символдрамы соответствуют мотивы, символическое значение которых представляет широкое пространство для спонтанного развития индивидуальных проекций. Это:

- *мотив луга*, как начало сновидения наяву и сцена, плоскость проекций актуальных конфликтов;
- *мотив ручья*, с просьбой проследовать либо вверх по течению, до его истока, либо вниз, до его устья;
- *мотив горы*, которую сначала наблюдают издалека, а потом на нее надо подняться, чтобы увидеть с ее вершины панораму внизу;
- *мотив дома*, который осматривается самым тщательным образом;
- *мотив опушки леса*, видимой со стороны луга. Надо заглянуть в глубину темного леса, чтобы увидеть, какая символическая фигура выйдет оттуда.

### Луг

Как выяснилось, луг — очень хороший способ вызвать визуализацию. Этот символ служит чем-то вроде «психологического Эдема», т. е. благополучным началом психического развития, на каком-то этапе которого что-то нарушается. Большинство взрослых и детей с готовностью принимают луг как удобное начало индуцированных визуализаций. Он является нейтральным или положительным центром для игры их воображения, даже если они выросли в городе. Луг обозначает возвращение к природе и возможность начать все заново. Большинство испытуемых вначале представляют себе луг, на котором они когда-то побывали в действительности. Им предлагается пройтись по этому лугу и описать словами то, что они видят и чувствуют. Так они идут и рассказывают о

своих переживаниях, пока, наконец, не достигают части луга или какого-то другого луга, где они не бывали в реальной жизни и где, вследствие этого, их проекции получат большую свободу. Если же этого не происходит, введение следующего символического сюжета обычно индуцирует у них картины какой-то незнакомой местности, на которой могут развернуться более спонтанные и диагностически более значимые проекции.

Клинический опыт показал, что для постановки диагноза существенно, насколько высока трава на воображаемом лугу и насколько она зелена. Как яркость и тепло солнечного света, так и состояние травы на лугу дают достаточно точное представление об «общем психическом здоровье» испытуемого. Короткая, подстриженная трава часто является свидетельством нездорового психического механизма, например, чрезмерного развития интеллектуальной стороны жизни испытуемого за счет неполного выражения его эмоциональной стороны. У некоторых испытуемых обнаруживается такая враждебность по отношению к их внутренней жизни, что они способны представить только пустыню. В этом случае необходимо помочь им заглянуть под каждый камень и найти хотя бы одну травинку. Примером «символической терапии», на которую, очевидно, указывает данный случай, будет попросить пациента найти немного воды и полить эту травинку, чтобы она выросла.

Мотив задается пациенту в совершенно неопределенной форме. «Попробуйте представить себе луг, ведь представить себе что-то несложно, это вам будет совсем нетрудно. Так же хорошо вы сможете представить себе и любой другой образ».

Сценарий луга отражает часто более или менее осознанное настроение пациента. В соответствии с этим детали образа луга могут изменяться от сеанса к сеансу. Фактор настроения может быть представлен в самых разных областях, но чаще всего он представляется в погоде. Солнце — приподнятое, оптимистическое настроение, угрюмое небо — от задумчивости до депрессии.

Время года указывает на прочно укорененную базовую настроенность. Осенняя ситуация — печальное, плохое настроение, весенняя — оптимистическое ожидание, летняя — чувство удовлетворения от исполнения чего-то.

В случае с идеально здоровыми испытуемыми мы ожида-

ем приветливого, ласкового, залитого летним солнечным светом луга, плодородие которого представлено обилием трав и цветов. Его атмосфера светлая и радостная благодаря общему приятному окружению.

Луг — выражение добродушного, уравновешенного, относительно бесконфликтного, лишенного соперничества, плодородного материнского мира.

Однако гармоничный образ луга в сиянии солнца может возникать не только у идеально здоровых испытуемых, но нередко и у невротиков. В этом у людей с развитыми сильными защитными механизмами «Я» выражается умение скрывать конфликты и внутренние психические проблемы, то есть сильно их вытеснять. Но такой парадокс, в случае с мотивом луга, встречается все же относительно редко.

Большой интерес представляют частные детальные проекции конфликтов на мотив луга. Это формы нарушений, в результате которых нарушается идеальный луг с его плодородием и добродушием (луг обглодан, иссущен солнцем, крошечный, стеснен колючей проволокой, обнесен забором; бесплодный, топкий, мокрый).

У людей, находящихся в острой кризисной ситуации или с невротическими нарушениями, могут проявляться определенные признаки нарушения образа луга, на которые следует обратить внимание. Вместо луга появляется сжатое поле, болото, пустыня или даже заасфальтированная площадка. Скопление похожих сцен может означать особенно тяжелое нарушение, которое ставит под сомнение возможность психотерапии по методу символдрамы.

Работа с лугом не исчерпывается описанной диагностической стороной.

Если мотив луга более или менее приемлем, пациенту предлагается сначала делать то, что он хочет, задавая ему вопрос: «Что бы вам хотелось сейчас сделать?» У него могут появиться желания погулять, полежать в траве, пособирать цветы, изучить окрестности и т. д. Терапевт должен занимать разрешительную, все дозволяющую позицию. Иногда этот вопрос ввергает пациента в растерянность. Ему не приходит в голову: что бы он мог сделать? Это характеризует те тенденции поведения, которые свойственны данному человеку и в реальной жизни, хотя они им не всегда осознаются. Кому ничего не приходит в голову, тот, наверное, и в обычной ситуации не знает,

что ему способно доставить радость. Не привыкший следовать собственным желаниям и импульсам человек склонен скорее к пассивной установке и привык получать от других людей указания и инструкции. Предоставление свободы может поставить такого пациента перед внутренней дилеммой и вызвать тягостное и беспомощное состояние.

В случае неблагоприятной картины луга логично поставить вопрос о вмешательстве психотерапевта. Он может попросить пациента представить другой, географически удаленный ландшафт, излучающий положительное настроение. Может предложить представить себе забор и попробовать перелезть через него, посмотреть, что находится за ним.

Структурирующие воздействия психотерапевта концентрируются прежде всего вокруг стимулирования представляемых образов. Основная идея при этом — исчерпать мотив в плане восприятия, по возможности во всех подробностях, выяснить все связанные с ним настроения. Восприятие осуществляется в двух направлениях: с одной стороны, в когнитивном направлении, с рассмотрением фактических признаков образа; с другой — в области настроений, чувств, эмоций.

Мотив луга со всем, что с ним связано, может занять собой как первый, так и многие последующие сеансы. Он может также остаться только одним коротким эпизодом, от которого отправляются все последующие мотивы.

### Ручей

В этом же или в следующем сеансе пациенту предлагается, опираясь на мотив луга, переключиться на ручей. Это — структурное предложение, с мягким внушением, содержание которого остается, однако, совершенно неопределенным. Обычно этого достаточно, чтобы побудить пациента найти какой-то ручей. Конечно же, может произойти и обратное — мотив ручья не установится. В этом случае можно сделать вывод о некотором сопротивлении или защите. В положительном же случае мы сначала даем пациенту возможность описать детали ручья, а после — рассказать о впечатлениях.

Количество воды в воображаемом ручье является показателем общей психической энергии (либидо) испытуемого. Глубина и ширина этого ручья, по-видимому, соответствуют обычным описаниям человека как «глубокого», «неглубоко-

го», обладающего «широкими» или «узкими» взглядами на жизнь. Препятствия, мешающие течению ручья, являются символическим выражением конфликтов и комплексов, о которых испытуемый знает хотя бы на бессознательном уровне и которые стоят на пути свободного выражения его психической энергии. Бурность потока свидетельствует о том, насколько испытуемого беспокоят его комплексы. Чистота и относительная прозрачность ручья указывают на осознавание испытуемым природы его либидо и слагаемых этой энергии.

Ручей может быть и маленькой канавкой, и широким потоком, и рекой. Терапевт просит сообщить о таких признаках, как скорость течения, чистота воды, характер берега и его растительности. Можно опять спросить, что пациенту хотелось бы здесь сделать. В то время как одни не проявляют инициативы, другим хочется опустить в воду ноги, побродить по ручью, поискать рыб и т. д.

Какое символическое значение мы можем приписать мотиву ручья? Ручей — это текущая вода, которая из источника устремляется по различным потокам в сторону моря и вливается в него. Основной мотив ручья — мотив постоянно текущего, меняющегося и развивающегося потока.

Мотив ручья является выражением психического развития, беспрестанного развертывания психической энергии.

Вода как «элемент» несет в себе жизненную силу. Конец реки, море — особый случай мотива «воды» — считается обычно символом бессознательного в целом.

После того как пациент подробно рассмотрел и описал ручей, ему предлагается на выбор — пойти вверх по течению к источнику или вниз по течению на такое расстояние, на какое он сможет. Идти вверх по течению легче, чем вниз. Для идеально здорового человека проследить ручей вниз по течению не будет особенно трудным. Он расскажет, как ручей становится все шире и шире, как он протекает через различные ландшафты, появляются большие деревни и города, потом он, может быть, впадает в большую реку. Следя дальше по его течению, в конце концов можно прийти к месту его впадения в море. Тогда уже море само по себе станет особым мотивом.

Практически всегда по ходу движения возникают характерные мотивы возникновения препятствия-недопущения. Они дают сигнал о существующих проблемах.

Признаками, указывающими на существование внутрен-

него конфликта, являются ситуации, когда вода невидимо сочится из песка, источник течет тонкой струйкой или многочисленными ручейками растекается по лугу. Если у пациента с каким-то невротическим нарушением вода из источника вытекает широко и обильно, то можно сказать, что у данного пациента не нарушена витальность (жизнеспособность) и эмоциональная интенсивность.

Пациенту предлагается смочить водой лицо, попробовать воду на вкус. При этом обращается внимание на то, чувствует или нет пациент какую-либо влагу, в какой степени он может описать декорации окружения, какой эмоциональный тон и какое настроение они создают.

Если обратиться к глубинной символике, то источник — это оральное материнское обеспечение, материнская грудь. Когда в картине источника существует серьезное нарушение, можно с большой вероятностью сделать вывод о фрустрациях, связанных с самыми ранними отношениями «мать — ребенок», то есть идущими из области оральных потребностей. Неудовлетворение этих потребностей вызывает эмоциональные пробелы.

Признаками нарушения психики считается не только недостаточное развертывание образа источника, но и сложности с использованием его воды. Пациент отказывается пробовать воду, объясняя отказ свой тем, что она кажется ему грязной, содержит бактерии или может его отравить. Если он все же ее пробует, то вода может иметь неприятный вкус, она может оказаться горячей или крайне холодной. Терапевтически эффективно использовать прием медленного привыкания к родниковой воде, прием постепенной адаптации к ней.

Рекомендуется использовать такое упражнение — проследить, как ручей превращается в реку, потом в большую реку и, наконец, вливается в море. На этом долгом пути пациент почти всегда встречает обусловленные конфликтами мотивы препятствия-недопущения. Он может обнаружить запруду, бетонную стену, дощатую перегородку, вода может постепенно просачиваться в песок, исчезать в отверстии, в земле и явно продолжать свое течение под землей. Крайне острым признаком нарушения с актуальной динамикой Лейнер считает исчезновение воды с самого начала: русло ручья пусто! Встречаются маневры сопротивления, когда пациент, следя по течению реки, через некоторое время с удивлением замечает, что

ландшафт остается все время одним и тем же. Ожидаемое развитие не наступает.

Еще одна противоестественная ситуация возникает, если временами ручей в фантазии пациента течет в гору, преодолевая закон тяготения. Такое встречается у пациентов с несколько наивными или детскими представлениями, часто истерически структурированными. Это указывает на тенденцию отрицания реальности.

Интересна проработка возникающего у некоторых пациентов мотива водопада. Чем причудливее, необыкновеннее его образ, тем значительнее невротические нарушения — вода, например, может не доходить донизу, так как она, в представлении пациента, испаряется.

Сеанс, на котором пациент прослеживает течение ручья до впадения в море, требует много времени. Путь к морю можно сократить, предложив пациенту в какой-то момент лодку без весел, чтобы плыть вниз по течению реки. Спуск на неуправляемой лодке может быть тестом на способность отдаваться (кому-либо, элементу или человеку). В море, к которому выплывает пациент, ему можно предложить искупаться и поплавать.

Лейнер не рекомендует погружать пациента в глубину моря. Он объясняет это тем, что существует опасность встретить там монстрообразных архаических симвлических существ, а у психотерапевта не будет ни достаточного опыта, ни необходимых знаний, чтобы путем соответствующих режиссерских указаний сделать встречу с ними терапевтически эффективной.

Техники, направленные на проникновение в глубину психических переживаний, опасны также возможностью активизации не только страхов, но и разнообразных защитных механизмов и тенденции вытеснения, при помощи которых пациент, прежде всего, должен себя защищать. В особо выраженных случаях это может привести к долго сохраняющимся сопротивлениям переноса, которые подрывают доверие пациента к психотерапевту или навязывают пациенту зависимую позицию, потому что он чувствует, что психотерапевт им манипулирует.

Если пациент с невротическим нетерпением настаивает на том, чтобы погрузиться в море, следует помнить, что его желание может определяться явной аутоаггрессией и мазохи-

стским угнетением. Пациент не может быть хорошим режиссером сновидений наяву. Психотерапевт, работающий по методу символдрамы, должен учитывать и контролировать спонтанные тенденции поведения пациента.

### Гора

Гора инициирует «психическое движение» вверх в символическом пространстве. Высота горы, на которую в своем воображении забираются испытуемые, является показателем уровня притязаний относительно того, что в данном случае символизирует для испытуемого гора. Природа препятствий, которые большинство испытуемых спонтанно представляют на своем пути, является символическим диагнозом, который они сами себе ставят. Это психологические преграды, стоящие на пути их психического роста, которые осознают испытуемые, хотя бы на бессознательном уровне.

Нередко испытуемые представляют себе небольшой холм, на который, возможно, они взбирались в своей реальной жизни. В этом случае им дается указание, стоя на вершине этого холма, оглянуться и посмотреть — нет ли вдалеке какой-нибудь горы повыше. Если им удается увидеть какие-то горы, их просят забраться на самую высокую из них.

Мотив горы можно направить двумя различными способами: первая и более короткая установка — рассматривание и точное описание вида горы издалека. Вторая установка включает подъем в гору, который начинается непосредственно с дороги на лугу и должен привести на вершину.

При описании важно подробно охарактеризовать форму, высоту (сколько примерно метров может быть в этой горе?), какие деревья на ней растут и есть ли они вообще, какие горные породы ее слагают, покрыта ли она снегом и т. д. В конце задается особенно важный вопрос: хотел бы пациент подняться на эту гору?

Идеально здоровый человек или хорошо компенсированный пациент, живущий в Европе, описывает гору высотой не более 1000 метров, поросшую лесом, возможно, со скалистой вершиной, на которую, как ему кажется, он мог бы подняться, хотя, может быть, и с трудом.

Формы гор у невротиков могут быть примерно такими: гора — это только холм, иногда — куча песка, груда снега или,

наоборот, гора очень высока, огромна, покрытая снегом и ледниками. Она может быть из папье-маше, из гладких скал, из зеркально-гладкого мрамора. Она может иметь форму сахарной головы с крутыми неприступными стенами, как это часто бывает у подростков и незрелых личностей.

Пациента просят рассмотреть и описать все характеристики горы и свои эмоциональные впечатления. Важно замечать, какими признаками описывается гора, так как перечисленные ее качества можно перенести на людей. Пациенты наделяют гору качественными понятиями, которые принято использовать при характеристике людей.

Мотив горы — особенно хорошая модель для того, чтобы четко показать объекты репрезентаций, то есть отражение самых близких людей из раннего детства, так называемых эмоционально значимых лиц или лиц отношения.

Следующий шаг — это подъем в гору. После того как четко установится образ луга, терапевт просит пациента: «Оглянитесь, пожалуйста, кругом. Может быть, вы где-то поблизости увидите дорогу или хотя бы маленькую тропинку?» Как правило, это быстро получается. Далее терапевт просит пациента пойти по этой дороге и заранее предупреждает, что она поведет его через лес, а потом в гору. С горы он увидит панораму окрестностей.

Это предсказание определяет все сценическое развитие. Но в деталях оно определяется индивидуально самим пациентом.

Идеально здоровый человек обычно без труда может подняться по этой дороге. Он проходит через лес, взбирается по внушительному подъему на гору средней величины. На ее вершине он находит место, откуда открывается панорама во все стороны. Погода хорошая, пациент видит далеко.

Как правило, ему открывается панорама привычного ландшафта, с полями и деревьями, дорогами и людьми, занятыми каким-либо делом. Вдали он может увидеть город, реку или озеро, может появиться море или горы на горизонте.

Мотив горы делится на три компонента — восхождение, панорама и спуск.

В обычной жизни в слова «подъем», «восхождение» мы вкладываем смысл движения вверх по служебной лестнице, карьеру, профессиональный рост и образование. Некоторые люди ставят перед собой высокие или даже крайне высокие

цели, другие довольствуются средним уровнем и испытывают при этом меньше сложностей. Показана высокая корреляция между высотой горы и уровнем притязаний человека. Люди с высоким уровнем притязаний, отличающиеся непомерным тщеславием, представляют высокую гору, подняться на которую сложно и тяжело.

Следует обращать внимание на своеобразие подъема, крутизну отдельных участков, необходимость карабкаться, использовать альпинистское снаряжение. Это показывает, каким образом данный человек привык решать задачи и добиваться своих целей. Усердные и всегда готовые работать люди без каких-либо указаний начинают подниматься в гору, как только перед ними возникает ее образ. Люди, привыкшие к удобствам и избегающие проблем, выбирают прогулочный путь, утомляются, часто отдыхают в пути.

При тяжелых невротических нарушениях тропа становится скользкой и пациент все время скатывается вниз или, наоборот, идет не в гору, а спускается все ниже и ниже в темный лес.

Пациенты с особо сильно выраженной истерической структурой личности имеют достаточно фантазии, чтобы в своем воображении перепрыгнуть через тяжелое восхождение. Они поражают психотерапевта, сообщая: «А я уже наверху!»

Второй компонент мотива горы — это вид, открывающийся с вершины. Панорама — это вознаграждение за затраченное напряжение. Пациент наблюдает мир в совершенно иной перспективе, чем он привык. Он удален от земли, все уменьшено, но вид, распространенный до горизонта, великолепен.

Важно уточнение — не нарушается ли обозрение в каком-то из четырех направлений. Терапевт просит пациента описать, что он может разглядеть позади себя, впереди, справа и слева. Вид сзади — это, как правило, взгляд в прошлое, вперед — ожидание будущего, справа акцентируется когнитивная, рациональная, мужская установка, слева — эмоциональная, женская.

На первых этапах психотерапии панорама часто открывается на образы ландшафта ранней весны — марта или апреля. По мере занятий символдрамой ландшафт делается плодороднее, происходит преобразование от весны к лету, вплоть до времени сбора урожая. Появляются реки и озера, может появиться море. Горные цепи становятся ниже. Это развитие кататимной панорамы указывает на бессознательную самооцен-

ку развивающегося терапевтического процесса. Повышенная оживленность явно указывает на растущее развитие и обогащение Я с одновременным разрушением закостенелых структур.

Оценивая признаки нарушения психики, прежде всего следует обратить внимание на ландшафт. Экзотические ландшафты — бесконечные саванны, пустыни, невозделанные территории — сигнализируют о существующих проблемах.

Третья часть мотива горы — спуск. Если пациент достаточно побывал на вершине горы, увидел панораму и описал ее, ему дается на выбор возможность спуска вниз либо по той же дороге, по которой он поднимался, либо по какой-нибудь другой. Нежелательно заканчивать сеанс прежде, чем пациент опять доберется до подножия горы.

Спуск не всегда происходит беспроблемно. Иногда пациенты неохотно спускаются вниз, особенно те, у которых высокий уровень притязаний. В культурно-лингвистическом контексте слово «опускаться» часто используется как отказ от важного положения, социальный спуск, снижение, моральное падение.

Некоторые пациенты уход с вершины горы воспринимают как возвращение в серые будни повседневной жизни. Обозрение панорамы они восприняли как облегчение, а возвращение, соответственно, прямо противоположно.

Другие, напротив, чувствовали себя на вершине неуютно, одиноко, отрезанными от мира людей. Для них возвращение вниз, к людям, к человеческим жилищам, приятно и желанно.

Опять-таки терапевт просит описывать детали ландшафта, по которому пролегает путь, окружение, эмоциональный тон.

Мотив горы чрезвычайно важен. Восхождение на гору следует постоянно повторять через определенные промежутки времени.

Если этого не делать, то вне поля зрения пациента может остаться проблема соперничества и достижения, которую необходимо прорабатывать. Внутреннее смирение или депрессивная пассивность станутся вытесненными.

### **Дом**

Воображаемый дом является символом Я испытуемого. Чем больше доля воображения в представлении дома, тем прозрачнее его символизм. Нередко испытуемым приходится

исследовать дом, с которым они знакомы в реальной жизни, прежде чем они могут перейти к исследованию воображаемого дома. Содержание и размеры комнат в этом доме, их отношения между собой отражают компоненты или функции психической структуры испытуемого, а также отношения между различными компонентами этой структуры.

Дом — очень многоплановый мотив. На его прорабатывание требуется много времени. Мотив дома следует предлагать только тем пациентам, которые уже хорошо освоились с символдрамой и которые способны, по мнению терапевта, выдержать определенную нагрузку.

Согласно существующему опыту, дом переживается прежде всего как символ собственной личности или одной из ее частей. В мотиве дома отражается структура, в которой пациент проецирует себя и свои желания, пристрастия, защитные установки и страхи.

Пациента просят представить себе дом. Потом он должен описать его, сначала снаружи, включая окружение, потом — изнутри. При внешнем осмотре дома следует спросить, что он напоминает пациенту? В некоторых случаях видно сходство с родительским домом, с домом бабушки и дедушки или других важных значимых лиц. То же относится и к внутренним частям дома.

Дверь дома редко бывает закрытой. Правда, для некоторых пациентов характерно возражение, что дом — чужой и в него просто так заходить нельзя. Рекомендуется обсудить с ними причины их нерешительности, которые, возможно, часто проявляются и в обычной жизни.

При осмотре внутри обращается внимание на то, каких помещений пациент избегает, какие хочет осмотреть в первую очередь, какой интерьер он видит. Вытесненные проблемы дают о себе знать в моментах избегания.

Особое значение имеет кухня, как место, где хранится и готовится еда. Она может быть сверкающе-чистая, с новой мебелью, или покинутая, полная грязной посуды, мусора и объедков.

Есть ли запасы продуктов? Что именно находится в кладовой или в холодильнике, как кладовой меньшего размера?

Состояние кухни и хозяйственные запасы позволяют делать прямые выводы об установке пациента относительно орального мира наслаждения.

Как дополнение к мотиву кухни следует обратить внимание на хозяйственные запасы в подвале, в погребе. Вполне может быть, что запасы, вместо того чтобы быть в кухне, в изобилии сложены в подвале (вытеснение оральных наслаждений).

Далее описываются жилые помещения, обстановка, царящая в них атмосфера. Хотел бы пациент тут жить? Следует спрашивать о чистоте помещений. Чрезмерная чистота и порядок являются противовесом уютной жилой атмосфере.

Особое значение придается также спальне, как интимной области, различные детали которой выражают партнерские отношения вплоть до эротически-сексуальных связей. Задаются вопросы относительно количества кроватей, спали ли уже на этих постелях, что в шкафах и на ночных столиках? Если молодые пациенты или подростки находят там старомодные платья, которые пошли бы разве что их родителям, они как бы сигнализируют тем самым, что вытесняют для себя сексуальные или похожие на брак отношения.

В качестве последних пунктов осмотра следует назвать чердак и подвал. В обоих помещениях психотерапевт может предположить наличие старых сундуков, ящиков и шкафов. Можно попросить пациента исследовать их содержимое. Осмотр старых вещей, игрушек, семейных альбомов может натолкнуть на важные реминисценции, воспоминания.

В случае с беспроблемными людьми появляется образ дома, предназначенного в основном только для одной семьи. Офис фирмы, учреждение, гостиница или что-то подобное дают основание предполагать, что сферой частной жизни пациент явно пренебрегает. Маленькая хижина вызывает вопрос, насколько развито у данного человека самосознание. Отсутствие окон позволяет сделать вывод о сильной замкнутости и недоверии к окружающему миру. Замок, часто имеющий огромный зал с троном, указывает на грандиозные ожидания и завышенную нарциссическую самооценку.

Важно удостовериться, не представляет ли один и тот же пациент в разное время и в зависимости от условий совершенно различные мотивы дома. Если контрастов и различий в образах разных домов слишком много, то можно предположить, что пациент привык жить, опираясь на разные роли или ядра Я, а консолидирующая идентичность Я у него еще не развилась..Если контрастов меньше, то в этом можно увидеть

некоторую долю эластичности, гибкости и многогранности личности.

В случае повторения мотива дома структуры образа будут тем более закостенелыми, чем более невротично фиксирован пациент.

С использованием мотива дома стоит быть очень осторожным. В процессе психотерапии не следует вводить его слишком рано. Мотив дома изменяется в ходе продвижения процесса психотерапии или под влиянием сильных переживаний, к примеру влюбленности. При благоприятном развитии он гармонизируется и совершенствуется.

### **Заглянуть во мрак леса**

Лес — темная область земного ландшафта, которую нельзя видеть нас kvозь и где может скрываться все или ничего. В лесу безмятежно и свободно живут дикие звери; в лесу могут обитать злые и добрые существа, вроде фей, гномов, ведьм, разбойников и т. п. Лес часто внушиает нам неопределенный страх.

В глубинной психологии лес является символом бессознательного. Никакой другой мотив основной ступени символдрамы не переживается так противоречиво, как лес. На этот мотив могут проецироваться очень амбивалентные, эмоциональные переживания. Здесь одновременно смешиваются чувства страха и удовольствия.

На основной ступени символдрамы терапевт принципиально удерживает пациента от входления в лес. Это относится и к тем случаям, когда пациент хочет туда пойти по собственному побуждению. Необходимо помнить о том, что в работе с образами и символами пациент ни в коей мере не может быть для себя лучшим советчиком.

На основной ступени задача психотерапевта — сохранение покровительственной позиции и избегание опасных ситуаций. Необходимо следовать старой психотерапевтической рекомендации — не освобождать на сеансе больше бессознательного материала, чем психика пациента сама спонтанно готова открыть. Работа с мотивом опушки леса означает осуществление этой возможности. Здесь речь идет об области бессознательного, которая находится непосредственно на земле, то есть поблизости от сознания.

Представляющиеся символические образы должны выходить из леса на луг, в известной степени из бессознательного на свет сознания. Цель терапии — в том, чтобы путем выхода из леса на луг вывести на свет сознания отщепленные и вытесненные пациентом тенденции. Занимаясь с ними, пациент принимает и признает их. Он описывает их, приближается к ним, позднее, возможно, даже сможет дотрагиваться и гладить их, как обычно поступают с животными. Часто пациенты к этому не готовы. Тогда психотерапевт должен помочь им, применяя специальные режиссерские принципы работы с образами.

В объяснении символовических образов необходимо учитывать два дополняющих друг друга аспекта.

На первом уровне интерпретации образ можно рассматривать в контексте объектных отношений, то есть как воплощение отношений близких людей, значимых лиц, оказавших особо важное влияние на пациента. При неврозе они могут оказаться недооцененными, непризнанными или появляться в искаженной форме, т. е. так, как они эмоционально переживались ребенком в детстве.

Второй уровень интерпретации образов — субъективный, т. е. образы могут воплощать бессознательные тенденции поведения и установки — иными словами, эмоциональные и инстинктивные желания пациента, которые он отщепляет от своего реального поведения. Часто пациенты воплощают в образах часть «непройдой жизни».

Лейнер предлагает для работы на основной ступени символдрамы использовать прежде всего принципы *кормления, насыщения, примирения и нежного объятия*. Они выбраны им для исходной работы с символами потому, что их сравнительно легко освоить и они практически не вызывают у пациентов никаких тревожных реакций. Тем не менее при целенаправленном применении они оказывают терапевтическое воздействие в четко определенных пределах.

Принцип кормления и насыщения дает психотерапевту возможность показать на примере ситуаций с враждебными образами, как следует себя вести в агрессивной или недружелюбной ситуации. При этом следует избегать бегства или враждебных действий ради защиты.

Нападение пациента на враждебный символический образ показывает агрессию, направленную против себя самого,

вернее, против затрагиваемой при этом части его собственно-го Я.

Это подавление собственных импульсов пациент уже достаточно долго нарабатывал в своем невротическом поведении. Плодотворная психотерапевтическая интеграция происходит аналогично действиям укротителей диких животных. Укротитель пытается расположить и привязать к себе животных, при этом он прежде всего кормит их. Насколько это получится, зависит от вида предлагаемой пищи. Например, змее в имагинации можно поставить блюдце молока, а льву лучше предложить миску свеженарезанного мяса.

Предложив накормить животное, психотерапевт обсуждает с пациентом, какой корм лучше предложить. Цель заключается не в том, чтобы просто «кормить», а в том, чтобы предложить избыток пищи, ее должно быть значительно больше, чем невротический пациент может себе представить в своей оральной зажатости. Момент наступления «пресыщения», когда животное перекормят, имеет большое значение.

Что же происходит потом? Символический образ, как и живое существо, становится по-настоящему сытым и тем самым усталым и ложится отдохнуть. В дальнейшем поведение символического существа коренным образом изменяется. Оно утрачивает свою опасность, становится приветливым и доброжелательным. Пациент уже может приблизиться к нему и даже прикоснуться или погладить. Принцип кормления и насыщения сам собой переходит в следующий принцип символдрамы — принцип примирения. Возможно, здесь пациенту еще придется при помощи психотерапевта преодолеть остатки своего страха, но работать с ним будет уже гораздо проще.

### ***Средняя ступень***

Ниже приводятся стандартные мотивы и психотерапевтические техники средней ступени психодрамы.

#### **Представление значимого лица**

На лугу или в каком-то другом символическом месте, приятном испытуемому, собираются его родственники: родители, братья и сестры, супруг(а) и т. д. Для того чтобы яснее выразились эмоциональные отношения испытуемого к этим людям, его просят представить себе, скажем, не мать, а корову, кото-

рая, по свидетельству клинических и экспериментальных исследований, чаще всего является на редкость подходящим символом для фигуры матери. Большинству испытуемых удается проецировать свои эмоциональные отношения с отцом на слона или быка. Чаще всего бывает совершенно ясно, какое диагностическое значение имеет страшный слон или бык, равно как и конфликт между двумя названными животными.

Отца, мать, братьев, сестер, начальника, супруга, детей можно представить либо в реальном, либо в символическом воплощении. Личное появление таких фигур может вызывать сопротивления, которые смягчаются символическим представлением. Местом встречи могут быть реальные места или луг. Символическое значение может раскрываться в ландшафтных мотивах (как это часто бывает спонтанно): в мотиве горы, источника, ручья или в форме деревьев: как отдельно стоящее дерево, как два или несколько деревьев. Положение деревьев друг относительно друга точно так же отражает семейную динамику, как и положение животных. Фигуру животного можно интерпретировать как символ отца (например, фигура слона) или матери (корова). Поведение животных при попытках пациента приблизиться к ним, прикоснуться и заговорить с ними дает содержательную информацию о бессознательной установке по отношению к ним.

## Мотив для исследования установки на сексуальность

**Мужчин** просят представить себе куст розы на краю луга. После того как пациент рассмотрит этот куст, его просят сорвать одну розу.

Важно, как выглядят цветы, нерешительность пациента, его страх уколоться и т. п. Насколько пышен этот куст, насколько насыщен его цвет, раскрылись бутоны или все еще продолжают расти — все это, как и способность сорвать воображаемый цветок, не уковотившись, символизирует психосексуальное развитие испытуемых-мужчин. Этот мотив имеет центральное значение для лечения сексуальных расстройств.

**Женщин** просят представить, как они в сумерках идут домой. За плечами долгий и изнурительный путь через сельскую местность. На дороге позади них появляется машина или повозка, запряженная лошадьми. Поравнявшись с ними, она останавливается, и водитель (кучер) предлагает подвезти па-

циентку. Как выяснилось, пол и внешность водителя, цвет и размер автомобиля — все это имеет диагностическое значение для определения сексуального развития большинства испытуемых-женщин. В искажении ситуации проявляется множество различных форм защиты, которые отражают проблемы, возникающие у пациентки в партнерских отношениях.

Особенно важны здесь признаки сопротивления, как, например, испытуемая видит дорогу, но ей не удается увидеть на ней автомобиль, или, когда она садится в автомобиль, тот исчезает.

### **Мотив для исследования установки на агрессивные импульсы**

В качестве выражения способности к экспансивному и агрессивному поведению представляется лев.

Он может сидеть в клетке, выступать с трюками в цирке, свободно двигаться на природе. Животное может быть мягким, кротким, приветливым, как плюшевый мишканчик, выражая явную заторможенность агрессии какого-то особого человека.

Поведение льва во время визуализации служит показателем способности испытуемого выразить себя. Во время визуализации перед львом должны возникнуть какие-либо люди, противостоящие испытуемому в реальной жизни. Лев может либо напасть на них и их съесть, либо улечься у их ног. Любой из вариантов говорит о способности испытуемого победить своих противников в реальной жизни.

### **Мотив для определения идеала Я**

Это попытка понять ранние идеальные образования. С этим связана проблема идентичности. Пациента просят «услышать» в своем воображении первое пришедшее в голову имя человека того же пола, что и он. Затем просят представить себе воображаемого человека, которому принадлежит это имя. Как правило, воображаемый человек обладает личностью, которую, по представлению испытуемого, он сам мог бы или должен был бы иметь в результате развития своей личности. Нередко воображаемая личность является противоположностью личности испытуемого и представляет собой синтез качеств, принадлежащих идеальному человеку, и качеств самого испытуемого, т. е. представляет собой очевидную цель терапии.

## Заболоченная лужа

Испытуемых просят представить себе заболоченную лужу посреди луга (символическое безопасное место, где можно спрятаться, если дальнейшие картины станут слишком страшными). Их просят всмотреться в отражающую поверхность лужи. Очень часто оттуда на них поднимается какое-нибудь ужасное страшилище. Нередко испытуемые видят существа противоположного пола либо что-то вроде обнаженного мужчины, таящего в себе сексуальную угрозу, или эфирное существо с женскими формами. Эти фигуры обычно представляют расстройства в сексуальной сфере испытуемых, особенно репрессивные и регрессивные тенденции.

## Существо из пещеры

Испытуемых просят представить, что они стоят в тени под защитой дерева и ждут, когда кто-то или что-то появится из пещеры. В большинстве случаев оттуда выходят реальные или мифологические фигуры или фигура, может быть, родитель, друг, чудовищный змей, богиня, великан или какие-нибудь животные, более или менее агрессивные по своей природе. Эти фигуры обычно являются символическими проекциями подавленных или неразвитых областей личности испытуемых.

## Извержение вулкана

Сила извержения, тесно связанная с легкостью, с которой испытуемый может представить себе начало этого извержения, а также характер вещества, вылетающего во время извержения из вулкана, являются хорошим показателем природы и количества эмоционального напряжения, накопившегося в испытуемом. Легкость, с которой испытуемый может высвободить это напряжение, и то, как именно он это делает, также часто проецируется на извержение вулкана.

## Картинки в старой книге

Испытуемый находится в подвале воображаемого дома. Его просят представить, как он начинает рыть яму в земляном полу, чтобы разыскать зарытую там старинную книгу. В этой книге очень много картинок. Когда он отыскивает ее, его просят описать некоторые из картинок. Этот символ дает испытуемому возможность свободно проецировать себя на содер-

жание книги. Обычно возникающие перед ним картины имеют отношение к тем символическим сюжетам, которые он видел до этого. Нередко эта визуализация каким-то образом восполняет то, что осталось невысказанным или неразрешенным во время предыдущих визуализаций.

\* \* \*

В противоположность относительно структурированному методу основной ступени символдрамы здесь, на средней ступени, кататимные образы предоставлены свободному развертыванию. Частично на основе какого-либо стандартного мотива, частично полностью от него независимо психотерапевт предлагает в свободно-ассоциативной форме последовательно развертывать, как бы нанизывая друг на друга, образно представляемые сцены. Это удается только с пациентами с достаточно продуктивной фантазией. Нередко при этом свободно ассоциированные образы сходятся со сценами воспоминаний из раннего детства, имеющих травматический характер. Под покровительством психотерапевта спонтанно переживаются и испытываются во всей полноте драматические сцены, часто с освобождением страхов и других негативных эмоций.

Для высвобождения соответствующих эмоций Лейнер рекомендует использовать метод фокусирования острых конфликтов. В начале сеанса пациент вербализует насущный конфликт. Когда тема достигает кульминации, ему предлагается подходящий мотив символдрамы, чтобы представить конкретную насущную проблему в сновидении наяву. Тогда она проявляется в образной форме очень пластично, по-новому, приоткрывая на воображаемом уровне совершенно новые аспекты. В дополнение в ходе пробного действия может быть проиграно решение или попытка решения проблемы пациента.

### *Применение символдрамы при лечении психосоматических заболеваний*

При работе с пациентами, страдающими психовегетативными и психосоматическими расстройствами, оправдало себя образное представление больного органа или соответствующей части тела с указанием, что там должно обнаружиться какое-то изменение. В распоряжении психотерапевта есть две техники: внушение рассматривать извне какой-то орган, как

если бы он был открыт и его можно было бы наблюдать сквозь стекло, и техника уменьшения пациента до размеров сказочного мальчика-с-пальчик, который опускается через рот по естественным путям в большой орган.

Психотерапевтическое воздействие метода символдрамы опирается на глубокое эмоциональное прорабатывание внутренних бессознательных конфликтов и проблем. Наши проблемы имеют прежде всего эмоциональную природу. Символдрама позволяет работать с ними именно эмоциональными средствами. Само название метода — «символдрама» или «кататимное переживание образов» — указывает на связь с эмоциями. «Кататимное» на русский язык можно перевести как «эмоционально обусловленное» или «идущее из души». В общепринятом в медицине значении кататимия — это видоизменение или искажение психических процессов (мышления, восприятий, воспоминаний) под влиянием сильных эмоций. В символдраме терапевт имеет дело с наиболее глубокими и подлинными переживаниями. Благодаря этому даже негативные переживания в образе могут иметь мощный психотерапевтический эффект. Символдрама дает возможность глубоко пережить, проработать и принять то, что при использовании вербально-когнитивных техник психотерапии оставалось бы на поверхностно-понятийном уровне.

Исследования немецких и российских психотерапевтов и психиатров, использующих символдраму, позволяют рекомендовать этот метод как адекватное средство диагностики и лечения самых разных психических, психосоматических расстройств и заболеваний, таких, как гинекологические заболевания и сексуальные нарушения, мастопатии, онкологические заболевания, эндогенные депрессии, страхи и фобии и др.

### **3.9. ТРАНЗАКТНЫЙ АНАЛИЗ**

Транзактный анализ (от лат. *transactio* — сделка и греч. *analysis* — разложение, расчленение) — психотерапевтическая методика группового и личностного роста, предложенная американским психологом и психиатром Эриком Берном. Этот метод психотерапии основан на процедуре анализа структуры личности. В качестве личностных структур, как интериоризаций социального опыта, здесь рассматриваются особенности и взаимодействие трех состояний Я: «Родитель», «Ребенок» и

**«Взрослый».** «Родитель» представляет собой авторитарные тенденции индивида, «Ребенок» — подчиненную позицию, «Взрослый» — умение отстаивать собственное мнение и организовать взаимоотношения с другими на основе равноправного партнерства.

Существует несколько ключевых идей, которые лежат в основе теории транзактного анализа: **модель эго-состояний, транзакции, поглаживания, структурирование времени, жизненный сценарий и игры.**

Практика терапии психосоматических заболеваний в транзактном анализе базируется на последовательном теоретическом подходе, основой которого является убеждение, что ранние решения, которые человек принимает в детстве о том, какие у него должны быть сценарные паттерны поведения, мыслей и чувств, могут быть изменены. В транзактном анализе говорят: «Для того чтобы лучше себя чувствовать, необязательно болеть».

Основная цель этого психотерапевтического метода — актуализация «Взрослого» в человеке, реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, непродуктивных стереотипов поведения, формирование новой системы ценностей. В процессе терапии должен учитываться актуальный психологический конфликт и влияние социальных факторов.

Данный вид психотерапии основан на контрактном методе, при котором пациент и терапевт несут взаимную ответственность за достижение целей контракта. Эти цели направлены на выход из сценария и достижение автономии, получение пациентом новых Родительских посланий, создание интегрированного Взрослого.

Кроме того, транзактный анализ позволяет проанализировать игры людей, страдающих психосоматическими расстройствами, и преимущества (выигрыши), вытекающие из них. Выигрыш всех игр направлен в той или иной степени на укрепление самозащиты, получение привилегий, уклонение от близких отношений и уход от ответственности.

Основой транзактного анализа является **модель эго-состояний** («модель РВД»). Эго-состояние — это совокупность связанных друг с другом поведений, мыслей и чувств как способ проявления нашей личности в данный момент. Модель описывает три различных эго-состояния:

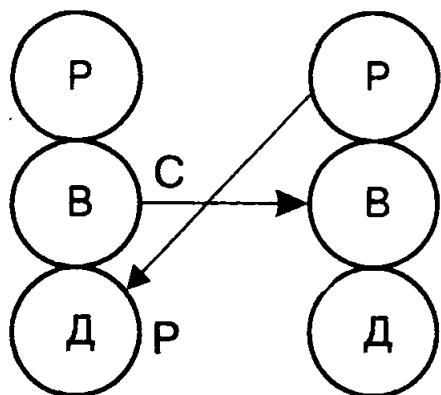
**Р** — эго-состояние Родителя: поведение, мысли и чувства, скопированные у родителей или парентальных фигур

**В** — это-состояние Взрослого: поведение, мысли и чувства, которые являются прямым реагированием на «здесь и теперь»

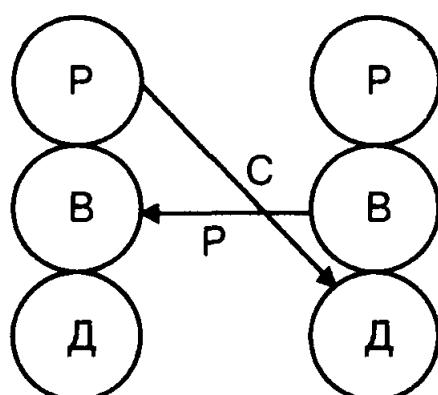
**Д** — это-состояние Ребенка (Дитяти): поведение, мысли и чувства, присущие детскому возрасту.

Модель это-состояний позволяет устанавливать надежную связь между поведением, мыслями и чувствами.

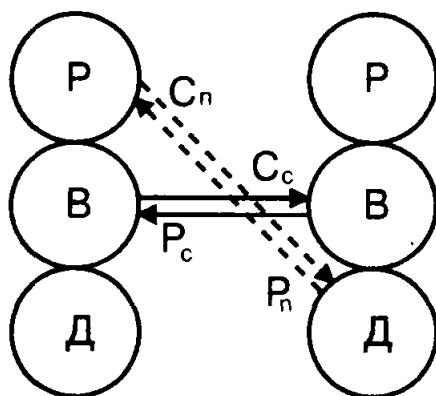
Транзакция имеет место тогда, когда я предлагаю вам какой-то вид **коммуникации** (общения), а вы отвечаете мне. Начало коммуникации называется стимулом, ответ — реакцией. Берн считал транзакцию «основной единицей социального взаимодействия». Общение между людьми всегда принимает форму подобных цепочек транзакций. Транзакции бывают параллельные (дополняющие), пересекающиеся и скрытые. Примеры схем транзакций приведены на рис. 3.



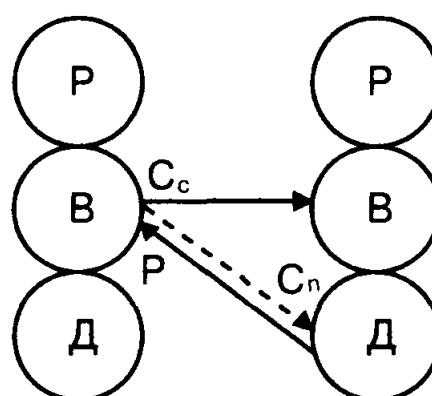
Пересекающаяся транзакция  
В—В, Р—Д; С — стимул, Р — реакция



Пересекающаяся транзакция  
Р—Д, В—В; С — стимул, Р — реакция



Двойная скрытая транзакция:  
социальный уровень В—В, В—В;  
психологический уровень Р—Д, Д—Р;  
 $C_c$ ,  $C_n$  — социальный и психологический  
стимулы;  $P_c$ ,  $P_n$  — социальная и  
психологическая реакции



Угловая скрытая транзакция:  
 $C_c$ ,  $C_n$  — социальный  
и психологический стимулы;  
Р — реакция

Рис. 3. Схемы транзакций

**Структурирование времени.** При встречах людей в группах или парах существует всего шесть различных способов проводить свое время. Эрик Берн дал следующие определения этим шести видам структурирования времени: **уход, ритуалы, времяпрепровождение, деятельность, игры, интимность.** По мнению Берна, все эти способы способствуют удовлетворению структурного голода человека.

**Поглаживание** определяется как единица транзакции. Можно классифицировать поглаживания следующим образом: **вёрбальные или невербальные, позитивные или негативные, условные или безусловные.**

**Сценарий жизни.** В детстве каждый из нас пишет свой собственный сценарий жизни. Основной сюжет мы пишем в раннем детстве до того, как научились говорить. Позднее лишь добавляем детали к нашему сценарию. К семи годам сценарий в основном написан, а в юношеском возрасте мы можем его пересмотреть. Будучи взрослыми, мы обычно не осознаем, что написали для себя сценарий жизни, но тем не менее в точности ему следуем. Без осознания этого факта мы устраиваем нашу жизнь таким образом, что движемся к той финальной сцене, которую определили в детстве. Наряду с моделью эго-состояний концепция сценария жизни является краеугольным камнем транзактного анализа. Она особенно важна в психотерапевтической деятельности. При анализе сценария мы используем концепцию сценария жизни для понимания того, как люди могут неосознанно создавать себе проблемы и как они решают их.

Берн выдвинул идею о том, что еще на раннем этапе формирования сценария маленький ребенок уже имеет определенные представления о себе и окружающих его людях. Эти представления, по-видимому, остаются с ним всю жизнь и могут быть охарактеризованы следующим образом: «я — ОК» или «я — не ОК»; «ты — ОК» или «ты — не ОК».

Если объединить эти положения во всех возможных комбинациях, мы получим четыре установки о себе и других людях:

1. Я — ОК, ты — ОК;
2. Я — не ОК, ты — ОК;
3. Я — ОК, ты — не ОК;
4. Я — не ОК, ты — не ОК.

**Игнорирование** в транзактном анализе — это бессознательное игнорирование информации, связанной с решением какой-то проблемы.

**Мировосприятие и искажение.** Каждый человек воспринимает окружающий мир по-своему, и твое восприятие мира будет отличаться от моего. Мировосприятие определяют как структуру ассоциативных ответов, интегрирующую различные эго-состояния при реагировании на определенные стимулы. Мировосприятие предоставляет человеку целостный перцептуальный, концептуальный, эмоциональный и двигательный набор, который используется для определения себя, других людей и окружающего мира.

Для облегчения понимания этого формального определения мировосприятие предлагают рассматривать как «фильтр на реальность».

**Симбиоз** имеет место тогда, когда двое или более людей ведут себя так, как будто вместе образуют одного человека. Люди, принимающие участие в таких взаимодействиях, не используют все имеющиеся у них эго-состояния. Обычно один из них исключает Ребенка и использует лишь Родителя и Взрослого, а другой занимает противоположную позицию, оставаясь в Ребенке и блокируя два других эго-состояния. При входении в симбиоз его участники чувствуют себя более комфортно. Каждый играет роль, которую от него ожидают, однако этот комфорт достигается за определенную плату: находящиеся в симбиозе блокируют многие свои способности и возможности, присущие им как взрослым.

**Чувство рэкета** определяется как обычная эмоция, зафиксированная и поощряемая в детстве, переживаемая в самых различных стрессовых ситуациях и не способствующая взрослому решению проблем. Рэкет представляет собой набор сценарных поведений, используемых вне нашего осознания как средство манипулирования окружением и включающее в себя переживания (ощущение) человеком чувства рэкета.

**Игры и анализ игр.** Можно выделить несколько характерных особенностей, присущих играм.

1. Игры постоянно повторяются. Время от времени каждый человек играет в свою любимую игру, при этом игроки и обстоятельства могут меняться, однако паттерн игры всегда остается одним и тем же.
2. Игры проигрываются вне осознания Взрослого. Несмотря на то что люди играют в одни и те же игры, они не осознают этого. Лишь на заключительной стадии игры игрок может спросить себя: «Как это опять могло случиться со

мной?» Даже в этот момент люди обычно не понимают, что они сами начали игру.

3. Игры всегда заканчиваются тем, что игроки испытывают рэкетные чувства.
4. Игроки во время игр обмениваются скрытыми транзакциями. В любой игре на психологическом уровне происходит нечто совершенно отличное от того, что имеет место на социальном уровне. Мы знаем об этом потому, что люди играют в свои игры снова и снова, находя партнеров, игры которых подходят к их играм.
5. Игры всегда включают в себя момент удивления или смущения. В этот момент игрок ощущает, что случилось нечто неожиданное.

Описание приведенных ниже техник предполагает достаточно глубокое знакомство с положениями транзактного анализа. Для этого можно порекомендовать следующие работы: Берн, 1998; Гулдинг, Гулдинг, 1997; Стюарт, Джойнс, 1996; Steiner, 1990, 1996; Schiff, Schiff, 1971; Кагрман, 1968.

### ТЕХНИКИ

Данный раздел написан по материалам книги «Современный транзактный анализ» (Стюарт, Джойнс, 1996).

#### **Техника 1. «Определение эго-состояний»**

##### ***Упражнение 1***

Напишите по одному примеру на каждый из трех способов своего поведения (Родитель, Взрослый, Ребенок) за последние сутки и связанных с этим мыслей и чувств.

##### ***Упражнение 2***

Вернитесь к вашим примерам, когда вы в последние сутки находились в эго-состояниях Ребенка, Родителя и Взрослого.

**Эго-состояние Ребенка.** Подумайте о каждом случае, когда вы находились в эго-состоянии Ребенка. Запишите, какие чувства вы испытывали и о чем думали. Часто к мыслям Ребенка можно довольно легко подойти, спросив себя: «Что я думал о себе?» Отметьте, что вы думали о себе, о других людях и вообще о мире. Наконец, вспомните, как вы себя вели, когда были в Ребенке. Наилучшим способом для этого является

проигрывание себя в Ребенке, глядя в зеркало. Возможно, вам удастся вспомнить, какие события в прошлом вы проигрывали. Сколько вам было лет в каждом из этих случаев?

*Эго-состояние Родителя.* Аналогичным образом запишите чувства, мысли и поведение для каждого случая, когда вы находились в эго-состоянии Родителя. И снова проиграйте это событие, если хотите. Часто к мыслям Родителя легче всего подойти, спросив себя: «Что «говорят» во мне мать и отец (или другие родственники: тетя, дядя, дедушка)?» Проверьте, чтобы в тех случаях, когда вы были в Родителе, вы копировали бы поведение, мысли и чувства ваших родителей. Вам, вероятно, будет легко определить того человека, которого вы копировали в каждом отдельном случае.

*Эго-состояние Взрослого.* Запишите набор связанных друг с другом поведений, мыслей и чувств для случая, когда вы были во Взрослом. Для того чтобы отличить Взрослого от Ребенка или Родителя, спросите себя: «Соответствует ли это поведение, мысли и чувства взрослому подходу к ситуации, происходящей в данный момент?». Если да, то это реакция Взрослого.

## Упражнение 3

Вспомните последние сутки. Отметьте случаи, когда вы были в позитивном Адаптивном Ребенке. Каким было ваше поведение в каждом случае? Можете ли вы вспомнить, какие детские ситуации вы проигрывали? Проделайте то же самое для случаев, когда вы были: в негативном Адаптивном Ребенке; в позитивном Свободном Ребенке; в негативном Свободном Ребенке. За одну минуту напишите слова, которыми, на ваш взгляд, можно описать кого-либо из ваших знакомых в позитивном Адаптивном Ребенке. Проделайте то же самое для описания: негативного Адаптивного Ребенка; позитивного Свободного Ребенка; негативного Свободного Ребенка.

## Упражнение 4

Вспомнив прошедший день, отметьте случаи, когда вы вели себя по отношению к другим как Контролирующий Родитель. В каких случаях вы исходили из позитивного Контролирующего Родителя? Негативного Контролирующего Родителя? Вспоминаете ли вы, какого родителя или парентальную

фигуру копировали в каждом отдельном случае? Проделайте то же самое для случаев, когда вы были позитивным или негативным Воспитывающим Родителем. За одну минуту напишите слова, которые, по вашему мнению, описывают человека, находящегося в позитивном Контролирующем Родителе.

### Упражнение 5

Составьте свою эгограмму. Идея эгограммы заключается в том, чтобы нарисовать столбик над названием каждого эго-состояния. Высота столбика указывает на то, сколько времени вы находитесь в каждой функциональной части. Сначала нарисуйте столбик над той частью эго-состояния, в которой вы находитесь чаще всего. Затем — над частью, в которой находитесь меньше всего. Пусть высота двух столбиков совпадает с вашей интуитивной оценкой относительного количества времени, которое вы проводите в каждом эго-состоянии.

КР	ВР	В	СД	АД
----	----	---	----	----

**КР** — Контролирующий родитель, **ВР** — Воспитывающий родитель; **СД** — Свободный ребенок, **АД** — Адаптивный ребенок.

Если вы работаете в группе, то при составлении эгограммы поделитесь своими мыслями с другим членом группы. Работайте быстро и интуитивно. Что вы узнали о себе?

Некоторые люди находят, что составленная эгограмма подходит к ним в любой ситуации. Другие считают, что им необходимо нарисовать две и более различных эгограмм. Возможно, у них получится «домашняя» и «рабочая» эгограмма. Если это подходит и для вас, то нарисуйте обе. Что вы узнали о себе нового? Объясните полученные эгограммы человеку, который вас хорошо знает. Попросите его нарисовать вашу эгограмму. Чему вы научились, сравнив его эгограмму со своей?

### Упражнение 6

Хотите ли вы что-либо изменить в своей эгограмме? Если да, какой столбик нужно поднять, чтобы добиться результата? Запишите пять новых поведений, которые можно использовать для увеличения желаемого эго-состояния, и начните

применять их со следующей недели. Затем вновь нарисуйте свою эгограмму. Если возможно, пусть хорошо знакомый вам человек изобразит вашу эгограмму. (Не говорите ему, какие изменения вы планируете сделать в эгограмме.) Соответствует ли ваша новая эгограмма гипотезе константности?

## Упражнение 7

Возьмите большой лист бумаги и нарисуйте шесть вертикальных колонок. Обозначьте левую колонку «Факторы». Остальные пять колонок — названия пяти эго-состояний, как и в эгограмме. Вернитесь к колонке «Факторы». Сверху вниз напишите в ней пять подзаголовков:

Факторы	КР	ВР	В	СД	АД
Слова					
Тон голоса					
Жесты					
Положение тела					
Выражение лица					

Задание заключается в том, чтобы вы в каждой колонке записали поведенческие факторы на самого себя.

Возьмем колонку Контролирующего Родителя. В ней вы записываете поведенческие факторы, которые проявляете, когда копируете способы ваших родителей контролировать или управлять другими людьми. Продумайте ситуации, когда вы обычно «входите» в КР. Возможно, это происходит тогда, когда вы общаетесь с подчиненными или детьми.

Приведем несколько примеров того, что можно написать в колонку «КР». **Слова:** «Не делай этого! Прекрати! Делай это! Вот так-то! Хорошо! Плохо! Тебе следует! Ты должен!». **Тон голоса:** глубокий, резонирующий, сердитый. **Жесты:** разрубаю рукой воздух, держу вместе пальцы, соединяю руки за головой. **Положение тела:** опрокидываюсь глубоко назад на стуле, запрокидываю голову, смотрю свысока. **Выражение лица:** кончики рта слегка опущены вниз, брови подняты вверх.

Возможно, вы обнаружите, что некоторые из этих факторов подходят также и для вас. Главное — составить ваш собственный уникальный список. А теперь приступайте к работе.

Отмечайте лишь то, что можно видеть и слышать. Не интерпретируйте. Например, в колонке «выражение лица» отметьте только то, что, по наблюдениям людей, вы делаете со своим лицом. Не пишите слова типа: «снисходительный, деловой, высокомерный...» Это будут интерпретации. Когда вы смотрите на меня и слышите мой голос, возможно, видите, что я веду себя как деловой человек. Однако деловитость — это не совсем то, что вы видите. Это интерпретация, т. е. не что иное, нежели то, что вы наблюдаете.

Когда вы закончите колонку Контролирующего Родителя, приступайте к аналогичному заполнению других колонок. Для Воспитывающего Родителя составьте список поведений, которые вы переняли у своих заботливых родителей.

Для Адаптивного Ребенка запишите поведенческие факторы, оставшиеся с детства, которые вы проявляете при подчинении приказам других людей. Возможно, вы поступаете так, когда соглашаетесь с кем-то в компании, говорите с начальником на работе и т. д.

Для Свободного Ребенка вспомните, когда в последний раз вы вели себя как когда-то в детстве, ни подчиняясь приказам других, ни восставая против них. Возможно, катаясь на американских горках, вы прятали лицо и пронзительно кричали, когда неслись вниз по склону. Возможно, во время очередной прививки вы замечали, что дрожите от страха при виде шприца в руках медсестры.

Помните, что функции Родителя и Ребенка могут проявляться как в негативном, так и в позитивном плане. Были ли случаи, когда вы своим поведением побуждали людей смениТЬ позицию негативного Контролирующего Родителя? Если у вас есть дети, подавляете ли вы их? Если да, то как они видят и слышат, что вы находитесь в негативном Воспитывающем Родителе? Говоря с начальником, подстраиваетесь ли вы иногда под него, в то же время ненавидя его? Если да, то как бы вы видели и слышали себя на видеопленке в негативном Адаптивном Ребенке?

В колонке Взрослого отметьте поведения, которые вы проявляете, когда ведете себя как взрослый в ситуации «здесь и теперь». Это может быть случай на работе, когда вы обменялись информацией с коллегой. Возможно, это будет ситуация в универсаме, в котором вы делаете покупки. Может быть, это будет чтение нашей книги и изучение эго-состояний. Помните, что эго-состояние Взрослого связано с чувствами и мысля-

ми «здесь и теперь». Следовательно, поведение Взрослого может включать в себя выражение эмоций, где чувства адекватны текущей ситуации.

Заполните колонку Свободного Ребенка примерами вашего поведения, когда вы ведете себя как спонтанный ребенок, а не спонтанный взрослый.

## ***Упражнение 8***

Вспомните последний случай, когда кто-либо отвечал вам из своего Ребенка. Какие поведенческие факторы другого человека вы интерпретируете как исходящие из Ребенка? Было ли это реагирование на вашего Контролирующего или Воспитывающего Родителя? Если это так, то просмотрите ваш список поведенческих факторов и объясните, как другой человек видел и слышал в вас Родителя. Как вы бы изменили свое поведение для того, чтобы окружающие отвечали из другого эго-состояния? Проделайте то же упражнение для последних случаев, когда кто-либо отвечал вам из Взрослого или Родителя.

## ***Упражнение 9***

Вернитесь вновь к списку поведенческих факторов, которые вы для себя отметили. Используйте исторический диагноз для проверки факторов каждого эго-состояния.

При анализе факторов Контролирующего и Воспитывающего Родителя отметьте, если помните, какого родителя или парентальную фигуру вы копируете в каждом поведении. Какие мысли и чувства сопровождают это поведение? Для факторов Адаптивного и Свободного Ребенка вспомните ситуации в детстве, когда вы вели себя таким же образом. Сколько вам было лет? Что вы думали и чувствовали в этих случаях? Для Взрослого отметьте, что ваше поведение не является проигрыванием вашего детства. Возможно, вы захотите перенести часть поведенческих факторов в другую колонку. Например, некоторые факторы, которые первоначально вы отнесли ко Взрослому, больше подходят к Адаптивному Ребенку.

## ***Упражнение 10***

Возьмите лист бумаги и озаглавьте его: «Я человек, который...» Затем за две минуты напишите все возможные способы закончить это предложение. После этого расслабьтесь и в течение некоторого времени осматривайте комнату, в кото-

рой вы находитесь. Для того чтобы помочь себе «войти» во Взрослого, сядьте на стуле прямо. Ногами упритесь в пол. Посмотрите, что вы написали. Каждый вариант законченного предложения проверьте на то, является ли он отражением реальной действительности или контаминацией Ребенком. Если вы решите, что какие-то варианты исходят из контаминации Ребенком, подумайте, какова реальная действительность. Выделите контаминированные Ребенком слова и употребите слова Взрослого. Например, если вы написали: «Я человек, который не умеет ладить с людьми», то это предложение можно переделать и так: «Я разумный и дружелюбный человек и вполне способен ладить с людьми». Измените подобным образом все контаминированные Ребенком варианты.

А теперь возьмите другой лист бумаги. За две минуты напишите все девизы и убеждения, которые вы слышали от своих родителей или парентальных фигур. Как и раньше, «включите» Взрослого. Посмотрите ваш список Родительских девизов и убеждений. Отметьте, какие варианты отражают реальность, а какие контаминированы Родителем. Если вы решите, что некоторые варианты нуждаются в изменении в соответствии со взрослой реальностью, вычеркните их и замените на новые. Например, вы могли вычеркнуть: «Если у тебя сначала что-то не получается, пытайся еще и еще» и написать вместо этого: «Если у тебя сначала что-то не получается, измени то, что ты делаешь так, чтобы получилось». Это упражнение можно делать в часы отдыха.

### **Техника 2. «Определение транзакций»**

#### ***Упражнение 1***

Существуют три случая параллельных транзакций: Взрослый — Взрослый, Родитель — Родитель и Ребенок — Ребенок. Нарисуйте параллельные транзакции для этих случаев. Для каждого примера продумайте слова-стимулы и слова-реакции.

#### ***Упражнение 2***

Представьте себе разговор, состоящий из цепочки параллельных транзакций Взрослый — Взрослый. Сделайте то же самое для транзакций Родитель — Ребенок, Родитель — Родитель и Ребенок — Ребенок. Проверьте, соответствуют ли они первому правилу коммуникации. Если вы работаете в группе,

проиграйте в парах каждый из четырех типов. Посмотрите, как долго вы можете обмениваться параллельными транзакциями.

## **Упражнение 3**

Приведите собственный пример пересечения стимула В-В реакцией Д-Р. Как может продолжаться разговор, если человек, принявший эту реакцию, перешел в Родителя и направил из этого эго-состояния параллельную транзакцию? То же самое проделайте при пересечении стимула В-В реакцией Р-Д. Приведите пример пересечения стимула В-В реакцией Д-Д. Нарисуйте транзакционную диаграмму. В этом примере обратите внимание на то, что параллельные векторы не всегда означают параллельную транзакцию.

Если вы работаете в группе, попарно проиграйте разговор, в котором пересекается каждая транзакция. Каждый раз при общении с другим человеком определяйте, какое эго-состояние он пытается в вас вызвать (к какому вашему эго-состоянию он обращается). Войдите в другое эго-состояние и ответьте ему. В свою очередь он пересекает вашу транзакцию. Посмотрите, как долго вы сможете так продолжать, не входя в параллельные транзакции. Когда закончите, обсудите ваши ощущения при выполнении этого упражнения. Чем они отличались от более раннего упражнения, в котором вы обменивались только параллельными транзакциями?

## **Упражнение 4**

Три добровольца рассаживаются перед группой на стульях, и каждый выбирает себе роль Родителя, Взрослого, Ребенка. Представьте себе, что вы гуляете в лесу. Каковы ваши ощущения?

Теперь пригласите еще трех добровольцев, которые будут Ребенком, Взрослым, Родителем лица противоположного пола. Эта личность сходила в кино. Что она там увидела?

Теперь поставьте стулья так, чтобы Р-Р, В-В и Д-Д были напротив друг друга. Это супружеская пара, у которой возникли проблемы. Заведите разговор примерно на пять минут. При этом можно обращаться как к другому человеку, так и к своему другому эго-состоянию. Каждый раз убеждайтесь, что ваши слова обращены к определенному состоянию эго. Можно сыграть и большее число эго-состояний.

### **Упражнение 5**

Вспомните ситуацию, в которой вы чувствовали себя замкнутым в неприятной рутине параллельных транзакций с каким-нибудь человеком. Возможно, это какая-то ситуация на работе или взаимоотношения с близким вам человеком. С помощью функциональной модели определите эго-состояния, из которых исходите вы и другой человек. Выработайте четыре способа, которые вы могли бы использовать при выборе эго-состояния с целью пересечения потока транзакций. Первое время записывайте любое возможное пересечение. Из этого списка возможностей выберите один или несколько способов, которые быстрее всего приводят к успеху.

Если вы ранее исключили из выбора какую-либо возможность как неприемлемую, вернитесь к ней еще раз. Помните, что вы можете использовать любое из ваших эго-состояний. Иногда необычное пересечение срабатывает лучше всего. Проиграйте ситуацию для проверки возможностей вашего выбора и определения результатов.

В группе любой желающий может описать замкнутую ситуацию, из которой он хочет освободиться. Другие члены группы с помощью мозгового штурма определяют возможности для выбора, в каждом случае проигрывая пересечение по ролям.

### **Техника 3. «Поглаживания»**

#### **Упражнение 1**

Приведите по пять примеров на каждый из четырех видов поглаживаний — позитивные условные и безусловные, негативные условные и безусловные. Приведите невербальные и вербальные примеры к каждому виду поглаживаний. В группе обменяйтесь по цепочке позитивным условным поглаживанием с человеком, сидящим слева от вас. В каждом случае наблюдайте за тем, как дается и принимается поглаживание. Когда круг закончен, обсудите то, что вы наблюдали. Затем проделайте то же по кругу в другом направлении. Снова обсудите, как даются и принимаются поглаживания.

#### **Упражнение 2**

Вспомните, как вы в группе по кругу раздавали и принимали поглаживания. Какие из них были прямыми, а какие поддельными? Подслащивал ли их кто-нибудь? Кто прини-

мал поглаживания с искренним признанием? Кто игнорировал предлагаемое поглаживание? Как вы видели и слышали их в этот момент? Отказывался ли кто-либо открыто от поглаживания, которое не хотел принять, или игнорировал его?

Теперь разбейтесь в группы по четыре человека. Решите, будете ли вы в предстоящем упражнении работать только с позитивными поглаживаниями или с позитивными и негативными. Если кто-либо в группе хочет обмениваться только позитивными, его требование нужно принять. Выберите того, кто будет первым. В течение трех минут он слушает, как остальные три члена группы дают ему условные и безусловные вербальные поглаживания. По окончании трех минут он делится с остальными членами группы своими впечатлениями. Обсудите следующие вопросы: какое из полученных поглаживаний я ожидал получить; каких поглаживаний я не ожидал; какие поглаживания мне понравились; какие не понравились; были ли поглаживания, которые я хотел получить, но не получил?

Затем наступает очередь второго человека, и все повторяется.

### ***Упражнение 3***

Вернитесь к упражнениям по поглаживанию, которые уже проделали в группе. Обсудите, что вы испытывали, когда давали, принимали и отвергали поглаживания. Какие из них были вам приятны? Какие неприятны? Когда вам было неприятно, не проводили ли вы связь между этим чувством и правилами, которые родители установили для вас в детском возрасте?

### ***Упражнение 4***

Поделитесь на группы по четыре человека. Если хотите, пусть это будет та же группа, что и в упражнении, когда три человека раздавали поглаживания, а четвертый слушал. Это упражнение — просьба о поглаживании. Снова выберите члена группы, который в течение трех минут будет просить других о поглаживании.

Три других человека отвечают поглаживанием в том случае, если они искренне хотят его дать. Если вы не заинтересованы в искреннем поглаживании, ответьте: «Я не хочу тебя гладить сейчас». Не давайте никаких других объяснений. По окончании упражнения проситель делится своими ощущениями с другими членами группы. Затем наступает очередь другого человека, и все начинается снова.

Если вы работаете индивидуально, напишите пять позитивных поглаживаний, которые вы хотите получить, но о которых обычно не просите. Они могут быть вербальными, невербальными или теми и другими. В течение следующей недели попросите кого-нибудь дать вам каждое из этих поглаживаний. Если вы получаете поглаживание, поблагодарите того, кто его дал. Если нет, то затребуйте информацию из Взрослого о том, почему другой человек не захотел дать вам поглаживание, о котором вы просили.

Упражнение считается законченным после того, как вы попросили о поглаживании, независимо от того, получили его или нет. Когда вы попросили обо всех поглаживаниях в вашем списке, погладьте себя за это упражнение.

### Упражнение 5

А теперь, работая быстро и интуитивно, нарисуйте собственный профиль поглаживания. Заполните таблицу:

Положительные поглаживания: как часто вы их:				
Оценка частоты события	Даете другим?	Принимаете от других?	Просите у других?	Отказываетесь давать, когда их от вас ждут?
Всегда (+10)				
Очень часто (+8)				
Довольно часто (+6)				
Часто (+4)				
Редко (+2)				
Никогда (0)				
	Давать	Принимать	Просить	Отказывать
Всегда (0)				
Очень часто (-2)				
Довольно часто (-4)				
Часто (-6)				
Редко (-8)				
Никогда (-10)				
	даёте другим?	принимаете?	просите у других?	отказываетесь давать, когда их от вас ждут?
Отрицательные поглаживания: как часто вы их:				

В подзаголовок «просить о поглаживаниях» негативной колонки включите случаи, когда вы косвенно пытались привлечь внимание других людей, при этом испытывая болезненные и неприятные чувства. В этом случае вы будете проигрывать убеждение Ребенка в том, что «любое поглаживание лучше, чем его отсутствие». Аналогичным образом, когда заполняете негативную колонку «отказывается давать», включите в нее случаи, когда вы отказывали другим в негативных поглаживаниях, которые они пытались косвенным образом получить от вас.

Чтобы сделать оценки более наглядными, заштрихуйте колонки положительной и отрицательной частей таблицы до соответствующей графы — вы увидите свой «профиль поглаживаний».

Подумайте, что вы хотите в нем изменить. Если хотите что-либо изменить, начинайте увеличивать соответствующие колонки. Для этого запишите пять видов поведения, направленных на увеличение любой желаемой колонки. В течение ближайшей недели осуществите это поведение. Например, если вы хотите давать другим больше позитивных поглаживаний, то можете записать комплименты, которые могли бы искренне выразить друзьям, но никогда этого не делали. В течение следующей недели выскажите эти комплименты друзьям.

## **Упражнение 6**

Каждый член группы по кругу рассказывает всем что-нибудь хорошее о себе. Если кто-то не желает делать это упражнение, то, когда подходит его очередь, пусть просто скажет «пас». Абсолютно нормально, что при выполнении этого упражнения вы открыто и искренне хвалите себя. Когда кто-либо из членов группы хвастается, остальные внимательно слушают и выражают ему свое одобрение.

Если вы чувствуете, что хотите сказать еще что-то хорошее о себе, то продолжите это упражнение. В этом случае пусть каждый член группы по очереди выходит в центр круга и без остановки похваляется в течение некоторого времени. Человек в центре круга должен обращаться к разным членам группы, делая это достаточно громко, чтобы слышали все. Если вы не знаете, о чем говорить, просто повторяйтесь. Остальные участники поддерживают человека в центре, высказывая ему свое расположение, например: «Здорово! Молодец! Ну, еще! Еще!»

Один из вариантов этого упражнения — «карусель самопоглаживаний». Группа делится на две подгруппы, образуя два круга, один внутри другого. Лица людей, сидящих во внутреннем круге, обращены к партнерам из внешнего круга, при этом образуются пары. Лидер группы или доброволец за секает время. В течение трех минут люди во внутреннем круге непрерывно похваляются, обращаясь к своим партнерам из внешнего круга, которые слушают их с вниманием и одобрением. Человек, следящий за временем, командует поменяться ролями, и участник из внешнего круга начинает хвастаться, а его партнер из внутреннего круга внимательно слушает. По истечении еще трех минут следящий за временем просит подвинуться. Сидящие во внутреннем круге смещаются на одно место влево, чтобы у них был новый партнер, и опять начинают хвастаться в течение трех минут. Затем в течение этого же времени похваляется их новый партнер из внешнего круга. После этого внутренний круг смещается еще на одно место и так далее. Можно продолжать это упражнение до тех пор, пока все участники не похвастаются друг перед другом.

Если вы занимаетесь один, возьмите большой лист бумаги и напишите все хорошее о себе без ограничения во времени. Прикрепите лист на видном месте или держите его всегда при себе. Каждый раз, когда вы подумали о себе что-то хорошее, допишите это в ваш список.

Составьте список пяти способов, с помощью которых вы могли бы гладить себя позитивно. Это может быть время, когда вы расслабляетесь в теплой ванне, слушаете вашу любимую музыку или путешествуете. Не считайте эти поглаживания наградой за что-либо, гладьте себя для своего удовольствия.

Проверьте с помощью Взрослого, являются ли на самом деле эти поглаживания позитивными. Убедитесь в том, что они доступны, безопасны и не вредят вашему здоровью, а затем осуществите каждое из этих поглаживаний.

### Техника 4. «Структурирование времени»

#### *Упражнение 1*

Составьте схему структурирования времени. Для этого нарисуйте круг и поделите его на части, представляющие собой части времени, которое вы обычно каждый день тратите на шесть способов структурирования времени. Посмотрите, хотите ли вы изменить способы структурирования времени. Ес-

ли да, то нарисуйте, чего вы хотели бы достичнуть. Напишите пять вариантов, с помощью которых хотите увеличить желаемые способы структурирования времени. На следующей неделе осуществите ваши планы и после этого вновь нарисуйте круг структурирования времени. Каждый день отмечайте, как вы и другие структурируют свое время. Анализируйте структурирование времени везде: на собраниях, на работе, в разговорах с соседями, на вечеринках. Не говорите другим о том, что вы делаете, пока не убедитесь, что они хотят узнать об этом.

## **Упражнение 2**

Разделитесь на группы по шесть человек, выбрав любую тему для разговора. Обсуждайте ее в течение трех минут, при этом каждый человек проигрывает один из способов структурирования времени. В конце проведите обсуждение. Затем выберите другую тему для разговора, поменяйте способ структурирования времени и повторите упражнение. В большой группе рассчитайтесь от одного до шести. Все первые номера проигрывают уход, вторые — ритуалы, трети — времяпрепровождение и так далее. Затем поменяйтесь ролями друг с другом. В конце поделитесь своим опытом с остальными членами группы.

## **Техника 5. «Определение жизненного сценария»**

### **Упражнение 1. «Ваш сценарий»**

Возьмите карандаш и бумагу и напишите ответы на следующие вопросы. Работайте быстро и интуитивно, записывая первый ответ, который придет в голову.

Какое название у вашего сценария? Что это за сценарий? Веселый или печальный? Победный или трагичный? Интересный или скучный? Затем опишите последнюю сцену: чем заканчивается ваш сценарий? Сохраните ваши ответы, к которым можно вернуться снова, получив дополнительную информацию о сценарии жизни.

### **Упражнение 2. «Расшифровка вашего сценария»**

Сны, фантазии, сказки и детские рассказы могут привести к разгадке нашего сценария. Не сдерживайте вашего воображения при их выполнении. Не думайте о том, для чего они нужны и что означают. Не контролируйте себя и не пытайтесь

угадать, что вам нужно сказать. Просто представьте какие-то образы и ощутите связанные с ними чувства. После этого можно приступить к анализу и расшифровке. Наилучший результат достигается в том случае, если вы работаете в группе или с партнером. При работе в группе или индивидуально было бы неплохо записывать ваши ответы на магнитофон. После этого прослушайте пленку несколько раз и дайте простор вашей интуиции. Вы будете, несомненно, удивлены тому, как много вы узнали о себе и своем сценарии.

Возможно, в процессе выполнения упражнений вы будете испытывать сильные эмоции, отражающие ваши детские чувства, которые выплыли на поверхность наряду с вашими сценарными впечатлениями. Если вы будете испытывать подобные чувства, то в любой момент можете решить, прекратить или продолжить упражнение. Если вы захотите остановиться, прекратите упражнение и сконцентрируйте внимание на каком-то предмете в комнате. Скажите себе (или вашему партнеру), что это за предмет, какого он цвета и для чего он нужен. Подумайте об обычной теме для взрослого разговора, например, что у вас будет на обед или когда вам в следующий раз нужно быть на работе. Выполняя упражнения, сидите или стойте прямо.

*Герой или героиня.* Кто ваш любимый герой? Возможно, это персонаж детской сказки, а может быть, герой или героиня пьесы, книги или фильма, который вы помните. Это может быть также и реальный человек. Начните с героя, который первым пришел вам в голову. Затем включите магнитофон и отвлекитесь от вашего партнера или группы. Станьте этим героем и говорите о себе столько, сколько вам хочется, при этом начинайте со слова «Я...». Независимо от избранного вами героя, начинайте работать, войдите в его образ и говорите о себе.

*Сказка или басня.* Другой вариант первого упражнения заключается в том, чтобы рассказать сказку или басню. И снова выберите то, что вам нравится, первое, что придет в голову. Это может быть детская сказка, классический миф — все, что хотите. Для того чтобы извлечь максимум пользы из рассказа, можно продолжить его, став каким-нибудь персонажем или предметом из него, при этом каждый раз говорите от первого лица.

*Сон.* Выберите какой-то из ваших снов. Больше всего можно узнать из недавнего или же много раз повторяющегося сна, хотя для этого упражнения подойдет любой сон. Расскажите

ваш сон, при этом говорите не в прошедшем, а в настоящем времени. Затем, как и в упражнении со сказкой, станьте каким-либо человеком или вещью и начните говорить о себе от его имени. После того как вы закончите, сразу же скажите, что вы чувствовали. Было вам приятно или нет? Вам понравилось, как закончился сон? Если нет, вы можете продолжить упражнение, заменив концовку сна. При этом рассказывайте новое окончание вашего сна в настоящем времени. Убедитесь в том, что вы вполне удовлетворены концовкой сна. Если нет, придумайте еще один конец и так далее, сколько вам будет угодно.

*Предмет в комнате.* Осмотрите вашу комнату и выберите какой-нибудь предмет, лучше всего тот, о котором вы подумали в первую очередь. Затем станьте им и начинайте говорить о себе. Для того чтобы получить максимум пользы от упражнения, попросите партнера поговорить с вами, как с избранным предметом. Партнер должен просто разговаривать с вами, как будто вы дверь, камин и т. д.

*Посмотрите на свою жизнь как на игру.* Для этого упражнения необходим человек, который бы разговаривал с вами, исполняя роль ведущего, пока вы отдыхаете. Записывайте свои роли на пленку и прослушивайте их во время отдыха. Один ведущий может провести это упражнение для целой группы людей. Ведущий не должен повторять слово в слово свою роль. Лучше всего, если он наметит для себя последовательность рассказа, а затем начнет импровизировать. Между предложениями необходимо делать паузы, чтобы дать возможность участникам сконцентрироваться на том, что они видят.

Расслабьтесь на стуле или на полу. Можете закрыть глаза. После этого ведущий начинает говорить: «Представьте, что вы в театре. Вы ожидаете начала спектакля. Это спектакль о вашей жизни. Что за спектакль вы собираетесь смотреть? Комедию или трагедию? Драму или мыльную оперу? Интересный ли это спектакль или скучный, героический или заурядный — или какой-то еще? Полон ли театр, полупустой или пустой? Будет ли публика восхищаться или скучать? Веселиться или плакать? Будет ли она аплодировать или уйдет со спектакля — или что-то другое? Как называется ваш спектакль — спектакль о вашей жизни? А сейчас свет потушен. Поднимается занавес. Ваш спектакль начинается. Вы видите первую сцену. Эта самая первая сцена вашей жизни. Вы — младенец. Что вы

видите вокруг себя? Кто там? Видите ли вы лица? Если видите лицо, обратите внимание на его выражение. Что вы слышите? Осознавайте то, что чувствуете. Может быть, вы чувствуете что-то физически или переживаете эмоции. Чувствуете ли вы какой-нибудь запах или ощущаете что-либо на вкус? А теперь на какое-то время осознайте эту первую сцену вашего спектакля». (Пауза.)

Ведущий продолжает: «А сейчас наступила вторая сцена. В этой сцене вашего спектакля вы — ребенок в возрасте от трех до шести лет. Где вы? Что видите вокруг себя? Есть ли кто-нибудь рядом? Кто это? Что они говорят вам? Что вы отвешаете? Слышите ли какие-нибудь другие звуки? Что вы чувствуете в этой сцене? Испытываете ли какие-то физические ощущения или эмоции? Может быть, вы чувствуете какой-то запах или ощущаете что-то на вкус? Затем осознайте то, что видите, слышите, чувствуете во второй сцене вашего спектакля, в которой вам от трех до шести лет». (Пауза.)

После этого ведущий теми же словами вводит вас в следующие сцены спектакля: сцену юношества, от десяти до шестнадцати лет; настоящую сцену, где вам столько лет, сколько сейчас; сцену десять лет спустя; последнюю сцену вашего спектакля — сцену вашей смерти. В репликах ведущего к этой сцене должен звучать вопрос: «Сколько вам лет в этой последней сцене спектакля?»

Наконец ведущий просит вас вернуться в настоящее, дав столько времени, сколько необходимо. Поделитесь с группой или партнером вашими ощущениями.

### ***Упражнение 3. «Изменение сценария»***

Проанализируйте, что нового вы открыли в своем сценарии при выполнении предыдущих упражнений. Определили ли вы отдельные аспекты своей жизни, в которых решили быть победителем, побежденным или непобедителем? Если это так, то для каждой области напишите, как бы вы узнали о том, что стали победителем, а не побежденным или непобедителем. Каким будет результат вашей победы? Затем для каждой области напишите пять действий для достижения выигрышных результатов. Каждый день выполняйте по одному действию и, если вы работаете в группе, расскажите о своем успехе товарищам.

### **Упражнение 4. «Резиновая лента»**

Вспомните какую-нибудь недавнюю стрессовую ситуацию, которая завершилась для вас неблагоприятным образом. Припомните то неприятное чувство, которое вы испытывали в этой ситуации. Однако, выполняя упражнение, не обязательно вновь испытывать это чувство. Теперь припомните ситуацию в прошлом году, которая также закончилась для вас неблагоприятно и в которой вы испытывали аналогичные неприятные чувства. Затем припомните ситуацию пятилетней давности, в которой вы испытывали те же чувства. После этого вспомните подобную ситуацию с такими же неприятными чувствами в юношестве. Вспомните подобную сцену из вашего детства. Сколько вам было тогда лет? Если возможно, подумайте об аналогичной сцене или сценах из самого раннего детства. Сколько лет вам было тогда? Кто в ней присутствовал? Что происходило?

Цель упражнения заключается в том, чтобы определить конец «резиновой ленты». Что общего между недавними ощущениями и вашими детскими переживаниями? Если в последней ситуации участвовал какой-то человек, какое лицо из прошлого вы надевали на него?

Когда вы осознаете, какую прошлую ситуацию проигрываете, можете рассоединить резиновую ленту. Пусть осознание Взрослого напомнит вам о том, что люди в ситуации «здесь и теперь» на самом деле отличаются от вашего отца, матери или других людей, чьи лица вы надеваете на них. Если вы начинаете испытывать то же самое неприятное чувство, осознайте, что текущая ситуация отличается от той, которая была в прошлом. Теперь вы обладаете всеми ресурсами и возможностью выбора взрослого человека, как, впрочем, и ребенка, которым вы были в первоначальной ситуации.

### **Упражнение 5. «Сценарная матрица»**

Ваши мать и отец также имели эго-состояния Родителя, Взрослого и Ребенка. Они передавали вам сценарные послания, исходящие из каждого из их эго-состояний, а вы приняли и распределили их в трех ваших эго-состояниях.

Возьмите большой лист бумаги и нарисуйте на нем пустую сценарную матрицу (рис. 4), в которую можно записывать полученные от родителей послания.

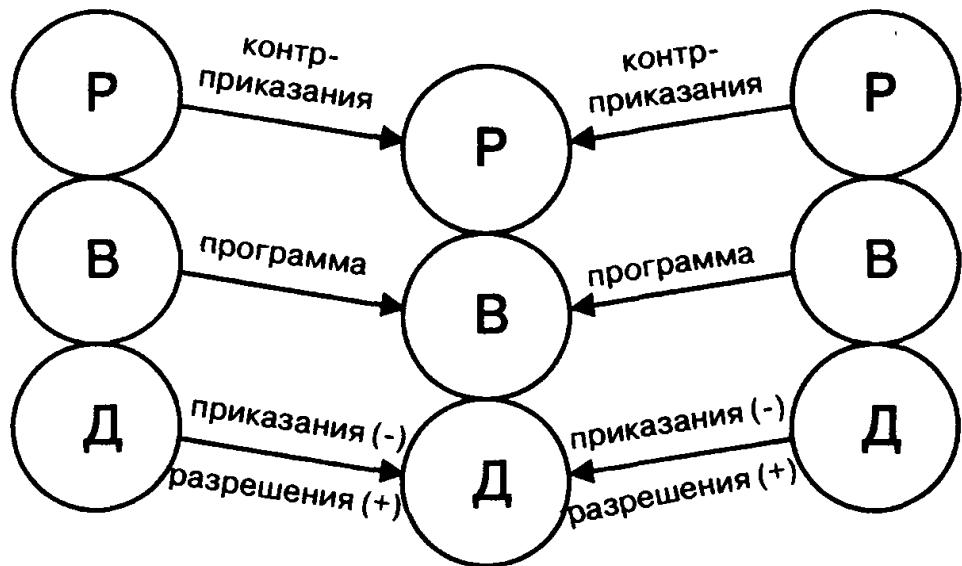


Рис. 4. Сценарная матрица

Работайте быстро, доверяя своей интуиции.

**Приказания.** Просмотрев список приказаний, продумайте, ассоциируется ли каждое из этих приказаний с пережитыми вами жизненными трудностями или неприятными чувствами. Отметьте приказания, которые являются важными для вас. Имейте в виду, что некоторые приказания исходят от обоих родителей. Помните ли вы, в какой форме родитель давал вам это приказание? Было ли оно в форме прямых указаний или определений? Если вы сомневаетесь, работайте интуитивно. Если вы найдете более подходящее название для приказания, поставьте его в скобках после общепринятого обозначения, например: «Не будь ребенком (Не радуйся)».

**Контрасценарий.** Вспомните фразы «делай...», «не делай...» (указания и запреты), а также девизы и лозунги, которые родители вам часто говорили в детстве. Когда каждый из родителей был доволен вами? Недоволен? Какие они употребляли слова, чтобы показать, что они довольны или недовольны вами? Что они советовали для того, чтобы вы достигли успеха? Исходя из этого, определите ваш контрасценарий. Это легко можно сделать, вспомнив, от какого родителя исходил каждый приказ. Если не можете вспомнить, попробуйте догадаться. Иногда контрасценарий может исходить от других родственников или школьных учителей.

**Программа.** При заполнении сценарной матрицы мы обычно рассматриваем лишь негативную часть программы. (Для выявления тысяч полученных от родителей позитивных указаний «Вот как надо...» не хватило бы никакого места.) Пом-

ните, что негативная программа исходит из контаминированного Взрослого родителя, хотя на диаграмме она направлена просто из круга Взрослого. Говорил ли каждый из родителей, как нужно достичь определенного сценарного результата? Часто один родитель показывает, как подчиняться приказанию или контрприказанию, полученному от другого родителя. Например, мать может передать вам послание «Не чувствуй», а отец показывает «Вот как надо не чувствовать». Запишите вашу негативную программу предложениями, начинаящимися «Вот как надо...». У некоторых людей нет явных негативных посланий в программе. Поэтому, если вы не можете их выявить, оставьте часть вашей матрицы незаполненной.

*Использование фантазии, сказок и снов.* Вернитесь к материалам, полученным при выполнении упражнений с фантазией, сказками и снами и записанным в свободной форме. Проанализируйте их в терминах формальной сценарной матрицы. Используйте ваше мышление и интуицию для выявления связей между этими данными и информацией в матричной диаграмме. Соответственно измените или исключите отдельные данные в вашей матрице.

### **Упражнение 6. «Ломка паттернов сценарного процесса»**

Если вы не удовлетворены своим сценарным процессом, то можете выйти из него. В транзактном анализе эта цель достигается легче всего. Необходимо начать с выявления своих паттернов сценария, их осознания, а затем, осуществляя контроль Взрослого над своим поведением, разрушить эти паттерны.

Если вашим основным паттерном является сценарий «Пока не», сломайте его, радуясь и получая удовольствие еще до завершения этой работы. Для человека со сценарием «После» выход из сценарного процесса заключается в том, чтобы жить и радоваться сегодня, предварительно решив, что и завтра он будет радоваться. Например, если вы на вечеринке, пейте в свое удовольствие, но не слишком много, чтобы у вас назавтра не болела голова. Для слома паттерна «Никогда» решите, чего вы действительно хотите. Составьте список из пяти пунктов, которые можете осуществить для удовлетворения вашего желания, а затем ежедневно выполняйте один из этих пунктов. Если вы проживаете тему «Всегда», осознайте, что вам не

следует постоянно повторять одни и те же ошибки. Если хотите, то можете бросить не удовлетворяющую вас работу, изменить плохие взаимоотношения или найти новое место жительства. Из паттерна «Почти — тип I» можно выйти, убеждаясь в том, что доводите свои дела до конца. Если вы убираете комнату, не оставляйте ее неприбранной, если читаете книгу, читайте все главы. Для ломки паттерна «Почти — тип 2» займитесь приятным занятием и радуйтесь любому достигнутому успеху. Составьте список ваших целей и при достижении вычеркивайте их. Не стремитесь к очередной цели, не добившись предыдущей.

Если вы считаете, что вам был передан сценарий с открытым концом, осознайте, что ваши родители, не ведая того, преподнесли вам подарок. Поскольку финальные страницы вашего первоначального сценария утеряны, вы можете свободно написать желаемую концовку. Каждый раз, когда вы поступаете вразрез с вашим сценарным паттерном, то ослабляете его для будущего, облегчая себе задачу последующего выхода из своей старой сценарной темы.

Выберите паттерн или паттерны, которые подходят к вам больше всего. Будете ли вы чувствовать себя уютно, если поступите в соответствии с этим паттерном или паттернами? Если нет, то выработайте пять типов поведения, которые идут вразрез с вашим сценарным процессом. Начните их осуществление немедленно, выполняя в день по одному пункту. Работайте до тех пор, пока не будете удовлетворены произошедшими изменениями.

### ***Упражнение 7. «Обнаружение драйвера»***

Известны пять драйверов: Будь лучшим, Радуй других, Старайся, Будь сильным, Спеши. Каждый из них характеризуется определенным набором слов, тоном голоса, жестами, положением тела и выражением лица.

Для обнаружения драйверов в анализе эго-состояний требуется определенная практика, так как драйверное поведение обычно проявляется в течение от половины до одной секунды. Однако с течением времени умение наблюдать процесс за такой краткий промежуток станет вашей второй натурой.

Не интерпретируйте свои наблюдения, анализируйте то, что вы реально видите или слышите. Например, при наблюде-

ний за кем-то вам, возможно, захочется сказать, что он выглядит строгим. Какие изменения, позволившие вам сделать вывод о строгости, произошли с его лицом, телом и голосом? Видите ли вы, где у него напряжены мышцы? Какой у него голос (низкий, высокий, громкий, резкий)? Приподняты или опущены брови? На что направлен взгляд? Что он делает руками? Чтобы научиться обнаруживать драйверы, наблюдайте за этими сигналами.

## ***Упражнение 8. «Практикум в обнаружении драйверов»***

Посмотрите какое-нибудь телеинтервью, используя его для непрерывного наблюдения драйверного поведения. Если у вас есть видеомагнитофон, запишите эту передачу, а затем, используя медленное проигрывание и стоп-кадры, сравните ваши наблюдения с полученными ранее результатами. Определите, проявляют ли телекомментаторы различные главные драйверы. Отличается ли главный драйвер у вашего любимого телеведущего от драйвера неприятного вам политического деятеля? Что вы думаете о своем главном драйвере? Запишите ответ. После этого проведите объективную проверку. Это можно сделать с помощью человека, знакомого с драйверными сигналами, который будет наблюдать за вами, или записать себя на видео и просмотреть сделанную запись. Были ли вы правы в первоначальной оценке вашего главного драйвера?

Если вы работаете в группе, разбейтесь на подгруппы по три человека. Решите, кто будет пациентом, кто терапевтом, а кто наблюдателем. «Пациент» в течение трех минут рассказывает что-нибудь «терапевту». «Терапевт» слушает, при необходимости отвечает и следит за временем. Наблюдатель записывает обнаруженные им драйверы «пациента» и «терапевта». Для упрощения упражнения наблюдатель может сначала сконцентрироваться лишь на драйверном поведении пациента. По истечении трех минут наблюдатель сообщает о выявленных им драйверных сигналах. После этого участники меняются ролями и повторяют упражнение.

Отмечайте любые проявления драйверного поведения в повседневной жизни. Практикуйтесь в обнаружении драйверов на работе, в магазине, в транспорте, при общении с друзьями. Не говорите людям о ваших наблюдениях, пока не будете уверены в том, что их это интересует.

### Упражнение 9. «Пять разрешений»

Для каждого драйверного послания имеется противоядие, которое называется разрешением, например:

Драйвер	Разрешение
Будь лучшим	Ты и так достаточно хорош
Радуй других	Радуйся сам
Будь сильным	Открыто говори о своих желаниях
Пытайся	Делай
Спеши	Не спеши

Если вам повезло с родителями, то некоторые разрешения вы получили от них. Если нет, то можете придумать их сами.

Каждый раз, когда вы осознанно выходите из драйверного поведения и ведете себя свободно, то подкрепляете разрешение невербально. Разрешение можно также повторять перед сном и утром после пробуждения. Напишите его большими буквами и повесьте на видном месте.

Если вы будете испытывать неприятные чувства или дискомфорт при закреплении вашего разрешения, не практикуйте его некоторое время. Чувство дискомфорта сигнализирует о том, что драйвер вашего контрасценария скрывает под собой какое-то серьезное сценарное решение. Поэтому, прежде чем продолжить свой выход из драйвера, рекомендуется выявить и нейтрализовать это серьезное решение.

### Упражнение 10. «Послания родителей»

Опишите детально свою мать и отца.

1. Имя матери (отца).
2. Описание: пациент описывает, терапевт записывает словно, включая все повторения и оговорки.
3. Пациента просят сказать, что ему особенно нравится в матери (отце). Затем — что особенно не нравится.
4. Пациенту зачитывают каждое высказывание о матери (отце), спрашивают его, есть ли что-то негативное для него в этой характеристике, и если да, то какое скрытое послание лежит под этим качеством. Пациент формулирует приказания сам.

5. Пациент закрывает глаза, а терапевт со всем драматизмом, на который он способен, зачитывает приказания, исходящие от отца и от матери (не делая перерывов).
6. Пациента просят выделить те послания, которые актуальны для него сейчас.

## **Упражнение 11. «Куда ведет сценарий?»**

Подумайте и напишите ответы на следующие вопросы:

- Что случается с людьми вроде меня?
- Если я дальше буду таким, как есть, чем это по логике должно закончиться?
- Что при этом скажут обо мне другие?

## **Упражнение 12. «Сценарный вопросник»**

Чтобы ясно представить себе сценарий, мы должны понять каждый его аспект, историю этого аспекта и его связь со всеми другими аспектами. Это удобнее всего делать, располагая сценарные проблемы в хронологическом порядке. По каждой теме дается один вопрос, позволяющий извлечь максимум возможной информации. Включены также дополнительные вопросы, помогающие, когда нужен более углубленный анализ какой-то из тем. Альтернативные вопросы даются для тех случаев, когда основные либо нельзя задать, либо на них трудно осмысленно ответить. «Р» после номера вопроса означает, что вопрос адресуется не самому пациенту, а его родителям.

Предложите пациенту заполнить следующий сценарный вопросник.

### **I. Дородовые воздействия.**

- 1) Каков был образ жизни ваших прародителей (дедушек и бабушек)?
- 2) Каково ваше старшинство в семье?
  - a) назовите дату вашего рождения;
  - b) назовите дату рождения родившихся перед вами брата или сестры;
  - c) назовите дату рождения следующего за вами брата или сестры;
  - d) имеется ли у вас особый интерес к датам?
- 3) Сколько у вас братьев и сестер?

- a) сколько детей ваш Родитель (Взрослый, Ребенок) хочет (предполагает) иметь?
  - b) сколько детей хотели иметь ваши родители?
  - c) имеется ли у вас особый интерес к датам?
- 4) Вы были желанным ребенком?
- 5) (P). Он был у вас желанным ребенком?
- a) планировалось ли его появление?
  - b) когда и где он был зачат?
  - c) были ли попытки избавиться от беременности?
  - d) как вы относитесь к сексу?
- 6) Как мать отнеслась к вашему рождению?
- 7) Кто присутствовал при вашем рождении?
- a) прибегали ли при вашем рождении к кесареву сечению или наложению щипцов?
- 8) Вы знакомы со своим свидетельством о рождении?
- 9) Кто выбрал вам имя?
- 10) В честь кого вы были названы?
- 11) Каково происхождение вашей фамилии?
- 12) Как вас звали в детстве?
- a) каково ваше детское имя?
  - b) было ли у вас прозвище в детстве?
- 14) Как звали вас товарищи в школе?
- 15) Как вас сейчас зовут друзья?
- a) как вас сейчас зовут мать, отец?

### II. Раннее детство.

- 1) Как отец и мать учили вас вести себя за столом во время еды?
- a) что говорила ваша мать, когда кормила младенца (брата или сестру)?
- 2) Что происходило, когда вы кормили грудью своего ребенка?
- a) что вы ему говорили в это время?
- 3) Кто учил вас пользоваться горшком и туалетом?
- 4) Как вас учили пользоваться горшком и привыкать к туалету; что при этом говорилось?
- a) что вообще говорили об этом ваши родители?
- 5) Когда и как вы приучали своего ребенка к горшку и туалету?
- a) что вы ему при этом говорили?
- 6) Часто вам давали в то время закрепляющее или слабительное?
- 7) Когда вы были маленьким (маленькой), какое представление о самом себе внущали вам родители?

- a) какого вы были представления о себе, когда были маленьким (маленькой)?
- 8) Какой урок вы вынесли для жизни из своего раннего детства?
- 9) Как окружающие люди относились к вам в вашем детстве?
  - a) какими вам представлялись другие люди?
- 10) Не помните ли, будучи ребенком, принимали ли вы решение никогда не совершать определенных поступков, никогда не выражать определенных чувств?
  - a) решали ли вы, наоборот, всегда делать что-то определенное — неважно что?
- 11) Вы победитель или неудачник?
- 12) Когда вы пришли к этому мнению?
- 13) Как вам кажется, каковы были отношения у ваших родителей, когда вы были ребенком?
  - a) как вы к этому относились?
- 14) Каких людей ваши родители не уважали?
  - a) какие люди вам больше всего не нравятся?
- 15) К каким людям ваши родители испытывали уважение?
  - a) какие люди вам больше всего нравятся?
- 16) Что обычно случается с такими людьми, как вы?

### **III. Средний возраст.**

- 1) Что ваши родители внушали вам, когда вы были ребенком?
  - a) что они говорили вам, когда вы были совсем маленьким (маленькой)?
- 2) Какая была любимая фраза у ваших родителей?
- 3) Что они учили вас делать?
- 4) Что они вам запрещали делать?
- 5) Если бы вашу семью поместить на сцену, какая получилась бы пьеса?

### **IV. Позднее детство.**

- 1) Какая сказка была у вас в детстве любимой?
  - a) какая колыбельная вам нравилась?
  - b) какую историю вы любили слушать?
- 2) Кто вам ее читал или рассказывал?
  - a) где, когда?
- 3) Что говорили об этой сказке рассказчик или рассказчица?
  - a) что при этом выражалось на его (ее) лице?
  - b) было ему самому интересно или это делалось только для вас?

- 4) Какой был у вас любимый персонаж?
  - а) любимый герой?
  - б) а из злодеев кто больше всех нравился?
- 5) Как реагировала ваша мать на жизненные трудности?
- 6) Как реагировал ваш отец на жизненные трудности?
- 7) Какие чувства были для вас самыми неприятными?
- 8) Какие чувства вам больше всего нравились?
- 9) Как вы чаще всего реагируете на трудности и проблемы?
- 10) Чего вы ждете от жизни?
- 11) О чем вы чаще всего думаете, говоря «если б только...»?
- 12) Как, по-вашему, выглядит Санта Клаус?
  - а) кто или что играет для вас роль Санта Клауса?
- 13) Вы верите в бессмертие?
  - а) каковы были любимые игры ваших родителей?
- 14) В какого рода неприятности попадали ваши родители?
- 15) Каким играм вы учили своего ребенка, когда он был маленьким?
  - а) во что вы играли с вашими родителями, когда сами были ребенком?
- 16) Как к вам относились учителя в школе?
- 17) Как к вам относились одноклассники?
- 18) О чем ваши родители обычно говорили за обедом?
- 19) У ваших родителей есть «пунктики»?

### V. Юность.

- 1) О чем вы говорили с друзьями?
- 2) Кто сегодня ваш герой?
- 3) Кто для вас самый отвратительный человек в мире?
- 4) Как вы относитесь к тем, кто мастурбирует (занимается онанизмом)?
- 5) Как бы вы чувствовали себя, если бы мастурбировали?
- 6) Что с вами происходит физически, когда вы нервничаете?
- 7) Как ваши родители ведут себя, когда вокруг люди?
- 8) О чем они говорят, когда одни или в компании близких друзей?
- 9) Вас когда-нибудь охватывали кошмары?
  - а) каким предстает мир в ваших снах?
- 10) Расскажите какой-нибудь из ваших снов.
- 11) Бывали ли у вас галлюцинации?
- 12) Как люди к вам относятся?

- 13) Назовите самое лучшее из того, чего вы желали добиться в жизни.
- 14) А теперь самое худшее, во что вы не хотели бы превратить свою жизнь?
- 15) А что вы хотите сделать со своей жизнью?
- 16) Как вам кажется, что вы будете делать через пять лет?
  - a) а через десять?
- 17) Какое ваше любимое животное?
  - a) каким животным вам хотелось бы быть?
- 18) Каков ваш жизненный девиз?
  - a) какую надпись вы поместили бы на груди майки, чтобы люди знали, кто идет?
  - b) а что бы вы написали на спине майки?

## **VII. Зрелость.**

- 1) Как вы думаете, сколько детей у вас будет?
  - a) сколько детей хочет ваш Родитель (Взрослый, Ребенок)? (Этот вопрос сопоставляется с вопросами 2 и 3 первого раздела.)
- 2) Сколько раз вы были женаты (замужем)?
- 3) Сколько раз был женат (замужем) каждый из ваших родителей?
  - a) были ли у каждого из них любовники?
- 4) Вы когда-нибудь попадали в тюрьму?
  - a) а кто-то из ваших родителей?
- 5) Вы когда-нибудь совершали преступление?
  - a) а кто-то из ваших родителей?
- 6) Вы когда-нибудь попадали в психиатрическую больницу?
  - a) а кто-то из ваших родителей?
- 7) Вы когда-нибудь попадали в больницу для алкоголиков?
  - a) а кто-то из ваших родителей?
- 8) Предпринимали вы попытку к самоубийству?
  - a) а кто-то из ваших родителей?
- 9) Что вы будете делать, когда состаритесь?

## **VIII. Смерть.**

- 1) Сколько вы собираетесь прожить?
- 2) Почему именно столько лет?
  - a) кто умер в таком возрасте?
- 3) В каком возрасте находятся ваши отец и мать? Если они умерли, то когда и в каком возрасте?
  - a) в каком возрасте умер отец вашей матери? (для мужчин);

- b) в каком возрасте умерли ваши бабушки? (для женщин).
- 4) Кто будет возле вас, когда вы будете умирать?
- 5) Каковы могут быть ваши последние слова?
- 6) Каковы были последние слова ваших родителей (если они умерли)?
- 7) Что вы после себя оставите?
- 8) Что будет написано на памятнике после вашей смерти?
  - a) что за надпись будет на лицевой стороне?
- 9) Что бы вы сами написали на этом памятнике?
  - a) Какая надпись могла бы быть на обратной стороне?
- 10) Что станет для ваших близких сюрпризом, приятным или неприятным, после вашей смерти?
- 11) Вы победитель или неудачник (победительница или неудачница)?
- 12) Что важнее для вас: временная структура или событийная? (Предварительно надо объяснить термин.)

### VIII. Биологические факторы.

- 1) Представляете ли вы себе свое лицо, когда на что-то реагируете?
- 2) Знаете ли вы, как другие реагируют на выражение вашего лица?
- 3) Можете ли вы провести различие между вашими Родителем, Взрослым и Ребенком? В чем они состоят?
  - a) могут это сделать относительно вас другие люди?
  - b) можете вы это сделать относительно других людей?
- 4) Как вы воспринимаете свое подлинное «Я»?
- 5) Всегда ли ваше подлинное «Я» может контролировать ваше поведение?
- 6) Есть ли у вас особые пристрастия в сфере секса?
- 7) Бывает ли, что в голове у вас постоянно крутится одно и то же?
- 8) Вы восприимчивы к запахам?
- 9) Начинаете ли вы беспокоиться задолго до того, как происходит ожидаемое событие?
- 10) Как долго вас продолжают беспокоить события, уже прошедшие?
  - a) бывало, что вы не могли уснуть, обдумывая месть?
  - b) бывает ли, что эмоции мешают вашей работе?
- 11) Нравится ли вам показывать, что вы способны страдать?

- a) предпочтаете ли вы выглядеть счастливым человеком или страдающим?
- 12) Говорят ли «голоса» в вашей голове?
- 13) Говорите ли вы сами с собой, когда вокруг никого нет?
  - a) а когда вы не в одиночестве?
- 14) Всегда ли вы исполняете то, о чем говорят «голоса»?
  - a) ваш Взрослый или Ребенок когда-нибудь спорит с Родителями?
- 15) Какой вы человек, когда становитесь самим собой?

## IX. Выбор психотерапевта.

- 1) Почему вы выбрали психотерапевта именно моего направления?
  - a) чего вы ожидаете именно от этого направления?
  - b) психотерапевта какого направления вы бы предпочли?
- 2) Как вы меня выбрали?
- 3) Почему вы меня выбрали?
  - a) чего вы ожидаете от меня?
- 4) Кто казался вам Волшебником, когда вы были ребенком?
- 5) Какого рода «волшебства» вам нравятся?
- 6) Когда-нибудь вы лечились у психиатра?
- 7) Как вы выбирали вашего предыдущего психотерапевта?
  - a) почему вы к нему пошли?
- 8) Что вы у него выяснили?
- 9) Почему вы от него отказались?
- 10) При каких обстоятельствах это получилось?
- 11) Как вы обычно подыскиваете себе работу?
- 12) А как увольняетесь?
- 13) Приходилось ли вам лежать в психиатрической больнице?
  - a) что вы сделали, чтобы туда попасть?
  - b) что вы сделали, чтобы оттуда выбраться?
- 14) Расскажите мне какой-нибудь из ваших снов.

## Упражнение 13. «Терапевтический вопросник»

Предлагаемые ниже вопросы должны показать, насколько пациент сумел избавиться от своего сценария. Обычно цель считается достигнутой, когда на все вопросы получен утвердительный ответ. Здесь открывается возможность количественной оценки эффективности труда психотерапевта на каждом этапе его работы. Поскольку определить относительный вес каждого вопроса затруднительно, мы принимаем все во-

просы за равные. Этот вопросник лучше всего использовать в психотерапевтических группах. Ответы пациента будут считаться правильными, если получат подтверждение психотерапевта и всех других членов группы. Ответы будут сомнительными, если все другие члены группы не согласятся с ответом, который в таком случае можно использовать для поиска скрытых сценарных мотивов.

### Терапевтический вопросник.

1. Нравится вам имя, которым зовут вас сейчас друзья?
2. Каким вы считаете свое настоящее положение в жизни?
3. Смотрите ли вы на мир теперь иначе, чем раньше?
4. Освободились ли вы от галлюцинаций?
5. Изменили вы решение, которое принято было в детстве?
6. Отказались вы от деструктивных намерений, предписанных вам родителями?
7. Можете ли вы сейчас выполнять дела, которые в свое время вам запрещали родители?
8. Появился у вас новый герой, или вы стали смотреть иначе на старого?
9. Бросили ли вы оговорки «если б только», «по крайней мере»?
10. Отказались ли вы от игр, в которые играли ваши родители?
11. Вы сняли «футболку»?
12. Мир в ваших снах стал другим?
13. Считаете ли вы, что проживете дольше, чем вам казалось ранее?
14. Изменились ли ваши предполагаемые последние слова в жизни?
15. Изменилась ли эпитафия?
16. Вы осознаете, как воздействует на других людей выражение вашего лица?
17. Вы знаете, какое состояние Я активизировано у вас в данный момент?
18. Осознаете ли вы, как воздействуют на вас запахи?
19. Вы счастливы или просто храбритесь?
20. Теперь вы иначе думаете о целях психотерапии?

### Техника 6. «Работа с игнорированием»

Матрица игнорирования учитывает все возможные комбинации типов и уровней игнорирования. Игнорирование в любом квадрате включает в себя игнорирование во всех квадратах, расположенныхных снизу и справа от него.

**Матрица игнорирования**

Уровень игнорирования	Тип игнорирования		
	T1 Стимулы	T2 Проблемы	T3 Возможность выбора
Наличие	T1 Стимулы	T2 Проблемы	T3 Возможность выбора
Значимость	T2 Значимость стимулов	T3 Значимость проблемы	T4 Значимость возможности выбора
Изменения возможностей	T3 Изменчивость стимулов	T4 Разрешимость проблемы	T5 Имеющаяся возможность выбора
Личностные способности	T4 Способность человека реагировать по-другому	T5 Способность человека решать свои проблемы	T6 Способность человека действовать в соответствии с возможностью выбора

**Упражнение 1**

Вспомните последнюю ситуацию, которая закончилась для вас неблагоприятным образом. Такая ситуация представляет собой проблему, которую вы не решили. Вернитесь к этой ситуации и попробуйте выявить аспекты реальности, которые вы игнорировали. Смогли бы вы повести себя в этой ситуации по-другому? Игнорировали ли вы в этой ситуации способность других людей поступать каким-то определенным образом? Были ли в этой ситуации другие возможные пути ее разрешения, которые вы не использовали? Можете ли определить, в чем выражалось преувеличение? Какие свои черты, свойства других людей или аспекты ситуации вы преувеличили?

Если вы работаете в группе или у вас есть друг, который хочет вам помочь, попросите его высказать свое мнение о ваших ответах. Нам часто легче обнаружить игнорирование и преувеличение у других людей, чем у себя.

Независимо от того, получили ли вы ответы на все вопросы, помните об этой ситуации.

### **Упражнение 2**

Вернитесь к одной из проблемных ситуаций, рассмотренных ранее. Можете ли вы определить пассивные поведения, используемые вами в этой ситуации? Вновь проиграйте ее в уме. Когда вы приблизитесь к моменту включения пассивного поведения, представьте себе, что находитесь во Взрослом и используете для решения данной проблемы весь потенциал взрослой личности: ее мышление, чувства и поведения. Чем тогда будет отличаться ваше поведение?

### **Упражнение 3**

Потренируйтесь в умении отличать невербальные сигналы, которые свидетельствуют об игнорировании, от тех, в которых игнорирование отсутствует. По невербальным сигналам не всегда можно точно сказать, что человек что-либо игнорирует. Поэтому для проверки вашего вывода задайте ему несколько вопросов.

### **Упражнение 4**

Нарисуйте матрицу игнорирования для следующего воображаемого случая. Например, муж и жена только что легли и засыпают. В этот момент в соседней комнате раздается плач их ребенка. Муж говорит жене: «Как ты думаешь, надо ли кому-нибудь из нас пойти и посмотреть, почему он плачет?» Продумайте ответы жены, если она будет игнорировать в каждой диагонали матрицы игнорирования (см. стрелки на матрице). Убедитесь в том, что «иерархия игнорирования» применима и для этого случая.

### **Упражнение 5**

Используйте это упражнение для анализа проблемной ситуации, которую вы в свое время не решили.

Начиная с верхнего левого угла матрицы игнорирования, проверьте каждый квадрат, идя сверху вниз по соответствующим диагоналям, пока не обнаружите квадрат, который вы игнорировали. Будет очень полезно узнать другую точку зрения о вашем анализе у кого-нибудь из группы, в которой вы работаете, или у друга. Проверьте, игнорируете ли вы все остальные квадраты по той же диагонали и квадраты, расположенные

женные книзу. Какова была область вашего игнорирования? Игнорировали ли вы себя, других людей или ситуацию?

Когда обнаружите игнорирование, определите, из какого эго-состояния вы исходили? Было ли игнорирование следствием контаминации? Исключения? Плохой информации или дезинформации? Осознайте, какую часть реальности вы ранее игнорировали. Если вам нужна новая информация, получите ее. После этого проиграйте эту ситуацию в уме. Приблизившись к точке, с которой вы начали игнорирование, замените данное игнорирование на полное осознание реальной действительности. Как сейчас ваши действия, мысли и чувства отличаются от первоначальных? Приводит ли это к разрешению ситуации?

## Техника 7. «Работа с мировосприятием и искажением»

### **Упражнение 1**

Разбейтесь на группы по три человека. В каждой группе выберите Пациента, Адвоката и Наблюдателя. Пациент выбирает любую тему для разговора и беседует с Адвокатом в течение трех минут. Наблюдатель или руководитель группы засекает время. Задача Пациента заключается в том, чтобы давать отклоняющиеся транзакции на все вопросы Адвоката. Когда Пациент внезапно меняет тему разговора, Адвокат тоже переходит к этой теме. Затем Пациент затрагивает другой вопрос, и так далее. По истечении времени Пациент и Адвокат две минуты обсуждают свои ощущения, а Наблюдатель сообщает о том, что он видел и слышал. После этого поменяйтесь ролями, чтобы все побывали в каждой роли.

Вновь проделайте упражнение. Теперь Адвокат не будет следовать отклоняющимся транзакциям Пациента, а должен делать все возможное, чтобы возвратить его к первоначальной теме разговора. Задача Пациента заключается в том, чтобы затронуть как можно больше вопросов. Повторяйте упражнение до тех пор, пока все не побывают в каждой роли.

Затем, работая в парах, используйте блокирующие транзакции. Как и прежде, в первой части упражнения Адвокат позволяет Пациенту блокировать себя, а во второй — делает все возможное, чтобы избежать блокировок, в то время как Пациент стремится заблокировать любую транзакцию. Срав-

ните ваши ощущения при выполнении упражнений с блокирующими и отклоняющимися транзакциями.

Так как вы выполняете это упражнение во Взрослом, ваше взаимодействие будет заключаться в проигрывании ролей с применением отклоняющихся и блокирующих транзакций и не будет реальным использованием этих транзакций. Упражнение дает практические навыки распознавания и борьбы с этими транзакциями, которые люди применяют неосознанно.

### Техника 8. «Работа с симбиозом»

#### *Упражнение 1*

Если вы работаете самостоятельно, найдите человека, который согласился бы работать в паре с вами. Если вы в группе, разбейтесь по парам.

В первой части упражнения поддержите друг друга физически. Например, можно прислониться друг к другу или упереться ладонями вытянутых рук в ладони партнера. Поддерживая друг друга, оставайтесь некоторое время в этом положении. Осознайте свои мысли и чувства и пока ничего не говорите о них своему партнеру. После этого один из партнеров должен выйти из этого положения. Выполняйте движение медленно, чтобы партнер почувствовал, каково ему будет, если вы смените положение. Затем те же действия выполняет другой партнер. Отмечайте ваши ощущения, когда вы остаетесь в исходном положении, а ваш партнер выходит из него.

Во второй части упражнения продолжайте касаться друг друга, но каждый должен удерживаться в равновесии. Например, можно снова упереться ладонями в ладони партнера, но на этот раз не так сильно облокачиваться друг на друга. Оставайтесь в этом самосбалансированном положении некоторое время, отмечая свои ощущения. Как они отличаются от тех, которые вы испытывали в первой части упражнения?

А теперь пусть один из партнеров разорвет контакт. Например, если вы стоите и ваши ладони упираются в ладони партнера, один из вас может просто опустить руки. Отметьте ваши ощущения, когда вы стоите неподвижно, а партнер разрывается с вами контакт. Как эти ощущения отличаются от тех, которые вы испытывали в первой части упражнения, когда стояли, поддерживая друг друга, а партнер начал выходить из исходного положения? Через некоторое время партнер, который разорвал контакт, снова входит в контакт с вами. Повто-

рите разрыв и восстановление контакта несколько раз. Проделайте это упражнение еще раз, причем в роли разрывающего и восстанавливающего контакт будет другой партнер. Поделитесь друг с другом вашими ощущениями.

Первая часть упражнения предназначена для того, чтобы вы почувствовали симбиоз. Когда два человека опираются друг на друга, то они чувствуют себя удобно, так как ощущают поддержку. Однако некоторые могут также испытывать страх, когда другой человек выходит из контакта и позволяет им упасть. Почти все начинают осознавать этот страх, когда партнер постепенно выходит из контакта. Этот факт указывает на другую характерную особенность реального симбиоза. Когда один из партнеров чувствует, что другой выходит из симбиотического контакта, он склонен защищаться от ухода. В этом случае он считает: «Без партнера я не смогу самостоятельно стоять на ногах». Это убеждение придает симбиозу такое качество, как стабильность.

## Техника 9. «Работа с Системой Рэкета»

### Упражнение 1. «Рэкетные чувства»

В этом упражнении предлагается представить одну сцену и ответить на ряд вопросов к ней, при этом ответы не рассматриваются как правильные или неправильные.

Представьте себе, что завтра праздник и все магазины будут в течение нескольких дней закрыты. Предположим также, что вы давно не ходили в магазин и продукты в вашем доме почти кончились. Вы смотрите на часы и облегченно вздыхаете, так как до закрытия универсама остается еще много времени. Обдумав, что нужно купить, вы отправляетесь в универсам. Подходя к нему, вы замечаете толпу людей, которые тоже пришли, чтобы запастись продуктами на праздник. Вы обходите полки, кладете в корзинку необходимые продукты, при этом посматривая на часы. Закончив покупки, с удовлетворением замечаете, что до закрытия магазина есть несколько минут и у вас достаточно времени, чтобы пройти через кассу. Когда вы проходите через контроль, кассир делает необходимые расчеты и называет вам общую стоимость купленных продуктов. Вы хотите достать деньги, но не можете их найти, их нигде нет. Вас осеняет: в спешке вы забыли деньги дома и пришли в универсам с пустыми руками. Пока вы объясняете кассиру, в чем дело, за вами выстраивается очередь. Вы спра-

шиваете: «Можно ли мне оставить вам свою фамилию и адрес, забрать с собой покупки и рассчитаться после праздника?» Кассир отвечает: «Нет, это невозможно». У вас совсем не остается времени, чтобы сходить домой и вернуться до закрытия магазина. Вам остается лишь оставить покупки и уйти с пустыми руками, в то время как магазины открываются только через несколько дней. Осознавая это, как вы себя чувствуете? Отметьте, что вы испытываете, охарактеризуйте ваши эмоции и после этого выйдите из воображаемой сцены.

Рассмотрим отмеченное вами чувство. При выполнении данного упражнения люди описывают несколько характерных эмоций, которые мы приводим ниже. Сравните, совпадают ли они с отмеченными вами чувствами.

Если вы работаете в группе, обойдите всех членов группы и спросите каждого, какое чувство он испытал в конце этой сцены, при этом кто-то один записывает ответы.

Все представляли себе одну и ту же сцену, но испытывали самые различные эмоции, типичными из которых были: злость на самого себя, чувство паники, смущения, пустоты, плохое самочувствие, возмущение поведением кассира. Чем больше группа, тем больший диапазон чувств будут испытывать ее участники. Если вы работаете самостоятельно, найдите несколько человек, которые согласились бы представить эту сцену и поделиться испытываемыми чувствами.

Отмеченные чувства вы испытывали в самых различных стрессовых ситуациях. Например, если в конце сцены я говорю о том, что зол на самого себя, то во многих других стрессовых ситуациях я также злился на себя. Если вы испытывали чувство паники, то, вероятно, и в других ситуациях также будете испытывать подобное чувство. Выходит, что у всех имеется определенный набор обычных для нас неприятных чувств, который мы используем во всех ситуациях, когда дело принимает нежелательный оборот. Некоторые могут использовать два или три набора имеющихся у них неприятных чувств: один — дома, другой — на работе, и так далее.

Отмеченное чувство является тем чувством, которое было скопировано или поощрялось вашей семьей, в то время как другие чувства не поощрялись или запрещались. Например, если вы отметили, что злитесь на кого-то, то, скорее всего, это чувство показывали ваши родители и другие члены семьи в вашем детстве. Когда вы сами проявляли это чувство, то другие члены семьи признавали его. Существует целый диа-

пазон других чувств, которые редко проявляли в вашем доме. В данном примере в вашей семье обычно злились на что-либо или кого-либо и одновременно не поощряли проявление печали, грусти, страха или радости. Если вы проявляли подобные чувства, то вас за это или наказывали, или, что еще хуже для ребенка, просто игнорировали.

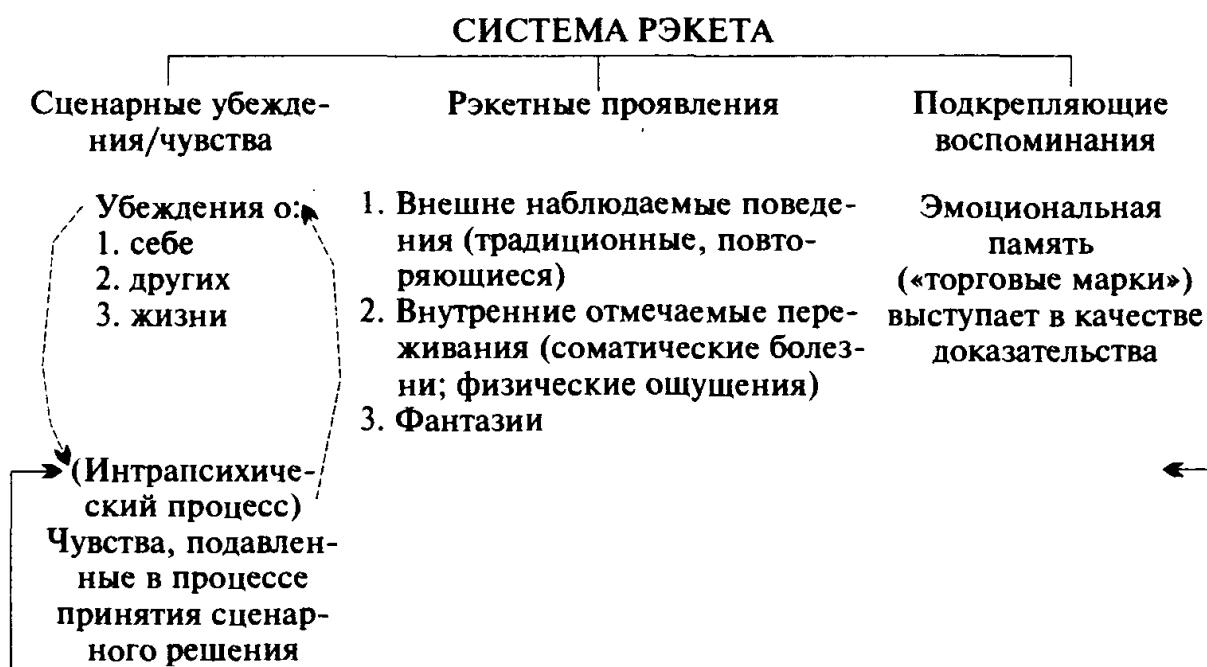
Переживаемые вами эмоции никак не способствовали решению проблемы: «Я стал злиться и кричать на продавца, что не помогло мне получить покупки. Испытывал ли я чувство паники, смущение, пустоту, злость на себя или любое другое чувство, отмечаемое обычно людьми в этой ситуации, ни одно из них никак не помогло мне забрать сделанные в универсаме покупки».

### **Упражнение 2. «Аутентичное чувство»**

Каким, с вашей точки зрения, должно быть аутентичное чувство, которое помогло бы завершить ситуацию в предыдущем примере? Если бы вы поняли, что не сможете взять с собой покупки, испытывали бы вы аутентичный гнев, печаль, страх или радость? Проанализируйте, как каждое из этих чувств помогло бы вам завершить данную ситуацию.

### **Упражнение 3. «Составление своей Системы Рэкета»**

Возьмите большой лист бумаги и скопируйте рис. 5.



*Рис. 5. Система Рэкета*

В каждой из трех колонок оставьте под заголовками как можно больше места. После этого начните заполнение вашей Системы Рэкета. Затем вспомните какую-то недавнюю ситуацию, которая закончилась для вас неблагоприятным образом или была болезненной. Если вы не хотите, то не нужно испытывать пережитое вами неприятное чувство. Вновь представив себя в этой ситуации, дополните Систему Рэкета относящимися к вам деталями. Работайте быстро и интуитивно.

Для того чтобы добраться до сценарных убеждений, можно спросить себя: «Что в этой ситуации я думал о себе? О других участвующих в ней людях? О жизни и мире в целом? Как войти в контакт с чувствами, подавленными в период принятия сценарного решения?» Так как во время нахождения в Системе Рэкета эти чувства подавляются, вы не сможете достаточно ясно осознать их в анализируемой ситуации. Но существуют подсказки, которые можно использовать. Иногда можно испытывать короткий всплеск аутентичного чувства, перед тем как вы входите в рэкетное чувство. Например, если в данной ситуации вашим рэкетным чувством было раздражение, в течение доли секунды до него вы, возможно, почувствовали страх. Другой способ заключается в том, чтобы спросить себя: «Если бы я был ребенком и не знал, как цензурировать свои эмоции, как бы чувствовал себя в данной ситуации? Стал бы я испытывать гнев? Безысходную печаль? Ужас? Экстаз?» Если вы сомневаетесь, что именно, попробуйте догадаться. Какие аутентичные чувства помогли бы вам завершить данную ситуацию?

А теперь переходите к колонке «рэкетные проявления». Чтобы записать внешне наблюдаемые поведения, представьте себе, что вы смотрите фильм и видите самого себя. Отмечайте свои слова, тон голоса, жесты, положение тела и выражение лица. Какую рэкетную эмоцию вы испытываете? Сравните ее с вашим воспоминанием о рэкетном чувстве, которое вы испытывали в этой ситуации.

В разделе «внутренне отмечаемые переживания» записывайте случаи напряжения или неудобства, ощущаемые в любой части тела. Может быть, у вас болит голова? Сосет под ложечкой? Болит шея? Помните, что отсутствие ощущений — тоже ощущение. В связи с этим исключали ли вы какие-либо части тела из своего осознания?

А теперь вспомните фантазии, которые вы испытывали.

Для этого вновь представьте себя в данной ситуации, а затем спросите: «Что самое страшное может произойти сейчас?» Запишите первое, что приходит вам на ум, независимо от того, фантазия это или нет. Затем спросите себя: «Что самое лучшее могло бы произойти сейчас?» Эта фантазия также является частью вашей Системы Рэкета, поэтому занесите ее в колонку.

Наконец перейдите к колонке «подкрепляющие воспоминания». Дайте волю вашей памяти и вспомните прошлые ситуации, подобные анализируемой. Это могут быть ситуации из далекого прошлого или недавние. Во всех этих ситуациях вы отметите, что испытывали одно и то же рэкетное чувство, один и тот же физический дискомфорт и так далее, которые вы отметили в разделе «рэкетные проявления».

Возможно, вам будет интересно сравнить отдельные факторы Системы Рэкета со сценарной матрицей, которую вы составили раньше. Насколько они совпадают? Каждая из них может быть использована для проверки и корректировки другой.

## ***Упражнение 4. «Рэкетные роли»***

Занимались ли вы рэкетом на прошлой неделе? Если да, то кем вы были, «беспомощным», «недовольным», «благодетелем» или «деловым»? Или вы проигрывали несколько этих ролей? Хотите ли и в дальнейшем заниматься подобным рэкетом? Если нет, то как вы будете добиваться нерэкетных поглаживаний вместо поглаживаний, которые вы получали с помощью рэкета? Принимали ли вы приглашение от других людей быть партнером в их рэкете? Если да, то в какой из четырех ролей они выступали? Хотите ли вы продолжать поглаживать их рэкетные чувства? Если нет, то как предполагаете прервать подобные транзакции в следующий раз?

## ***Упражнение 5. «Марки»***

Испытывали ли вы на прошлой неделе рэкетное чувство, которое не выразили и сохранили в себе? Если так, то вы собрали марку. Какое рэкетное чувство было написано на этой марке? Была ли это марка зависти, триумфа, злости, раздражения, печали, беспомощности или какая-то еще? Большая ли у вас коллекция чувств подобного рода? Сколько времени вы планируете собирать ее? Когда вы собираетесь обменять вашу коллекцию, что хотите получить за нее?

### **Упражнение 6. «Избавление от марок»**

Зная сценарную функцию марок, проанализируйте свою коллекцию марок, а также возможную расплату, на которую обмениваете вашу коллекцию. Хотите ли вы и в дальнейшем получать подобную расплату? Если нет, то можете просто расстаться с ней. Однако перед тем как сделать это, убедитесь в том, что вы действительно хотите расстаться с ожидаемой расплатой. Необходимо осознать, что, расставаясь с коллекцией марок, вы навсегда распрощаетесь и с планируемой расплатой. Осознав это, хотите ли по-прежнему расстаться с марками? Если вы говорите «да», то найдите способ окончательно избавиться от марок. Изберите свой путь. Независимо от того, что вы выберете, выбранный вами способ должен не позволить маркам вернуться к вам опять.

Продумав способ избавления от марок, расслабьтесь и закройте глаза. Представьте себе, что вы держите в руках свою коллекцию марок. Посмотрите, сколько у вас «альбомов» с марками. Отметьте их цвета. Прочитайте названия рэкетных чувств, которые написаны на них. Если вы собирали марки против какого-то определенного человека или группы людей, обратите внимание, что рэкетные чувства написаны также и на марках.

Вы готовы расстаться с марками? Тогда в своем воображении избавляйтесь от них в соответствии с избранным вами способом. Бросьте их в огонь и посмотрите, как они превращаются в пепел. Или спустите в унитаз, слив воду несколько раз, чтобы убедиться в том, что марки пропали навсегда. Если вы бросаете их в реку, наблюдайте за ними до тех пор, пока последняя марка не исчезнет из виду. А теперь взгляните на свои руки и убедитесь в том, что марок больше нет.

А сейчас осмотритесь вокруг. Вы увидите кого-то или что-то очень приятное, чего раньше не замечали. Скажите «привет» этому приятному. Именно в этом вы будете черпать приятные поглаживания. Это означает, что в будущем вам не нужно собирать марки. Скажите «добро пожаловать» этим поглаживаниям. Почувствуйте облегчение от того, что вам больше не нужно собирать марки. После этого упражнение считается законченным.

### **Упражнение 7. «Система Автономии»**

Возьмите большой лист бумаги. На нем вы будете рисовать диаграмму, похожую на Систему Рэкета, которая, однако, представляет собой ее позитивную противоположность. Можете назвать ее «Система Автономии».

Вновь нарисуйте три колонки. Левую назовите «модернизованные убеждения и чувства», среднюю — «автономные проявления», а третья будет иметь такое же название, как и в Системе Рэкета — «подкрепляющие воспоминания». В колонке «модернизованные убеждения и чувства» напишите подзаголовки для убеждений о себе, других и жизни, как и в Системе Рэкета.

Вновь обратитесь к ситуации, которую вы вспомнили при заполнении Системы Рэкета. Начните с убеждений о себе. Изменив свое убеждение, что позитивного вы можете сказать о себе? Возможно, вы запишете: «Я вполне приятный человек и хорош такой, какой я есть». Здесь и далее важно использовать позитивные определения. Избегайте негативных слов, вроде «не», «бросить», «терять», «без». Если ваш первый вариант содержит такие слова, перефразируйте его таким образом, чтобы в нем присутствовали только позитивные определения. Если ваше сценарное убеждение было: «Со мной что-то не в порядке», вместо «У меня нет никаких недостатков» следует изменить свое убеждение на позитивное: «Я вполне хороший человек».

Затем аналогичным образом измените ваши убеждения о других людях и жизни, используя позитивные слова. Обратите внимание на преувеличения, которые будут частью вашей Системы Рэкета.

Подзаголовку Системы Рэкета «подавленные чувства» в Системе Автономии соответствует подзаголовок «выражаемые аутентичные чувства». Отметьте в нем те же аутентичные чувства, которые записали в вашей Системе Рэкета. Вновь представьте себя в этой ситуации и вообразите, как бы вы могли выразить свое аутентичное чувство, чтобы завершить ситуацию. После этого переходите к колонке «автономные проявления». Постарайтесь представить себя на экране видео и проиграйте ситуацию таким образом, чтобы вы вели себя в ней позитивно, находились вне сценария и испытывали аутентичное, а не рэкетное чувство. В подзаголовке «внешне наблюдаемые поведения» отметьте слова, жесты и так далее, которые подмечаете у себя при позитивном проигрывании.

Так же заполните подзаголовок «внутренне отмечаемые переживания» для новой версии ситуации. Какие приятные чувства вы испытываете? Чувствуете ли напряжение, которое

ранее не замечали? Если это так, решили ли вы снять напряжение? Что произойдет, если вы избавитесь от него?

В Автономной Системе не надо фантазировать (как мы видели, любые фантазии являются частью вашей Системы Рэкета.) Вместо этого напишите заголовок «планы и позитивные наблюдения», который можно заполнить в часы отдыха. В него можно включить планирование жизни Взрослым. При этом будущие ситуации должны протекать позитивно, как вы и планируете, а не рэкетным путем, который вы проанализировали в своей Системе Рэкета. Наконец, заполните колонку «подкрепляющие воспоминания». По всей видимости, вы вспомните несколько позитивных ситуаций из вашего прошлого, которые напоминают ситуацию, проигрываемую в настоящий момент. А если не можете припомнить ни одного случая? Тогда придумайте несколько ситуаций. Воспоминание о выдуманных позитивных ситуациях так же эффективно, как и о реальных.

Таким образом, вы получили первоначальный вариант вашей Системы Автономии. Как и Систему Рэкета, ее можно дополнять и изменять.

Представьте себе, что заполненная диаграмма вашей Системы Рэкета на несколько сантиметров выходит из-под вашей Системы Автономии. В будущем можно, опустив диаграмму, сравнить любое положение Системы Рэкета с соответствующим пунктом Системы Автономии. С этого пункта будет действовать Система Автономии, и вы больше не будете попадать в привычные рэкетные ловушки. Возможно, вы откроете для себя несколько «окон». Чем больше их будет, тем легче выйти из Системы Рэкета и стать автономным. И каждый раз, делая подобный шаг, вы облегчаете себе возможность совершать подобные действия в будущем.

### Техника 10. «Игры и анализ игр»

#### Упражнение 1. «Особенности игр»

Припомните какое-либо неприятное взаимодействие из вашего недалекого прошлого, которое подходит под описание игр, и опишите эту ситуацию. Убедитесь в том, присущи ли вашей ситуации пять характерных особенностей игр. Отметьте также, как вы себя чувствовали в конце ситуации. Знакомо ли вам это чувство?

### **Упражнение 2. «Девизы»**

Какой девиз написан спереди и сзади на вашей футболке?

Если вы работаете в группе, разбейтесь по 2—3 человека.

Каждый член подгруппы интуитивно пишет девизы на спине и груди своих товарищей. После обменяйтесь своими впечатлениями. Не беспокойтесь о том, что вы недостаточно хорошо знакомы с членами вашей маленькой группы. Ведь мы умеем прочитывать послания, основываясь на наших первых впечатлениях.

Если хотите, то это упражнение можно проделать с людьми, с которыми вы хорошо знакомы. При этом вы можете узнать о себе много интересного, если сравните различные девизы, которые разные люди прочитали на вашей футболке.

### **Упражнение 3. «Послания в игре»**

Определите различные стадии в своей игре. Какими посланиями на психологическом уровне вы обменивались во время каждой стадии игры?

### **Упражнение 4. «Драматический треугольник»**

В течение одной минуты запишите слова, которые, с вашей точки зрения, подходят Преследователю. То же самое проделайте для Спасителя и Жертвы.

Все три роли Драматического треугольника являются неаутентичными. Находясь в одной из этих ролей, люди реагируют, исходя из своего прошлого, а не реальности «здесь и теперь», используя при этом старые сценарные стратегии, которые они взяли на вооружение детьми или заимствовали у своих родителей. Для того чтобы отметить неаутентичность ролей Преследователя, Спасителя и Жертвы, они пишутся с большой буквы. Если эти слова написаны с маленькой буквы, то мы имеем в виду реально существующих в жизни преследователей, спасителей и жертв.

### **Упражнение 5. «Роль и реальность»**

Можете ли вы представить реального преследователя, который одновременно является также и Преследователем? Какие различия можно провести между аутентичным спасителем и человеком, играющим роль Спасителя? Может ли кто-нибудь быть жертвой и не играть роль Жертвы?

### Упражнение 6. «План игры»

Следующее упражнение является одним из вариантов плана игры, который включает в себя дополнительно два «загадочных вопроса». Вопросы плана игры можно использовать для анализа вашей игры или анализа других игровых ситуаций вашей жизни.

Письменно ответьте на вопросы, подходящие для вашего примера. Было бы неплохо, если бы при ответе на эти вопросы вы могли бы поделиться своими соображениями с кем-нибудь.

«Загадочные вопросы» находятся в конце списка. Не смотрите на них, пока вы не ответили на все вопросы плана игры. После этого ответьте на два «загадочных вопроса».

- 1) Что постоянно происходит со мной?
- 2) Как все это начинается?
- 3) Что происходит потом?
- 4) (Загадочный вопрос)
- 5) А потом?
- 6) (Загадочный вопрос)
- 7) Чем все кончается?
- 8а) Как я себя чувствую?
- 8б) Как, с моей точки зрения, чувствует себя другой человек?  
«Загадочные вопросы».
- 4 ) В чем заключается мое секретное послание другому человеку?
- 5) В чем заключается секретное послание ко мне другого человека?

Ответы на «загадочные вопросы» являются психологическими посланиями в транзакционной диаграмме игры. Однако считается, что оба эти послания одновременно являются посланиями, которые были переданы вам в детском возрасте родителями. Убедитесь в справедливости этого утверждения на вашем примере. В другом случае ответы на один или оба «загадочных вопроса» представляют собой послания, которые вы сами передавали своим родителям, когда были совсем маленьким. Храните ваши ответы, так как их можно будет использовать в последующих упражнениях.

**Интерпретация.** Последовательность вопросов плана игры должна выявить переключатели Драматического треугольника и стадии формулы игры. Чувства, которые вы отметили в вопросе а и б, являются чувствами рэкета. Возможно, вы обнаружите, что чувство а вам знакомо, однако удивитесь тому,

что чувство б также является вашим чувством рэкета. Если это справедливо, проверьте данное положение с помощью человека, который вас хорошо знает.

## ***Упражнение 7***

Вновь обратитесь к вашему примеру игры. Какие чувства-марки вы собираете? Как вы могли бы собирать эти марки для достижения негативной сценарной расплаты?

## ***Упражнение 8***

Какие сценарные убеждения о себе, других и мире вы подкрепляете при расплате в своей игре? Какой жизненной позиции соответствуют эти убеждения?

## ***Упражнение 9***

Определите симбиотическую позицию, которую вы заняли в начале игры в своем примере, какую позицию вы заняли после Переключения? Можете ли вы определить детский симбиоз, который проигрывали или против которого восставали?

## ***Упражнение 10***

Какие поглаживания вы получаете и даете на каждом этапе игры в вашем примере? Начинаете ли вы играть в игры, когда опасаетесь, что рэкетные чувства могут иссякнуть?

## ***Упражнение 11***

Какую позитивную расплату вы получили в конце вашей игры? Возможно, вы сразу ответите на этот вопрос, а может быть, вам потребуется некоторое время.

## ***Упражнение 12. «Борьба с играми»***

Вернемся к примеру игры, которую вы анализировали с помощью плана игры. Подходит ли она под названия игр, в которые играют люди? Проверьте это в соответствии с изменениями позиций в Драматическом треугольнике. Используйте различные техники борьбы с играми. Примените каждую из них в вашем примере игры. Таким образом, в конце у вас будет целый список различных способов противодействия

этой игре в будущем. Если вы захотите применять эти техники, то вначале решите, как собираетесь заменить поглаживания, которых лишитесь в результате выхода из игры, и начните получать поглаживания новым способом.

После этого начните бороться с играми. Выберите одну технику и применяйте ее постоянно в течение недели, а затем аналогичным образом опробуйте другие методики. Если вы работаете в группе, сообщите товарищам о ваших достижениях.

### Техника 11. «Контракты на изменение»

#### *Упражнение 1*

Решите, что вы хотите в себе изменить. Напишите это, используя любые пришедшие в голову слова.

Цель контракта должна быть определена с помощью позитивных слов. Часто цель изменения определяется негативными словами и выражениями, например, человек может захотеть бросить курить или меньше пить, сбросить вес и не бояться начальников. Подобные «стоп-контракты» и «неконтракты» никогда не работают длительное время. Частично это объясняется тем, что цель контракта представляется в виде определенной картины. Когда вы пытаетесь представить себе что-либо, то мысленно видите картину того, что следует за «не» или любым другим негативным словом. Например, если человек заключает контракт с целью «не курить», то он будет у него постоянно ассоциироваться с его проблемой — курением, от которого пациент хочет избавиться.

В теории транзактного анализа имеется хорошее объяснение неэффективности «стоп-контрактов». Вспомним, что любое сценарное поведение является отражением стратегии Ребенка, направленной на выживание, получение поглаживаний и удовлетворение насущных потребностей. Тогда что же случится, если вы заключите контракт с целью «не вести себя» по сценарию? В лучшем случае вы не дадите своему Ребенку ясной цели относительно сценария — вы просто добавите еще один пункт в бесконечный список того, что «нельзя», «не надо», «запрещается» делать, полученный вами в детском возрасте от родителей. В худшем случае вы накладываете запрет на то, что в своем Ребенке воспринимаете как существенное для вашего выживания.

Для того чтобы заключить эффективный контракт, необходимо выделить то позитивное, что поможет вашему Ребен-

ку действовать в четко определенном направлении. Подобный подход позволяет обнаружить новые способы выживания и удовлетворения своих потребностей, которые не хуже старых сценарных способов.

## ***Упражнение 2***

Если вы описали желание измениться с помощью негативных слов, измените предложение, употребив лишь позитивные слова. Новая редакция будет содержать то позитивное, что вы собираетесь использовать для замены негативного.

Контракт должен содержать реально осуществимую цель, учитывать конкретную ситуацию и имеющиеся ресурсы. Под словом «осуществимая» мы обычно понимаем все то, что достижимо для вас, ибо невозможно насилием заставить измениться другого человека.

## ***Упражнение 3***

Проверьте, можете ли вы достигнуть желаемого изменения. Спросите себя, достиг ли кто-либо того, что вы хотите? Если это так, то ваша цель осуществима. Рекомендуем детально описать то, что вы хотите изменить.

Цель должна быть четко определенной и наблюдаемой. Это означает, что вы и окружающие должны иметь возможность убедиться в том, достигли ли вы цели или нет. Ваша цель не должна быть слишком общей и содержать сравнения. Часто люди при первоначальном написании контракта ставят перед собой общие цели, например: «Я хочу быть добрым, общительным человеком» или «Я хочу быть ближе к людям». Заключение подобного контракта может привести к бесконечной работе над собой, поскольку указанные цели нечетко определены и окружающие не смогут однозначно сказать, достигнуты они вами или нет.

## ***Упражнение 4***

Укажите подробно, как окружающие и вы сами увидите и услышите, что вы в чем-то изменились. Если ваша цель связана с изменением взаимоотношений с другими людьми, укажите их фамилии.

Изменение, которое вы стремитесь достичь, должно быть безопасным. Поэтому с помощью Взрослого обдумайте его социальные последствия. Безопасно ли оно для вас?

Цель контракта должна исходить из Взрослого при сотрудничестве Свободного Ребенка. Другими словами, она должна соответствовать вашему пониманию ситуации и способностям взрослого человека и помогать удовлетворять потребности вашего Ребенка, а не отрицать их. Контракт, заключенный из Адаптивного Ребенка, будет почти во всех случаях способствовать усилению вашего сценария. Поэтому контрактов из Адаптивного Ребенка следует избегать.

### ***Упражнение 5***

Продумайте, насколько вы хотите измениться ради себя самого, а не для того, чтобы порадовать других, получить от кого-то одобрение или навредить кому-то. Можно задать этот вопрос и по-другому: «Для чего мне нужно меняться?»

Для достижения этой цели вам необходимо мобилизовать ресурсы вашего Ребенка, как, впрочем, и ресурсы вашего Взрослого и Родителя. Поэтому цель контракта в транзактном анализе формулируется на «языке восьмилетнего ребенка» — словами, понятными вашему Ребенку.

### ***Упражнение 6***

Понятна ли сформулированная вами цель восьмилетнему ребенку? Если нет, перефразируйте ее так, чтобы она была ему понятна.

Достижение цели всегда связано с определенными затратами в виде времени, денег, обязательств, неприятностей, прощанием с кем-то или чем-то, страхом перед последствиями изменения и т. д.

### ***Упражнение 7***

Продумайте, какая будет цена за достигнутое вами изменение? А затем, определив ее, задайте себе вопрос, по-прежнему ли вы хотите измениться?

### ***Упражнение 8***

Напишите пять пунктов, которые необходимы для достижения цели контракта. При определении конкретных действий укажите, как окружающие смогут судить о том, продвигаетесь ли вы к цели или нет.

Из составленного вами списка пунктов выберите и напишите те, которые вы обязательно выполните в течение ближайшей недели.

Напишите: «Люди, которые могут помочь мне в моем изменении...» и отметьте их фамилии.

## **3.10. ТЕРАПИЯ ИСКУССТВОМ (АРТ-ТЕРАПИЯ)**

Впервые этот термин был использован Адрианом Хиллом в 1938 г. и вскоре получил широкое распространение. В настоящее время им обозначают все виды занятий искусством, которые проводятся в больницах и центрах психического здоровья. Эффективность применения искусства в контексте лечения основывается на том, что этот метод позволяет экспериментировать с чувствами, исследовать и выражать их на символическом уровне.

Психотерапевты отмечают положительное влияние арт-терапии не только на улучшение общего физического и психического состояния больных, но также и на избавление их от психосоматических нарушений. Объективность этих данных подтверждается психофизиологическими исследованиями (Лебедева, Киселева, 2001).

В процессе арт-терапии изменяется отношение человека к собственному прошлому травматическому опыту, переживаниям и болезням, а достигнутый психотерапевтический эффект выражается в упорядочивании психосоматических процессов.

Изобразительная деятельность позволяет достичь состояния психического комфорта. При этом «художник» превращается в «зрителя», дистанцируясь от проблемы, как бы наблюдая ее со стороны. Таким образом, техника «рассказа в картинках» помогает рассмотреть какую-либо проблему в динамике, воссоздать цепочку обстоятельств и поступков. Пациент осознает свое отношение к происходившему и может изменить это отношение.

Данная техника имеет особую ценность в работе с лицами, которые затрудняются дать верbalное описание событий и чувств (Гудман, 2000).

Обычно и дети и взрослые с удовольствием описывают словами то, что они нарисовали. Главная задача арт-терапевта

в этой своеобразной изобразительной игре (Валкер, 2001) — помочь пациенту:

- в вербализации осознанного материала и связанных с ним переживаний;
- в осмыслиении тех символических образов, которые воспринимаются им как опасные для него;
- в формировании у него новых интересов, значимых для его дальнейшего психосоциального развития.

Наряду с терапевтическим значением техники «рассказа в картинках» имеет большую диагностическую ценность. С ее помощью можно получить гораздо больше информации, чем с помощью многочисленных бесед с пациентом в течение нескольких месяцев. Особенno важно, что приоритет в интерпретации рисунков принадлежит их автору. Иными словами, при такой диагностике психолог предоставляет инициативу пациенту и опирается на его систему значений. Нужно предложить пациенту изобразить, что изменилось в нем самом и в семье, когда он заболел. Тематические задания для серии рисунков могут быть следующими. Нарисуйте и расскажите:

- Как вы узнали о своей болезни?
- Что изменилось в вас, когда это произошло?
- Нарисуйте самые страшные представления о своей болезни.
- Нарисуйте, что будет, когда болезнь пройдет.
- Нарисуйте себя здоровым и сильным.
- Нарисуйте себя в будущем.

Исходя из особенностей рисунков, можно предположить, на чем сфокусированы реакции пациента: на чувствах или на проблеме. В первом случае в рисунках отражается страх смерти, страх боли в связи с медицинскими процедурами и т. д. Для второй группы характерно изображение различного медицинского оборудования, больничных помещений и т. д.

Арт-терапевту важно понять истинные причины переживаний пациента. С помощью соответствующих вопросов специалист должен прояснить, объективировать изображение и понять заключенный в нем смысл. Это помогает выбрать адекватную арт-терапевтическую стратегию.

Арт-терапия предоставляет участникам высокую степень свободы и самостоятельности. Поощряется спонтанный характер творческой деятельности. Участники определяются с замыслом, выбирают форму, материалы, цвета в соответствии

с выбранной темой, сами контролируют последовательность действий. За участником остается право выбирать меру участия в групповой работе. Творчество, как известно, само по себе обладает целительной силой.

Анализ современных исследований по терапии искусством объясняет полезность этого метода для лечебных целей тем, что он:

1. Предоставляет возможность для выражения агрессивных чувств в социально приемлемой манере. Рисование, живопись красками или лепка являются безопасными способами разрядки напряжения.
2. Ускоряет прогресс в терапии. Подсознательные конфликты и внутренние переживания легче выразить с помощью зрительных образов, чем в разговоре во время вербальной психотерапии. Невербальные формы коммуникации могут с большей вероятностью избежать сознательной цензуры.
3. Дает основания для интерпретаций и диагностической работы в процессе терапии. Творческая продукция ввиду ее реальности не может отрицаться пациентом. Содержание и стиль художественной работы предоставляют терапевту огромную информацию. Кроме того, сам автор можетнести вклад в интерпретацию своих собственных творений.
4. Позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми. Иногда невербальное средство оказывается единственным инструментом, вскрывающим и проясняющим интенсивные чувства и убеждения.
5. Помогает укрепить терапевтические взаимоотношения. Элементы совпадения в художественном творчестве членов группы могут ускорить развитие эмпатии и положительных чувств.
6. Способствует возникновению чувства внутреннего контроля и порядка. Рисование, живопись красками и лепка приводят к необходимости организовывать формы и цвета.
7. Развивает и усиливает внимание к чувствам. Искусство возникает в результате творческого акта, который дает возможность прояснить зрительные и кинестетические ощущения и позволяет экспериментировать с ними.
8. Усиливает ощущение собственной личностной ценности, повышает художественную компетентность. Побочным продуктом терапии искусством является удовлетворение, возникающее в результате выявления скрытых умений и их развития.

9. В процессе проведения группы позволяет разрешать конфликты между членами группы и помогать им в достижении гармонии.

Недостатком терапии искусством является то, что крайне личностный характер заданий может стимулировать нарциссизм и уход в себя, а не приводить к раскрытию и установлению контактов. И хотя для большинства людей искусство есть достаточно безопасный способ выражения чувств, некоторые люди очень сопротивляются самовыражению при помощи искусства.

Занятия могут быть структурированными или неструктурированными.

Для первых характерна заданность темы и/или изобразительных средств. Однако содержание творческой деятельности, форма воплощения задуманного, темп работы определяются самим участником.

На неструктурированных занятиях участники самостоятельно выбирают тему, материалы, инструменты.

На занятиях зачастую используются музыка, пение, движение, танец, драма, поэзия, сочинение историй и т. д. Такие формы, когда одновременно сочетаются различные способы творческого самовыражения, принято называть мультимедийными.

В структуре каждого занятия можно выделить две основные части.

Первая — невербальная, творческая, неструктурированная. Основное средство самовыражения — рисунок (живопись).

Вторая — вербальная, апперцептивная и формально более структурированная. Она предполагает вербальную интерпретацию нарисованных объектов и возникших ассоциаций.

В арт-терапии сложились различные подходы к отбору и классификации тем для занятий. Общепризнана классификация, предложенная Liebmann (1996):

- темы, связанные с освоением изобразительных материалов;
- общие темы, позволяющие исследовать широкий круг проблем и переживаний участников группы;
- темы, связанные с исследованием системы отношений, образа Я;
- темы, имеющие особую значимость при парной работе участников группы, а также темы, предназначенные для работы с семьями;

- темы для совместной изобразительной деятельности участников группы.

Так, темы «Добро и зло», «Черное и белое», «День и ночь», «Судьба» позволяют развивать коммуникативные навыки, преодолевать социальную отчужденность, выстраивать гармоничные взаимоотношения с коллективом.

## Структура занятия

### Первый этап. Настрой («разогрев»).

Начало занятия — это настрой на творчество. Задача этого этапа — подготовка участников к спонтанной художественной деятельности и внутригрупповой коммуникации. Здесь используются игры, двигательные и танцевальные упражнения, несложные изобразительные приемы. Например, различные варианты техники «каракули», техника «закрытых глаз», «автографы», «эстафета линий». При выполнении этих упражнений происходит снижение контроля со стороны сознания и наступает релаксация.

### Второй этап. Актуализация визуальных, аудиальных, кинестетических ощущений.

Здесь также можно использовать рисунок в сочетании с элементами музыкальной и танцевальной терапии.

Таким образом, человек невербальным языком сообщает о своих проблемах и чувствах, учится понимать и анализировать свои эмоции. Продукт изобразительного творчества сублимирует разрушительные, агрессивные тенденции автора и предупреждает тем самым их непосредственное проявление в поступках.

Данный этап занятия располагает к косвенной диагностике. Так, некоторые дополнительные сведения об авторе можно получить при интерпретации рисунков в соответствии с устоявшимися критериями известных проективных методик. Однако следует избегать прямолинейных аналогий и поспешных выводов.

**Третий этап. Индивидуальная изобразительная работа (разработка темы).** Этот этап занятия предполагает индивидуальное творчество для исследования собственных чувств, проблем и переживаний. Все виды подсознательных процессов, в том числе страхи, сновидения, внутренние конфликты, ран-

ние детские воспоминания, отражаются в изобразительной продукции при спонтанном творчестве.

Данный этап занятия располагает к косвенной диагностике. Некоторые дополнительные сведения об авторе можно получить при интерпретации рисунков в соответствии с валидными критериями известных проективных методик.

### **Четвертый этап. Активизация верbalной и неверbalной коммуникации.**

Главной задачей этого этапа является создание условий для внутригрупповой коммуникации. Каждому участнику предлагается показать свою работу и рассказать о тех мыслях, чувствах, ассоциациях, которые возникли у него в процессе изобразительной деятельности. Степень открытости и откровенности самопрезентации зависит от уровня доверия к группе, к арт-терапевту, от личных особенностей пациента. Если он по каким-то причинам отказывается от высказываний, не следует настаивать.

Можно предложить участникам сочинить историю про свой рисунок и придумать для него название. Начинать рассказ можно словами «Жил-был человек, похожий на меня...». Такое начало облегчает вербализацию внутреннего состояния и усиливает эффект проекции и идентификации.

По рассказу участника можно понять, кого он осуждает, кому сочувствует, кем восхищается. Поэтому нетрудно составить представление о нем самом, его ценностях и интересах, отношениях с окружающими.

### **Пятый этап. Коллективная работа в малых группах.**

Участники придумывают сюжет и разыгрывают небольшие спектакли. Перевод травмирующих переживаний в комическую форму приводит к катарсису, освобождению от неприятных эмоций.

### **Шестой этап. Рефлексивный анализ.**

Заключительный этап предполагает рефлексивный анализ в безопасной обстановке. Здесь обычно присутствуют элементы спонтанной «взаимотерапии» в виде доброжелательных высказываний, положительного программирования, поддержки. Атмосфера эмоциональной теплоты, эмпатии, заботы позволяет каждому участнику пережить ситуацию успеха в той или иной деятельности. Участники приобретают положительный опыт самоуважения и самопринятия, у них укрепляется

чувство собственного достоинства, постепенно корректируется образ Я.

В завершение необходимо подчеркнуть успех всех и каждого.

Более подробно с теорией арт-терапии можно ознакомиться в работе «Групповая психотерапия» (Рудестам, 1998).

### **ТЕХНИКИ**

#### ***Упражнение 1. «Зеркало»***

Первый вариант — один участник исполняет роль лидера, другой — ведомого. Задача последнего — повторять движения лидера как можно точнее, в том же темпе. После обсуждения партнерами чувств и переживаний происходит обмен ролями. В конце упражнения выясняется, в какой роли каждый из участников чувствовал себя увереннее, комфортнее и т. д.

Второй вариант — использование тактильного контакта рук. Участникам необходимо встать друг напротив друга, соединить кончики пальцев и попробовать совершать руками синхронные движения. Далее обсуждается, насколько гармоничны были действия каждого в паре. Проявились ли в этом упражнении лидерские позиции?

При повторении упражнения тактильный контакт можно усилить (соединить ладони).

#### ***Упражнение 2. «Рисование в воздухе»***

Размашистые движения воображаемой кисти по «пространству картины» (в воздухе) должны постепенно переходить в мелкие мазки, штрихи, развивающие тонкую моторику пальцев. Упражнение может выполняться в парах и общем круге. В последнем случае характер движений и темп задает арт-терапевт, а затем, по желанию, и другие участники группы.

#### ***Упражнение 3. «Слепой — поводырь»***

Задача «слепого» — закрыть глаза и найти в группе «поводыря». Для этого необходимо двигаться по помещению с закрытыми глазами в полной тишине. Первый, с кем столкнется «слепой», и станет его «поводырем». Он ведет «слепого» по помещению, давая ему возможность ознакомиться с окружаю-

щим пространством. Главное — невербальное взаимодействие. Отметим, что выбор может быть сознательным, если все участники разделяются на пары по обоюдному желанию. Однако для сравнения ощущений полезно повторить упражнение с другими «поводьями».

После смены ролей и повторения упражнения в различных вариантах участники сначала в парах, а затем в группе обсуждают происходившее.

### ***Упражнение 4. «Путаница»***

Оно выявляет степень групповой сплоченности и настраивает участников на взаимодействие. Может использоваться на любом арт-терапевтическом занятии, но лучше всего — на первом и заключительном.

Упражнение начинается с работы в парах. Участникам предлагается совместно создать на полу 5 точек опоры, затем — 6, 7. Это простое задание. Решение его, как правило, тривиально: четыре точки опоры — это ноги двух участников, пятая — две соединенные руки.

Далее «разогрев» продолжается в малых группах по шесть человек. Им предстоит объединиться и создать от четырех до пятнадцати и более точек опоры на полу. После этого всем участникам предлагается встать в центре условного круга, придвигнуться как можно ближе друг к другу, закрыть глаза и поднять обе руки вверх. Одной рукой нужно на ощупь найти пару. Другая рука остается свободной. Затем арт-терапевт соединяет свободные руки таким образом, чтобы получилась «путаница». Участникам надо «распутаться» и образовать общий круг, не разрывая спонтанно образованные «связи» друг с другом.

Это веселое упражнение имеет глубокий терапевтический смысл и замечательно настраивает на дальнейшую работу в группе, задает доброжелательный тон.

### ***Упражнение 5. «Прогулка по...»***

Это может быть, например, прогулка по пространству книжного листа. Участникам предлагается прогулка по пространству листа, не нарушая поля и границы. По сигналу арт-терапевта все должны замереть. Затем обсуждается, кто в какой части листа находится.

Заметим, что некоторые люди плохо чувствуют пространство и ошибаются при ответе на вопрос, где расположена их «буква»: в начале страницы, в конце, на полях. Сказанное особенно характерно для детей с дисграфией.

При повторе можно посоветовать участникам-«буквам» объединиться в слова, имена и т. п.

«Прогулка» может быть свободной, когда человеку предлагается просто почувствовать свое тело при выполнении разнообразных (плавных и резких, медленных и быстрых) движений в определенном пространстве комнаты. Постепенно упражнение усложняется.

К примеру, продолжая прогуливаться, участники должны имитировать встречу. В следующем задании — после каждой встречи резко менять направление движения. В частности, по команде арт-терапевта поворачиваться на 90 или 180 градусов, приседать, отпрыгивать и т. п.

## *Упражнение 6. «Индивидуальное рисование»*

Этим упражнением превосходно начинать занятия в группах терапии искусством. Оно стимулирует творчество и осознание чувств, помогает членам группы лучше познакомиться друг с другом.

Каждый член группы имеет в своем распоряжении много бумаги и цветных карандашей. Используйте одну-две минуты, чтобы осознать ощущения и чувства, которые возникают в этот момент. Забудьте об искусстве и не старайтесь быть художником. Возьмите карандаш и начните наносить какие-нибудь штрихи на бумагу. Рисуйте цветные линии и формы, говорящие о том, как вы себя чувствуете. Попытайтесь символически выразить свое состояние в данный момент. Не заставляйте себя рисовать что-то определенное и высокохудожественное. Рисуйте то, что приходит в голову. Когда все члены группы закончат задание, группа может поделиться впечатлениями о каждом рисунке, никак его не оценивая.

В качестве варианта испробуйте другие материалы, например краски, мел, глину. В любом случае доверяйте своим внутренним ощущениям и старайтесь в своей работе обнаружить новую для себя информацию. Используйте это упражнение, чтобы стимулировать воображение.

### ***Упражнение 7. «Могу позволить себе играть как ребенок...»***

Нарисовать «нерабочей» рукой самую любимую игру (или занятие) своего детства и придумать к рисунку название.

Для работы лучше брать мягкие изобразительные материалы (гуашь, мелки, акварель и т. п.), листы бумаги большого формата (А3 и больше).

При рисовании левой рукой правша как бы раздвигает границы умений, открывает в себе новые чувства, становится более спонтанным. При этом высока вероятность проявления сильных переживаний, детских страхов, и наоборот, появления ярких творческих образов.

Важно обсудить, почему именно эта детская игра возникла в воображении? Как чувствовал себя человек, работая над образами? Что чувствует сейчас?

### ***Упражнение 8. «Создание групповой фрески»***

Одним из наиболее часто используемых в арт-терапии упражнений является «создание групповых фресок», в котором участники либо рисуют все, что они хотят, на общей картине, либо дорисовывают на ней что-то, согласно выбранной всей группой теме. Терапевт поощряет членов группы комментировать свои рисунки, что усиливает групповое взаимодействие.

### ***Упражнение 9. «Групповое рисование по кругу»***

На листе бумаги необходимо нарисовать незатейливую картинку или просто цветовые пятна, а затем передать эстафету следующему участнику для продолжения рисунка. В итоге каждый рисунок возвращается к своему первому автору.

После выполнения этого задания обсуждается первоначальный замысел. Участники рассказывают о своих чувствах. Коллективные рисунки можно прикрепить к стене: создается своеобразная выставка, которая какое-то время будет напоминать группе о коллективной работе в «чужом пространстве».

Данная техника может выявить сильные противоречия в групповом процессе, вызвать агрессивные чувства, обиду. Поэтому арт-терапевт должен предупредить участников о бережном отношении к работам друг друга.

### ***Упражнение 10. «Рисование с партнером»***

Это упражнение превосходно для исследования межличностных взаимоотношений и конфликтов.

Выберите партнера. Положите между собой и партнером

большой лист бумаги, возьмите каждый по несколько цветных мелков. Внимательно посмотрите друг другу в глаза и затем спонтанно начинайте рисовать. Страйтесь выразить свои чувства. Если вы хотите общаться с партнером, делайте это с помощью линий, форм и цветов.

Когда закончите рисовать, обменяйтесь с партнером впечатлениями о том, что происходило во время упражнения. Говорите о любых эмоциях, которые у вас вызывает рисунок партнера. Посмотрите, не можете ли вы провести параллели между тем, как вы рисуете, и тем, как функционируете в группе. Постарайтесь узнать что-то о своем партнере.

### ***Упражнение 11. «Сотворение глиняного мира»***

Это упражнение, как и все упражнения в терапии искусством, стимулирует творчество. Оно также исследует ценностные ориентации, взаимоотношения сотрудничества и соперничества членов группы.

Каждый член группы получает большой ком глины. Группы делятся на подгруппы по 5 – 8 человек в каждой. Упражнение может сопровождаться приятной мелодией для создания мягкой, расслабленной атмосферы.

Вы — один из пяти или восьми человек, создающих мир. Закройте глаза и вообразите, что глина — сырье, из которого можно делать все, что вы захотите. С закрытыми глазами работайте с глиной и дайте пальцам выразить ваши мысли и чувства. Когда вылепите скульптуру, поместите ее на столе вместе с остальными вылепленными в вашей подгруппе скульптурами. Совместно с членами подгруппы с открытыми глазами поработайте над структурированием целостного мира из соответствующих частей. Если в ходе упражнения у вас возникли чувства относительно «соавторов», выскажите их или выражите их в глине. В заключение поделитесь своими впечатлениями с другими подгруппами.

## **3.11. КРЕАТИВНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ**

Механизм работы воображения используется в подходе, который можно назвать как созидательная, творческая, управляемая визуализация. Ниже описана методика «Созидающей визуализации», разработанная профессором Шакти Гавэйн (1997).

Среди многочисленных опытов по использованию образного мышления для лечения болезней наиболее известны клинические работы онколога Карла Саймонтона и его жены, психолога Стефани Мэтьюз-Саймонтон (2001). Они первыми использовали образное мышление в качестве дополнительного метода лечения раковых больных.

Сначала пациент овладевал техникой постепенного расслабления, ему предлагалось мысленно представить каждую группу мышц и освободить ее от напряжения. Затем в состоянии расслабления пациент должен был визуализировать процесс лечения: например, представить свои белые кровяные тельца и иммунную систему в виде бесстрашных воинов, а раковые клетки — в виде трусливых или беспомощных животных, которых воинам ничего не стоит победить.

Есть весомые основания полагать, что в повышении сопротивляемости организма и мобилизации его сил на борьбу с вирусами, бактериями и опухолями решающую роль играет подсознательное отношение к вызванной ими болезни. С помощью образного мышления человек может настроить себя на выздоровление. По мнению многих клиницистов, сторонников этого направления, чем яснее человек видит мысленным взором свой организм и его пораженные участки на уровне сознания, тем успешнее его подсознание считывает эти послания и координирует внутренние защитные силы.

С помощью сложных нейрохимических процессов разум воздействует на иммунную систему. Особенности и механизмы этого влияния изучаются в таком междисциплинарном научном направлении как психонейроиммунология.

Открытие Саймонтонов породило большое количество исследований. Так, в книге Эрнеста Росси «Психобиология излечения в системе разум — тело» (1986) рассматривается ряд теорий, относящихся к этому явлению. То, о чем человек думает, во что верит, оказывает глубокое воздействие на заболевание. Росси прослеживает электробиохимическую связь между нейронными системами мозга и иммунной системой. Специалисты в области психонейроиммунологии считают, что управляемое фантазирование и визуализация передаются иммунной системе и воздействуют на нее.

Использование работы с образами при осуществлении психологической помощи психосоматическим больным представляется не только адекватным сути заболевания, но и пер-

спективным с точки зрения теоретического изучения проблемы связи сознание — тело. В качестве научных задач здесь можно выделить такие, как определение эффективности различных приемов визуализации в зависимости от личностных особенностей пациента и характеристик его психических процессов; определение оптимальных моделей обучения пациентов саногенному управлению собственным физическим состоянием; выявление информативных показателей состояния иммунной системы, связанных с эффективностью психотерапевтического влияния.

В целом, практические задачи в ходе психокоррекционной работы с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами, связаны, во-первых, с обучением больных и развитием у них способностей сознательного контроля и управления, воздействия на собственное телесное состояние и, во-вторых, с психотерапевтической проработкой негативных влияний личной истории.

Сам по себе метод управляемой визуализации нацелен на настоящее пациента. Освоение процедуры визуализации как бы налаживает связи между внутренними телесными процессами, происходящими в этот момент в организме и обычно не поддающимися сознательному контролю человека, и его психикой. При этом диффузная, слабо дифференцированная интероцепция, символически переведенная на язык образов, постепенно становится более точной, доступной наблюдению, пониманию и управлению.

Однако развития способности воздействовать на процессы организма недостаточно для выздоровления. Поскольку психосоматические нарушения являются способом адаптации, своеобразной психологической защитой человека при нерешенном внутриличностном конфликте, психотерапия психосоматозов обязательно предполагает проработку прошлого и будущего пациента.

В прошлом, его событиях, коренятся причины болезни. Обращение к психотравмам, предшествующим появлению заболевания, помогает вычленить основные психологические проблемы и в ходе терапии найти и реализовать способы их решения. Знакомство с жизненными обстоятельствами пациента позволяет также диагностировать и трансформировать мотивы «условной желательности» актуального телесного страдания, которые продолжают подпитывать болезнь.

В ходе психологической коррекции, основанной на методе управляемой визуализации, обязательно также подключать работу с целями и планами на будущее, с теми задачами, которые возникнут у пациента при изменении его статуса с больного на здорового — при появлении большего числа степеней свободы его бытия и в то же время возникновения большей ответственности.

Метод управляемой визуализации предполагает индивидуальную активность пациента. В то же время подключение групповых форм психотерапевтической работы предоставляет большие возможности для осознания и проживания причин заболевания и раскрытия ресурсов оздоровления. Члены группы могут персонализировать, оживлять, озвучивать как симптомы, так и состояния динамики заболевания, вступать в диалог с пациентом, давать обратную связь и т. п.

Креативная визуализация является способом использования естественной мощи воображения. Воображение является способностью ума создавать идеи или ментальные образы. В креативной визуализации использование воображения происходит, чтобы создать отчетливый образ того, что мы хотим. Затем внимание фокусируется на этой идее или картине постоянно, придавая ей положительную энергию до тех пор, пока она не станет реальностью; другими словами, пока действительно достигается то, что было визуализировано.

Для использования креативной визуализации необходимо иметь желание обогатить свои знания и опыт и быть достаточно открытым для нового. Согласно Шакти Гавэйн, «конечная цель созидающей визуализации — сделать прекрасным каждый момент нашей жизни, когда мы будем вполне естественно выбирать то лучшее, что обеспечивает наибольшую полноту жизни».

Вот основное упражнение созидающей визуализации. Сначала подумайте о том, чего вы хотели бы достичь. Для этого упражнения выберите что-нибудь простое, что вы легко себе представляете. Это может быть предмет, который вы хотели бы иметь, событие, ситуация, в которой вы желали бы оказаться, или какие-то обстоятельства вашей жизни, которые вы хотели бы улучшить.

Расположитесь поудобнее, сидя или лежа, в тихом месте, где вас никто не потревожит. Полностью расслабьте тело. Представьте, начиная с пальцев ног и кончая головой, пооче-

редное расслабление всех мускулов вашего тела, воображая, как все напряжение уходит из вас. Дышите животом глубоко и медленно. Считайте от 10 до 1, с каждым счетом чувствуя себя более расслабленно.

Когда вы почувствуете полное расслабление, начинайте представлять в точности то, что вы хотите. Если это предмет, представьте, что он у вас, что вы пользуетесь им, наслаждаетесь и восхищаетесь им, показываете его своим друзьям. Если это событие или ситуация, представьте себя в ней и вообразите, что все вокруг вас происходит так, как вы хотите. Вы можете представить, что говорят люди или представить любые детали, которые могут сделать картину более реальной.

Креативная визуализация проводится в 4 этапа:

1. Поставить задачу. Пациент решает, чего бы ему хотелось достичь, ставя для начала цель, в достижение которой ему легко поверить, которую возможно реализовать в ближайшем будущем.
2. Создать четкую мысленную картину. Визуализировать предмет или ситуацию в точности так, как пациент того хочет. Думать о желаемом в настоящем времени, как об уже свершившемся, вообразить себя в желаемой ситуации, включив в картину как можно больше деталей.
3. Сосредотачиваться на ней чаще. Пациенту дается задание чаще представлять свою мысленную картину, пока она не станет неотъемлемой частью его жизни. Нужно сосредоточиться и четко видеть ее, но делать это надо легко и не-принужденно.
4. Передать ей положительную энергию. Сосредоточившись на своей задаче, подбадривать себя положительными мыслями. Давать себе мощные положительные установки, что это уже существует, уже осуществилось или происходит в настоящий момент. Такие положительные установки называются «аффирмации» (утверждения). Использование аффирмаций предполагает временное отбрасывание сомнений и неверия и представление желаемого как реального и возможного.

Вы можете заниматься этим относительно недолго, может быть, всего несколько минут — как хотите. Наслаждайтесь. Этот процесс должен приносить радость, подобную радости ребенка, мечтающего о подарке на день рождения.

Если у вас возникают сомнения или противоречивые мыс-

ли, не боритесь с ними и не пытайтесь их устраниć, так как противодействие усиливает их. Позвольте им свободно проходить через ваше сознание, а сами возвращайтесь к своим положительным установкам и образам.

Занимайтесь этим до тех пор, пока процесс кажется вам интересным и приносит радость. Может быть, пять минут, а может быть, и полчаса. Повторяйте упражнение каждый день, и как можно чаще.

Как видите, основной процесс относительно прост. Однако, чтобы использовать его действительно эффективно, требуется понимание деталей и постоянное совершенствование.

Важно полностью расслабиться, когда вы впервые приступаете к использованию созидающей визуализации. Когда тело и ум расслаблены, электрическая активность нейронов мозга изменяется и замедляется. Этот более глубокий, замедленный уровень обычно называют альфа-уровнем, и многие современные исследования основаны на его эффектах (в то время как обычное активное сознание называется бета-уровнем).

Альфа-уровень является таким состоянием сознания, которое приносит здоровье за счет расслабляющего воздействия на разум и тело. И что интересно, он оказывается гораздо более эффективным, чем активный бета-уровень, в изменении так называемого объективного мира посредством визуализации. В практическом смысле это означает, что если вы научитесь глубокому расслаблению и визуализации, то вы сможете эффективнее изменять свою жизнь, чем могли бы это делать при помощи размышлений, беспокойства, составления планов и попыток манипулировать вещами и людьми.

В отношении психосоматических проблем креативная визуализация нашла свое применение как один из инструментов для создания и поддержания крепкого здоровья.

Основной ее принцип состоит в зависимости физического здоровья от эмоционального, умственного и психического, поскольку все эти уровни взаимосвязаны, и болезнь тела всегда является отражением конфликта, напряжения, тревоги или дисгармонии и на других уровнях. Психосоматическое заболевание рассматривается как сообщение, побуждающее обратить серьезное внимание на свои эмоции, чувства, мысли, на свое отношение к жизни, чтобы понять, как можно восстановить естественные гармонию и сбалансированность. Люди

заболеваю, так как где-то на внутреннем уровне они убеждены, что болезнь — это наиболее подходящая и неизбежная ответная реакция на какую-то ситуацию или какие-то обстоятельства. Болезнь является отчаянной попыткой решить неразрешимый и нестерпимый внутренний конфликт.

При помощи креативной визуализации разум может связаться с телом. Это процесс бессознательного или сознательного формирования представлений и мыслей и передачи их телу в виде сигналов и команд. Сознательная креативная визуализация позволяет создавать и направлять к телу положительные образы и мысли вместо негативных, «больных».

Найти более конструктивное решение наших проблем можно, если понять и изменить свои внутренние убеждения. Вместо того, чтобы думать о болезни как о неизбежной катастрофе, воспринимайте ее как мощное и полезное послание. Ощущив себя больным, следует успокоиться и потратить некоторое время, нащупывая контакт с внутренней сущностью. Болезнь должна побуждать нас расслабиться, забыть о делах и перейти к глубинному спокойному уровню сознания, на котором мы можем принимать живительную энергию, что необходима нам.

Исцеление всегда приходит изнутри. Когда мы будем спокойны и научимся регулярно смотреть вглубь себя, нам больше не нужно будет болеть, т. к. нашей внутренней сущности не нужно будет таким образом привлекать к себе внимание сознания.

Один из важных элементов креативной визуализации — аффирмация. Это положительная установка на то, что нечто воображаемое уже существует. Аффирмацией может быть служить любая положительная установка — очень общая или очень специфичная. Существует бесконечное количество возможных утверждений.

Мы в своем сознании почти постоянно ведем внутренний диалог, и эти бесконечные комментарии жизни, мира, чувств, наших проблем, других людей и т. д. влияют на чувства и ощущения и окрашивают их, и в конечном счете именно эти мысленные формы притягивают и создают все происходящее.

Аффирмации можно произносить про себя, вслух, записывать или даже петь. Ежедневные, всего лишь десятиминутные занятия могут перевесить стереотипы, приобретавшиеся годами. Шакти Гавэйн утверждает, что чем чаще вы будете

вспоминать, что надо следить за тем, что вы «говорите себе» и выбирать положительные слова и мысли, тем более позитивной станет создаваемая вами жизнь.

Правила составления аффирмаций таковы:

1. Составлять утверждения в настоящем времени. Важно создавать желаемое так, как будто оно уже существует. Ошибочно утверждать: «У меня будет отличная новая работа». Правильнее сказать: «У меня уже есть отличная новая работа». Это осознание факта, что все создается сперва на ментальном плане, прежде чем проявится в объективной реальности.
2. Делать утверждения в как можно более положительной форме, утверждая то, что вы хотите. Ошибка: «Я теперь не просыпаю по утрам». Лучше сказать: «Я теперь просыпаюсь вовремя и каждое утро я полон энергии».
3. Чем короче и проще аффирмация, тем она эффективнее. Утверждение должно быть четкой установкой, оно должно передавать сильное чувство; чем сильнее чувство, которое оно несет, тем сильнее впечатление, производимое на ваше сознание.
4. Всегда выбирать ту аффирмацию, которая полностью подходит вам лично.
5. Создавая аффирмации, надо все время помнить, что вы создаете нечто новое.
6. Аффирмации не предназначены для противостояния вашим чувствам и эмоциям или для их изменения. В то же время они могут помочь вам выработать новый взгляд на жизнь, что позволит вам все больше и больше наслаждаться ею.
7. Используя аффирмации, попробуйте создать чувство веры, убежденности. Вложите в них всю умственную и эмоциональную энергию и временно откиньте все сомнения и колебания.

Типичные ошибки при работе с аффирмациями:

- сомнения или отрицательные мысли;
- механическое прочтение зазубренных утверждений;
- составление утверждений в будущем времени;
- использование негативных формулировок;
- длинные, многословные и теоретические утверждения;
- сопротивление и манипулирование, противостояние своим чувствам.

Продолжайте работать в этом направлении, пока не добьетесь своего или пока не исчезнет желание. Помните, что задачи часто изменяются, не успев реализоваться, и это абсолютно естественный процесс, связанный с изменением и ростом человеческой личности. Поэтому не пытайтесь протянуть работу дольше, чем у вас имеется на это энергии; потеря интереса означает, что надо взглянуть по-новому на то, что вы хотите.

Нужно осознать, что ваша цель изменилась. Нужно четко понять тот факт, что вы больше не интересуетесь старой задачей. Кончайте заниматься старым делом и приступайте к новому, тогда у вас не возникнет чувства поражения, ведь вы лишь поменяли цель.

Когда вы достигли цели, обязательно убедите себя, что задача выполнена полностью.

Три элемента определяют успех созидающей визуализации в каждой конкретной ситуации:

**Желание.** Нужно иметь истинное желание создать то, что вы выбрали для визуализации. Имеется в виду не страстное болезненное желание, а ясное, сильное представление цели. Спросите себя: «Действительно ли я всем сердцем своим желаю достичь цели?»

**Вера.** Чем больше вы верите в поставленную цель и в возможность ее достижения, тем больше у вас шансов достичь ее. Спросите себя: «Верю ли я в свою цель?» и «Верю ли я, что смогу достичь ее?».

**Восприятие.** Вы должны очень хотеть принять и иметь желаемое. Иногда мы ставим себе цель, но в действительности не желаем достичь ее, нам больше нравится процесс постановки цели. Спросите себя: «Действительно ли я хочу иметь желаемое?»

Совокупность этих трех элементов называют намерением. Когда у вас есть полное намерение создать что-либо — т. е. у вас сильное желание, вы полностью верите в достижение цели и вы действительно хотите иметь желаемое, — тогда ваше желание обязательно исполнится, и это обычно происходит очень быстро.

Созидающая визуализация — отличный способ борьбы с разного рода физическими дефектами, которые, как вам кажется, у вас есть или которые действительно существуют. Например, если вы чувствуете себя толстым, то нужно одновременно работать над двумя проблемами:

- Используя утверждения и энергию любви, научитесь любить и ценить себя таким, каким вы уже есть.
- При помощи созидающей визуализации и утверждений начинайте создавать себя таким, каким вы хотите быть — худым, изящным, здоровым и счастливым. Оба упражнения чрезвычайно эффективны и произведут действительные изменения.

Эти два упражнения прекрасно помогают справиться с любыми «проблемами», которые вы находите у себя.

Созидающая визуализация — это отличный инструмент для исцеления, так как она имеет дело с источником проблемы — вашими представлениями и убеждениями. Начните с того, чтобы представьте себя в отличной форме, убедите себя, что ваша проблема полностью решена и вы исцелились. Существует множество различных подходов, вам же нужно найти тот особенный тип утверждений, который приносит вам наибольшую пользу.

Во многих случаях созидательная визуализация является эффективной сама по себе. В других случаях из-за нашей системы убеждений (трудно избавиться от представления, что для исцеления требуется какое-то воздействие извне) необходимо использовать также и другие формы лечения. Пока вы убеждены, что нужно использовать какое-либо лекарство, обязательно используйте его. Оно подействует, если вы хотите этого и верите в это. Но какой бы вид лечения вы ни применяли, от всем известной хирургии до нетрадиционных методов лечения, созидающая визуализация всегда будет полезным добавлением, ее можно использовать вместе с любыми другими видами лечения. Сознательное использование созидающей визуализации необыкновенно ускорит и сделает более гладким естественный процесс выздоровления.

Ниже мы приводим еще несколько упражнений креативной визуализации.

### ***Упражнение 1. «Создание святого места»***

Когда вы начинаете использовать созидающую визуализацию, то первым делом надо создать в себе святое место, куда вы могли бы пойти в любой момент, когда это вам необходимо. Ваше святое место должно идеально подходить для расслабления и успокоения, в нем вы должны чувствовать себя в безопасности, и вы можете создать его по своему желанию.

Займите удобное положение, закройте глаза и расслабьтесь. Представьте себя в каком-нибудь прекрасном уголке на природе. Это может быть любое место, которое вам больше нравится: лужайка, вершина горы, лес, морской берег. Оно может быть даже глубоко в океане или на другой планете. Где бы оно ни было, вам там должно быть удобно, приятно и спокойно. Принимайтесь за исследование окружающей обстановки, подмечая все детали, звуки, запахи и прочие возникающие у вас чувства и впечатления.

А теперь займитесь обустройством этого места, чтобы сделать его обстановку комфортной и домашней. Может быть, вы захотите построить какой-нибудь дом или другое пристанище, а может быть, просто окружите это место золотым светом, который будет защищать вас. Создавайте и расставляйте по местам необходимые вам вещи так, как вам будет удобнее и приятнее.

Можете совершить какой-нибудь ритуал, чтобы обозначить свое святое место.

С этих пор это ваше собственное личное внутреннее святое место, куда вы можете возвращаться всегда, когда закроете глаза и захотите оказаться там. Это место особой энергии, и вы можете посещать его каждый раз, занимаясь созидающей визуализацией.

Может оказаться, что ваше святое место время от времени изменяется независимо от вас, или, может быть, вы захотите внести какие-либо изменения и дополнения. В вашем святом месте вы можете свободно творить, но помните, что оно должно сохранять основные качества — быть местом мира, спокойствия и абсолютной безопасности.

## *Упражнение 2. «Познакомьтесь со своим проводником»*

Вся необходимая нам мудрость и знания находятся в нас. Они доступны нам через интуицию, которая связывает нас со Вселенным разумом. Однако часто нам кажется трудным найти путь к своей высшей мудрости. Лучше всего это сделать, познакомившись со своим внутренним проводником.

Этот внутренний проводник известен нам под многими именами, такими, как советчик, духовный руководитель, воображаемый друг или учитель. Это высшая составляющая нас часть, которая приходит к нам в различных формах, но обычно принимает вид человека, с которым можно поговорить и который относится к нам как мудрый любящий друг.

Приводимое здесь упражнение поможет вам познакомиться со своим духовным проводником.

Закройте глаза и глубоко расслабьтесь. Идите в свое внутреннее святое место и проведите там несколько минут, расслабляясь и настраиваясь. Теперь представьте, что в этом святом месте вы стоите на дороге, уходящей вдаль. Вы идете по дороге, а навстречу вам движется существо, излучающее чистый, яркий свет.

По мере приближения вы начинаете различать, мужчина это или женщина, как он (она) выглядит, какого возраста, в какой одежде. Чем ближе он (она) приближается, тем больше деталей вы видите. Поприветствуйте этого человека и спросите, как его (ее) зовут. Пусть это будет любое имя, которое придет вам в голову, об этом не нужно заботиться.

Теперь покажите своему проводнику ваше святое место. Ваш проводник будет указывать вам на что-то, чего вы никогда до этого не замечали, вы оба будете рады общению друг с другом.

Спросите своего проводника, не хочет ли он (она) сказать вам что-либо или дать вам какой-либо совет. Если хотите, можете задавать какие-то особенные вопросы. Возможно, вы получите незамедлительный ответ, в противном случае не отчайвайтесь, ответ придет к вам позже в той или иной форме.

Когда, насладившись присутствием своего проводника, вы почувствуете, что на этот раз достаточно, поблагодарите его, высказывая ему свое уважение, и попросите его (ее) снова посетить ваше святое место.

Откройте глаза и вернитесь к внешнему миру.

Ваш проводник может время от времени менять форму или имя, а может оставаться неизменным целые годы. В одно и то же время у вас может быть несколько проводников.

Ваш проводник ждет вас всегда, когда вам нужны помощь, поддержка, мудрый совет, знания, творческое вдохновение, любовь или дружба. Многие люди, наладив с ним свои отношения, встречают его каждый день во время медитации.

### **Упражнение 3. «Исцеляющая медитация»**

Сядьте или лягте, дышите и глубоко расслабьтесь. Начав с пальцев, ступней, ног, таза и так далее переводите внимание по очереди на каждую часть тела, расслабляя ее и освобожда-

ясь от напряжения. Почувствуйте, как напряжение уходит из вашего тела.

Если хотите, проделайте медитацию по открытию энергетических центров, чтобы привести в движение энергию.

Теперь представьте золотистый целительный свет вокруг вашего тела... почувствуйте его... ощутите его... наслаждайтесь им.

Если какая-то отдельная часть вашего тела нездорова или вы ощущаете там боль, спросите ее, не хочет ли она послать вам какое-то сообщение. Спросите, что вам нужно сделать в данный момент или вообще в жизни.

Если в ответ вы получите совет, приложите все усилия, чтобы понять его и последовать ему. Если ответа не получите, продолжайте медитировать.

Теперь направьте энергию любви, целительную энергию в ту часть тела, которой она требуется, и почувствуйте исцеление.

Вы можете представлять, что ваш проводник, или учитель, или целитель помогают вам излечиться.

Представьте, что ваша проблема решена, и энергия исходит из вас, или любую картину, которая вам помогает.

Теперь вообразите себе в естественном состоянии отличного здоровья. Представляйте себя в различных ситуациях здоровыми и активными. Вы божественно, ослепительно красивы.

### **Утверждения:**

- Я поборол все болезни. Я свободен и здоров!
- Я излучаю энергию и здоровье.
- Я люблю свое тело и полностью им доволен.
- Я добр к своему телу, и мое тело добро ко мне.
- Я полон энергии и жизненной силы.
- Мое тело сбалансировано и находится в полной гармонии со Вселенной.
- Я благодарен за здоровье, красоту и жизненную силу, которые призывают во мне.
- Я — лучистое проявление Бога. Мои разум и тело божественно прекрасны.

С этих пор всегда, когда вы будете делать эту медитацию, представляйте себя исключительно в хорошем здоровье и в окружении золотистого света. Не направляйте больше энергию на эту проблему, если только вы не почувствуете, что вам нужно еще что-то понять.

### **Упражнение 4. «Медитация для избавления от боли»**

Здесь приводится медитация, которую можно делать с человеком, ощущающим головную или любую другую боль:

Пусть этот человек ляжет, закроет глаза и полностью расслабится. Попросите его на время сосредоточить внимание на дыхании, дышать надо глубоко, медленно и естественно. Пусть он не спеша считает от 10 до 1, с каждым счетом все более расслабляясь.

Когда он полностью расслабится, попросите его представить яркий свет любого цвета, который ему нравится (пусть это будет первый цвет, который придет ему в голову). Попросите его представить этот свет в виде небольшой яркой сферы. Теперь пусть он представляет, как она постепенно разрастается, пока наконец не заполнит все воображаемое пространство. Когда он почувствует это, попросите его представить, что сфера начала сжиматься и опять достигла прежних размеров. Пусть теперь эта сфера сожмется еще больше, примерно до сантиметра в диаметре, и, наконец, исчезнет совсем.

Проделайте это упражнение снова, но пусть теперь большой представит, что этот цвет — его боль.

### **Упражнение 5. «Постановка цели»**

Понять, что вам нужно в жизни, будет легче, если вы используете процесс постановки цели.

Нужно помнить, что, если вы ставите цель, это не означает, что вы все время должны оставаться ей верны. Вы можете менять цели, когда хотите и когда это необходимо.

Помните, что постановка цели не означает, что нужно бороться за нее и прикладывать усилия к ее осуществлению. Не нужно эмоционально привязывать себя к достижению цели. Напротив, постановка цели может помочь вам идти по жизни с большим удовольствием, легче и без усилий.

Цели можно ставить, исходя из того факта, что жизнь — прекрасная и приятная игра. Не нужно воспринимать их слишком серьезно. В то же время нужно придать им достаточно веса и значимости, чтобы показать, что они обладают действительной ценностью для вас.

Может оказаться, что процесс выбора цели вызовет в вас эмоциональное сопротивление. У вас может возникнуть чувство подавленности, безнадежности и сопротивления при мысли о необходимости ставить цель. Или вы можете почувство-

вать желание отвлечь себя едой, сном или чем-то еще. Такие эмоциональные реакции, если они у вас появляются, помогают понять те пути, которыми вы стараетесь избежать того, что вам нужно в жизни. Важно идти вперед, ощутить эти чувства и реакции, пройти через них и продолжить свой путь, встав на который, вы поймете его ценность.

Может оказаться и так, что вам понравится этот процесс, вы найдете, что он интересен и несет просветление. Не придавайте слишком большое значение постановке цели и не усложняйте процесс. Начните с простого и очевидного. Помните, что цели всегда можно изменить.

Возьмите карандаш и бумагу, сядьте и запишите следующие понятия:

- здоровье;
- работа/карьера;
- деньги;
- образ жизни/имущество;
- отношения с людьми;
- творческое самовыражение;
- досуг/путешествия;
- личностный рост/образование.

Теперь под каждым из этих понятий запишите то, что вы хотели бы достичь, изменить или улучшить в ближайшем будущем. Не нужно долго думать — запишите все, что придет вам в голову.

Задача этого упражнения — раскрепостить вас и заставить думать о том, что вы хотите достичь в различных областях вашей жизни.

Возьмите еще один лист бумаги и вверху напишите:

«Если бы я мог быть, кем хочу, делать и иметь все, что хочу, то идеальная ситуация была бы следующей...»

Теперь перечислите те же восемь понятий и под каждым напишите абзац или два (или сколько захотите!), описывая самую идеальную ситуацию, насколько у вас хватит фантазии.

Задача этого упражнения — вывести вас за существующие рамки вашего воображения и действительно позволить вам иметь все, о чем вы могли когда-либо мечтать.

Покончив с этим, добавьте еще одно понятие — ситуация в мире/окружающая среда. Опишите те изменения, которые вы хотели бы произвести на планете в течение вашей жизни, если бы имели достаточно энергии для этого: установить мир во всем мире, покончить с бедностью, превратить школы в

необыкновенные учебные заведения, а больницы в центры истинного исцеления и т. д. Будьте созидательны: может обнаружиться, что у вас возникают интересные идеи, которые никогда раньше не приходили вам в голову.

Теперь заново прочтите все написанное и потратьте немного времени на соответствующую медитацию. Создайте мысленную картину прекрасной жизни в чудесном мире.

Снова возьмите чистый лист бумаги. На основании составленной прежде идеальной ситуации определите и запишите десять или двенадцать наиболее важных в вашей жизни целей — тех, что кажутся вам наиболее значимыми в данный момент.

Помните, что этот список вы можете изменить в любое время (и время от времени это следует делать).

Теперь запишите: «Мои цели на пять лет» — и перечислите все наиболее важные цели, достичь которых вы хотите в течение ближайших пяти лет.

Очень важно записывать свои цели в форме утверждений, как будто они уже осуществились. Это позволяет достичь более четкого, сильного эффекта.

Обязательно записывать именно те цели, которые имеют для вас значение, то, что вы действительно хотите, а не то, что, как вам кажется, вы должны хотеть. Никто посторонний не должен знать о ваших целях, если только вы сами не захотите поделиться ими, и обязательно нужно быть абсолютно честным с собой.

Повторите тот же процесс с целями на один год. Не нужно брать много целей, в таком случае надо отбросить все лишние, оставив пять или шесть наиболее важных. Проверьте, чтобы они соответствовали вашим целям на пять лет — удостоверьтесь, что, выполнив их, вы будете ближе к выполнению своих пятилетних целей.

Теперь напишите цели на полгода, на месяц и на неделю вперед. Они тоже должны быть простыми, и нужно выбрать три или четыре наиболее важных. Будьте реалистичны по отношению к своим ближайшим целям. Удостоверьтесь, что они соответствуют вашим более далеким целям.

Вам может показаться трудным точно определить события в далеком будущем, и при его планировании у вас может возникнуть неприятное чувство. Однако принятие плана не обязывает вас выполнять его; в действительности, коренные изменения неизбежны. Цель этого упражнения:

- попрактиковаться в постановке цели,
- понять, что некоторые наши фантазии могут стать реальностью, если мы хотим этого, и
- увидеть в своей жизни наиболее важные цели и направления.

Основные правила:

1. Ближайшие цели (на неделю или месяц) должны быть простыми и реалистичными. Выбирайте то, в достижении чего вы уверены, если только у вас нет желания рискнуть (а иногда это бывает очень полезно). Чем более далекие цели вы ставите себе, тем живее будет ваше воображение, а ваши горизонты постоянно будут расширяться.
2. Если окажется, что вы не смогли достичь некоторых из своих целей (а это неизбежно произойдет), не критикуйте себя и не думайте, что вы потерпели поражение. Нужно просто понять, что цель не достигнута, и решить, является ли она до сих пор вашей целью, хотите ли вы снова поставить себе такую цель или нет. Чрезвычайно важно разобраться со своими недостигнутыми целями, иначе они будут накапливаться в вашем подсознании, вы будете считать себя «проигравшим», и в результате будете избегать ставить цели.
3. Если окажется, что вы достигли цели, пусть даже она будет маленькой, этот факт вам нужно обязательно заметить. Хотя бы на минуту нужно почувствовать удовольствие и подбодрить себя. Слишком часто, достигая цели, мы даже забываем обратить на это внимание и насладиться победой.
4. Не ставьте себе труднодостижимых целей. Выберите наиболее подходящие для вас. Если возникает чувство подавленности, смятения, потери сил — упростите задачу. Может быть, вы захотите работать над какой-то определенной областью своей жизни, такой, как работа или отношения с окружающими. В конечном итоге этот процесс позволит вам получить от жизни более полное наслаждение.

## *Упражнение 6. Карта ценностей*

Карта ценностей — это действительная, физическая картина, изображающая желаемую реальность. Она имеет большое значение, так как позволяет сформировать ясный и от-

четливый образ, который будет направлять и фокусировать энергию на вашу цель. Ее можно сравнить с проектом строящегося здания.

Карту ценностей можно нарисовать карандашом, красками, а можно составить коллаж из картинок и слов, вырезанных из журналов, книг, открыток, фотографий, различных надписей и рисунков. Главное в том, чтобы карта ценностей изображала вас в идеальной ситуации, достигшим своей цели.

Для создания наиболее эффективных карт ценностей предлагается следующее.

1. Карта ценностей должна описывать определенную цель или определенную область вашей жизни, вы должны быть уверены, что не забыли ни одной детали, но и не усложнили картину. Тогда ваш разум сможет легче и четче сосредоточиться на поставленной задаче. Если вы на одной карте изобразите все свои цели, достичь их будет гораздо труднее. Можно сделать одну карту ценностей для улучшения своих взаимоотношений с другими людьми, другую — о своей работе, еще одну — для своего духовного роста и т. д.
2. Можно сделать ее любого размера. Она может помещаться в записной книжке или висеть на стене. Небольшую карту можно носить в кармане или в бумажнике. Я обычно делаю их на нетолстом картоне, который более практичен, чем бумага.
3. Вы должны обязательно присутствовать на картине. Для большей реальности вы можете использовать свою фотографию, но можно и нарисовать себя. На изображении вы можете быть кем хотите, делать что хотите и обладать тем, что хотите иметь: вы путешествуете по планете, одеты в новую одежду, вы — гордый автор своей новой книги и т. д.
4. Изображаемая ситуация должна иметь идеальную, совершенную форму, как будто она уже существует. Не нужно показывать, как это происходит. Это окончательный результат. Не рисуйте ничего нежелательного или отрицательного.
5. Используйте побольше красок, чтобы усилить влияние на ваше сознание.
6. Изображайте себя в реальной обстановке, она должна казаться вам правдоподобной.

7. Включите в картину какой-либо символ бесконечности, который имеет для вас значение и силу. Это может быть знак «Ом», крест, Христос, Будда, солнце, излучающее свет, или что-либо еще, выраждающее Вселенский разум или Бога. Это признание и напоминание того, что все исходит из бесконечного источника.
8. В карту ценностей включите утверждения. Обязательно запишите космическое утверждение: «То, что нужно мне, гармонично и прекрасно проявляется для меня».

Процесс создания карты ценностей — это очень важный шаг на пути к достижению цели. Теперь вам нужно смотреть на нее по несколько минут ежедневно и почаще думать о ней в течение дня. Это все, что необходимо.

### ***Упражнение 7. «Здоровье и красота»***

Существует очень много способов использования созидающей визуализации для поддержания и улучшения здоровья, физического состояния и красоты. Как и все остальное, мы создаем свое здоровье и привлекательность своими умственными убеждениями; изменив их, а также способ общения со своей сущностью и с миром, можно добиться основательных физических результатов.

**Физические упражнения.** Не имеет значения, какие физические упражнения вы делаете; созидающая визуализация и утверждения помогут вам получить максимум пользы и удовольствия. Созидающую визуализацию можно использовать при выполнении упражнения или в любое другое время, во время медитации или при расслаблении.

К примеру, если вам нравится бег, вообразите себя бегущим быстро, свободно и легко. Во время бега представляйте, что с каждым шагом вы совершаете гигантский прыжок, без усилий покрывая огромное расстояние, почти летите. Во время расслабления утверждайте, что с каждым днем вы становитесь сильнее, бегаете быстрее и находитесь все в лучшей и лучшей физической форме. Представляйте, что вы выигрываете соревнования в беге, если это является одной из ваших целей.

Если вы занимаетесь танцами или йогой, то во время занятий вкладывайте сознание в свое тело, мускулы; представляйте, что они расслабляются и растягиваются, а вы становитесь более гибким.

Используйте созидающую визуализацию для повышения своих спортивных возможностей в вашем любимом виде спорта, представляйте, что вы все более совершенствуетесь, пока не достигнете истинного превосходства.

**Красота.** Не забывайте регулярно заботиться о своем теле. Использование созидающей визуализации может превратить ежедневную программу в ритуал поддержания красоты.

Например, примите горячую ванну или душ, визуализируя, что горячая вода расслабляет, успокаивает и исцеляет вас. Представьте, что все проблемы растворяются водой и смыкаются прочь, остается лишь ваш естественный внутренний свет.

Накладывая лосьон или мазь на лицо и тело, обратите на себя свое внимание и любовь; утверждайте, что ваша кожа становится гладкой и прекрасной. Когда моете волосы, обратите внимание на этот процесс и утверждайте, что ваши волосы становятся густыми, блестящими и здоровыми. Когда чистите зубы, мысленно утверждайте их силу, здоровье и красоту. И так далее.

**Ритуалы приема пищи.** Многие люди имеют негативные представления о пище. Мы боимся, что съедаемая нами пища сделает нас толстыми или нездоровыми. Но мы продолжаем насилию есть ту самую пищу, которой боимся; так мы создаем внутренний стресс и конфликт, и в конце концов создаем то, чего боялись, — излишний вес и болезнь.

Многие люди едят абсолютно бессознательно. Мы так заняты разговорами и мыслями о других вещах, что не можем даже почувствовать восхитительный, приятный вкус и питательность нашей пищи.

Еда — поистине таинственный ритуал, удивительный процесс, превращающий различные формы вселенской энергии в энергию, формирующую наше тело. То, что мы думаем и чувствуем во время еды, является частью этого процесса.

Вот ритуал, который нужно делать по крайней мере раз в день, вне зависимости от того, что вы едите:

Сядьте за стол. На момент закройте глаза, расслабьтесь и глубоко вдохните. Мысленно поблагодарите Вселенную за пищу и всех, кто имеет к ней отношение, включая растения и животных, людей, которые вырастили и приготовили ее для вас.

Откройте глаза и взгляните на пищу, посмотрите, что она из себя представляет, как пахнет. Начинайте медленно есть

ее, наслаждаясь вкусом. Во время еды мысленно говорите себе, что эта пища превращается в необходимую вам жизненную энергию.

Скажите себе, что ваше тело использует все, что ему необходимо, а все, что не нужно, тело отбрасывает. Представляйте, что благодаря этой пище вы становитесь здоровее и прекраснее. Это нужно делать независимо от того, какие убеждения относительно доброкачественности вашей пищи у вас были прежде.

Если это возможно, ешьте медленно, а после еды нужно некоторое время, чтобы насладиться приятным теплым излучением, исходящим из наполненного желудка.

Чем чаще вы будете вспоминать, что нужно таким образом настраиваться на свою еду, тем больше красоты и доброго здоровья вы сможете создать для себя.

Вот еще более простой ритуал. Перед сном, после пробуждения или в любое время дня налейте себе большой стакан прохладной воды. Сядьте, расслабьтесь и начинайте медленно пить. Говорите себе, что эта вода является эликсиром жизни и источником молодости. Представьте, что она смывает прочь всю грязь и дает вам энергию, бодрость, красоту и здоровье.

Несколько хороших утверждений здоровья и красоты:

- С каждым днем я становлюсь здоровее и прекрасней!
- Все, что я делаю, я делаю на пользу своему здоровью и красоте.
- Все, что я ем, улучшает мое здоровье, красоту и привлекательность.
- Я добр к своему телу, и мое тело добро ко мне.
- Что бы я ни делал, я строен, силен и в отличном состоянии.
- Я становлюсь крепче и сильнее с каждым днем.
- Я желаю есть только то, что лучше всего подходит мне.
- Чем больше я люблю себя, тем прекраснее я становлюсь.
- Я неотразим(а) для мужчин (для женщин).

### 3.12. ПСИХОДРАМА

Создатель психодрамы Джекоб Морено (Moreno, 1964) задумывал ее как систему ролевой игры, отражающую внутренний мир человека и социальное поведение. Классическая психодрама — это терапевтический групповой процесс, в кото-

ром используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира пациента. Психодрама, по существу, является таким видом драматического искусства, который отражает актуальные проблемы пациента, а не создает воображаемые сценические образы. В психодраме искусственный характер традиционного театра заменяется спонтанным поведением ее участников.

Именно психодрама является первым методом групповой психотерапии, разработанным для изучения личностных проблем, конфликтов, мечтаний, страхов и фантазий. Она основывается на предположении, что исследование чувств, формирование новых отношений и моделей поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни.

Сегодня психодраматические техники успешно используются не только в медицине: весь ролевой тренинг, все игровые подходы в педагогике выросли из классической психодрамы. Правильно используя ее элементы, можно лечить, учить, воспитывать и стимулировать личностный рост. Можно обнаруживать внутренние конфликты и тут же работать с ними, моделировать будущее, оплакивать утраты и открывать в себе новые возможности.

**Основными компонентами** психодрамы являются: ролевая игра, спонтанность, «теле», катарсис и инсайт.

Ролевая игра — это одно из основных понятий психодрамы. В отличие от театра в психодраме участник исполняет роль в импровизированном представлении и активно экспериментирует с теми значимыми для него ролями, которые он играет в реальной жизни. Второе понятие — спонтанность — было выделено Морено на основе наблюдений за игрой детей. Он считал, что спонтанность — это тот ключ, который поможет открыть дверь в область творчества. Понятие «теле» описывает двусторонний поток эмоций между всеми участниками психодрамы. Катарсис, или эмоциональное освобождение, возникающее у актера в психодраме, представляет собой важную ступень в достижении конечного результата — инсайта, нового понимания имеющейся проблемы.

Основные роли в психодраме — это режиссер, который является продюсером, терапевтом и аналитиком, протагонист, «вспомогательное Я» и аудитория. Психодрама начинается с разминки, переходит к фазе действия, во время которого про-

тагонист организует представление, и заканчивается фазой последующего обсуждения, во время которого психодраматическое действие и возникшие в ходе его переживания обсуждаются всей группой.

**Девять специфических техник психодрамы:** представление самого себя, исполнение роли, диалог, монолог, дублирование и множественное дублирование, обмен ролями, реплики в сторону, пустой стул, зеркало.

*Представление самого себя.* Состоит из коротких ролевых действий, в которых протагонист изображает самого себя или кого-то очень важного для себя. Существуют два основных вида этого метода:

- Описание себя и людей в форме последовательных эпизодов, парад личностей;
- Психодрама в виде серии завершенных ситуаций.

Есть также и метод интервью, когда есть человек, от имени которого отвечают на вопросы.

*Исполнение роли* — это акт принятия роли кого-то другого. Это может быть часть тела, животное, неодушевленный предмет, человек. К протагонисту она обычно не применяется, но существуют три исключения:

- когда используется одна техника как монодрама;
- когда используется техника обмена ролями;
- во время тренинга, когда человека просят принять новую чужую роль.

*Диалог* — это изображение в ролевых играх взаимоотношений между реальными людьми. Вспомогательные игроки — люди, с которыми человек взаимодействует в реальной жизни. Здесь каждый — и протагонист, и вспомогательные игроки — играет самих себя. Часто используется при исследовании конфликтных ситуаций.

*Монолог* — изложение человеком своих чувств, мыслей, как будто он вслух советуется с самим собой, комментирование своих действий в ролевых играх в начале, середине и в конце сцены. Есть две формы монолога: акт полного раскрытия самого себя и сопротивление полному развитию роли. Эта техника разговора с самим собой сочетается техникой дублирования, так как человеку могут понадобиться внешние стимулы для разговора (второй участник исполняет роль дублера).

*Дублирование.* Один из участников играет роль протагониста, как его внутренний голос, «психологический двойник».

Дублер стоит рядом с протагонистом, сбоку от него (с противоположной от зрителей стороны). Нужно добиться ощущения психологического единства с протагонистом. Дублер имитирует его физически с целью как можно глубже погрузиться в роль протагониста; направить свое внимание на физические ключи с тем, чтобы определить их. Задачи дублера:

- имитация физических особенностей, жестов, манер протагониста;
- повторение ключевых слов, достижение ментального, эмоционального сходства с протагонистом;
- чтение между строк и обсуждение скрытых мыслей и чувств;
- фокусирование на страхах, запретах, дилеммах, живущих в протагонисте;
- высказывание гипотез касательно проблем протагониста;
- побуждение протагониста к открытому выражению своих проблем и к прямому соприкосновению с ними.

*Реплики в сторону.* Их цель — извлечение и раскрытие внутренних мыслей, чувств человека. Они вводятся в действие, если протагонист излагает события недостоверно, умышленно скрывает правду. Всегда применяются в сочетании с «исполнением роли» и «диалогом». Обычно говорит в сторону протагонист, но может и другой участник, если в упражнении участвуют жена и другие люди, значимые для протагониста. Тогда все участники могут применять реплики в сторону.

*Обмен ролями.* Два участника меняются ролями — каждый перенимает позу, манеры, психологическое состояние другого.

*Техника пустого стула* — протагонист взаимодействует с воображаемым кем-то или чем-то, представленным одним или несколькими пустыми стульями. Протагонист разговаривает с кем-то в форме монолога или обмена ролями. Потом стул занимает второстепенное лицо, с которым протагонист мог бы общаться, как будто воображаемый кто-то был здесь.

*Зеркало* — разновидность имитации поведения, разработанная для того, чтобы обеспечить протагониста живым зеркалом. Она осуществляется дублером, исполняющим роль протагониста в течение короткого времени, а протагонист наблюдает, удалившись из пространства действия. Иногда дублер преувеличивает некоторые черты поведения протагониста. Эта техника направлена на преодоление сопротивления со стороны протагониста. Протагонист сопротивляется изме-

нениям в двух формах — скрыто и открыто; сопротивления порождают: содержание обсуждаемой темы, терапевт, окружение, терапевтический процесс.

Использование общих техник в конкретной форме «шаг в будущее», «возврат времени», «тест на спонтанность» представляют собой разные измерения универсалии времени; «техника сновидения», «психодраматический шок», «ролевая игра под гипнозом» — различные аспекты универсалии действительности. Проблема заключается в том, как преобразовать три временных измерения в действующие величины. Техника «шаг в будущее» позволяет заглянуть в будущее, «возврат во времени» — в прошлое, «тест на спонтанность» — сфокусироваться на настоящем.

Существует и «тест на нахождение выхода» — протагонист проигрывает ряд фрустрирующих ситуаций, с которыми он может столкнуться во внешнем мире. Цель — устранение или ослабление предвосхищаемых тревог, особенно тех, которые воздействуют на поведение в настоящем.

Более подробно с теорией психодрамы можно ознакомиться в работе «Групповая психотерапия» (Рудестам, 1998).

## ТЕХНИКИ

### *Упражнение 1. «Ролевая игра»*

Это упражнение используется для отработки умений ролевой игры. Им хорошо начинать групповое изучение психодрамы.

Разделите группу пополам, образуя два круга один внутри другого. По сигналу руководителя группы участники внешнего круга движутся по часовой стрелке, а внутреннего — против. По сигналу руководителя участники останавливаются и поворачиваются лицом к партнеру в другом круге. Находящиеся во внешнем круге играют роли полицейских, дающих указания по движению своим партнерам во внутреннем круге, которые играют роли автомобилистов. Участники спонтанно продолжают ролевую игру в течение трех минут, затем в течение двух минут делятся с партнерами своими впечатлениями.

По сигналу руководителя группа опять начинает движение, затем по сигналу останавливается и повторяет процедуру

выбора партнеров. На этот раз участники во внутреннем круге играют роли продавцов, старающихся продать что-то «покупателям» из внешнего круга. Через три минуты участники прекращают игру и делятся впечатлениями.

В этом упражнении могут быть выбраны также роли:

- родственников, которые долгое время не видели друг друга;
- мужчины (женщины), рассказывающего(ей) ничего не знающему другу о недавней смерти своей (своего) супруги (супруга);
- детей, получивших новую игрушку;
- молодых людей, признающихся одному из родителей в своих гомосексуальных наклонностях.

В конце упражнения оставьте время, чтобы группа обсудила свои впечатления, поделилась чувствами и реакциями на разные роли. Некоторые роли имеют большое эмоциональное значение для участников.

### ***Упражнение 2. «Монолог с двойником»***

Это упражнение помогает членам группы развить spontанность и предоставляет возможность попрактиковаться в умении быть двойником. Упражнение может также дать материал для психодраматического представления.

Кто-то вызывается первым встать в центр группы и произнести монолог. Начинайте говорить о своих мыслях, эмоциональных переживаниях, чувствах. Не произносите речь, а просто излагайте вслух свои мысли. Можете свободно двигаться по комнате. Представьте, что вы один в комнате.

Через несколько минут другой член группы по своей инициативе подходит и, не прерывая действия, встает позади произносящего монолог, принимая его позу и повторяя его движения. Постарайтесь представить чувства и мысли произносящего монолог. Не мешайте течению его речи. Вы можете начать повторять каждую фразу непосредственно после того, как ее услышите, а затем постепенно интуитивно постигайте невысказанные мысли и чувства. Обязательно копируйте невербальное поведение произносящего монолог. Через несколько минут пусть вас заменит другой участник. Каждый член группы должен иметь возможность хотя бы один раз поработать двойником.

## Упражнение 3. «Воображаемая социограмма»

Это упражнение исследует взаимоотношения между членами группы, предоставляет им обратную связь относительно восприятия в группе их роли. Оно также дает практику психодраматических представлений и демонстрирует взаимосвязь между ролью и раскрываемыми сторонами самого себя. Информация, получаемая из воображаемой социограммы, может в дальнейшем послужить основой для психодрам.

В психодраме социограмма — это наглядное изображение личного отношения человека к группе, где расстояние обычно показывает, насколько близким ощущает себя человек с другими членами группы. Хотя относительно некоторых взаимоотношений может наблюдаться согласие и наиболее популярный член группы окажется в центре всех социограмм, социограммы участников будут отличаться одна от другой, потому что они основываются на уникальном восприятии каждым участником взаимоотношений в группе. В психодраме социограмма осуществляется на сцене путем размещения членов группы тем способом, который соответствует силе и значению взаимоотношений. Когда размещенные на сцене участники начинают двигаться, социограмма называется деятельной социограммой. Использование воображения и фантазии членов группы позволяет получить воображаемую социограмму.

Один из членов группы добровольно вызывается ставить сцену. Если вы являетесь этим человеком, вы — режиссер. Разместите членов группы на сцене. Определите роли, которые наиболее соответствуют вашим представлениям о них. Разместите действующих лиц, как в живой картине. Для более полной характеристики определите каждому участнику основную тему его высказываний, которые подходят как ему лично, так и его роли. Распределение ролей и определение тем высказываний служит для других членов группы обратной связью относительно восприятия их вами как индивидуумов и как членов группы.

В заключительной фазе упражнения, как только сцена организована, позвольте вашим персонажам, не выходя из своих ролей, спонтанно взаимодействовать друг с другом. В качестве режиссера вы можете в любой момент остановить действие. После того как сцена подошла к концу, каждый участник должен рассказать, что он чувствовал, играя роль или выступая в качестве режиссера, и как воспринимал роль и поведение других участников.

### **Упражнение 4. «Фотография»**

Участникам предлагается вспомнить какую-либо семейную фотографию и затем воспроизвести ее, построив изображение из вспомогательных игроков. Эта техника применяется на ранних стадиях развития психодраматической группы.

### **Упражнение 5. «Создание скульптуры семьи»**

Упражнение используется как в семейной терапии, так и в психодраматических группах для исследования семейных взаимоотношений. Терапевтический метод может применяться для исследования сложностей в отношениях между членами семьи. Упражнение дает также полезный материал для дальнейших психодраматических занятий.

Один из участников добровольно вызывается создать живую картину своей семьи.

Если вы доброволец, выберите участников, которые имеют сходство с членами вашей семьи. Включите в свою семью всех, кто жил с вами, пока вы росли. Расположите членов семьи в характерных для них положениях. Создайте сцену, которая изображает фрагмент взаимоотношений в вашей семье. Например, вы можете расположить свою семью вокруг обеденного стола или, вспомнив случай из жизни семьи, имеющий для вас особое значение, соответственно разместить членов семьи. Информируйте участников, занятых в создании скульптуры, о каждом члене семьи. Используйте дистанцию, чтобы отразить взаимоотношения членов семьи друг с другом. Обязательно включите в сцену себя как члена семьи. Вы можете попросить кого-нибудь из членов группы изображать вас, пока вы ставите сцену.

Когда сцена поставлена, сообщите каждому участнику фразу, характеризующую данного члена семьи. Затем попросите участников поделиться с группой своими чувствами. Обязательно поделитесь чувствами, вызванными опытом, который вы приобрели в этом упражнении.

### **Упражнение 6. «Замена ролей»**

Цель применения техники замены ролей — побудить пациента увидеть другие перспективы и научиться ценить различия между людьми. Этого он достигает, переживая полярности разных ролей и точек зрения.

Замена ролей — это обмен ролями между двумя участниками психодрамы, когда они, уже получив некоторый опыт взаимодействия друг с другом, пытаются войти «в шкуру» друг друга, «вынуть свои глаза и вставить себе чужие», как писал Морено в своем стихотворении по этому поводу, а потом взаимодействовать так, как будто первый стал вторым, и наоборот, тщательно стараясь воспроизвести другого и возвращаясь, если это необходимо, в собственную роль, чтобы конкретизировать, обосновать и усилить свой портрет, изображенный партнером.

Техника замены ролей существует в трех вариантах.

*Классическая замена ролей* — два реальных и присутствующих в данный момент индивидуума обмениваются ролями, так что протагонист играет вспомогательного игрока, и наоборот. Например, двух спорящих игроков меняют местами и просят продолжить спор, но с точки зрения другого. Вернувшись в собственную роль, они могут подправить или детализировать свой портрет, который им «нарисовали».

*Неполная замена ролей* — протагонист играет роль реального, но отсутствующего в данный момент человека. Например, мать исполняет роль своей дочери, которая не входит в состав группы, а роль матери исполняет вспомогательный игрок.

*Социодраматическая замена ролей* — протагонист играет роль отвлеченного или фантастического персонажа, например архетипа, обобщенного другого, снежного человека, Бога, злой колдуньи, идеальной матери, неопытного учителя и т. п.

**«Разогрев» вспомогательного игрока.**

В технике замены ролей необходимо, чтобы игроки усвоили особенности лица, которое они играют, историю его жизни, взгляды на мир, манеры и даже обороты речи.

Как этого добиться — сразу, без репетиций, с людьми, которые не являются профессиональными актерами? По мнению специалистов психодрамы, начиная с самого Морено, профессиональный актерский опыт может скорее повредить психодраме, нежели помочь. Для «разогрева» вспомогательного игрока, играющего роль значимого для протагониста лица, протагонист встает за его спиной, кладет обе руки ему на плечи и произносит монолог от лица этого человека.

Другой вариант «разогрева» — протагонист не рассказывает о роли, а разыгрывает ее, показывая каждую роль в ли-

цах. Такая замена ролей может осуществляться многократно на протяжении психодрамы для того, чтобы вспомогательный игрок понял, какого рода воздействие этот человек оказывал на protagonista и как именно это происходило.

### «Техника стульев».

Вместо молчаливого вспомогательного игрока пустому стулу (или нескольким стульям) придается роль (или роли) значимых людей или частей самого себя (уверенный, застенчивый и т. д.). Стул служит нейтральным вспомогательным игроком, ему легко говорить что угодно и проецировать на него что угодно, и при этом на участников не воздействуют личностные характеристики живых партнеров. Со стулом можно многократно меняться местами, стулья позволяют дать выход эмоциям, их можно толкать, бить, обнимать, пинать. Эта техника полезна по отношению к детям, а также взрослым, чувствительным к присутствию реальных вспомогательных игроков. Режиссер обычно стоит за столом и задает вопросы, касающиеся данной ситуации, чтобы облегчить процесс проекции. С этой же целью можно использовать имена, например, «Агр» для агрессии, «Сно» для снобизма и т. п. Режиссер помогает показывать, какое поведение характерно для стульев с этими именами, двигает стульями, устанавливает эмоциональный тон и задает вопросы по поводу происходящего, стимулируя групповую дискуссию.

«Техника стульев» может использоваться и в тех случаях, когда участник выражает две или более противоборствующих тенденций в какой-либо межличностной ситуации. Стулья используются для того, чтобы представлять собой каждую из альтернатив. Протагонист принимает на себя разные роли, садясь на разные стулья, а режиссер интервьюирует его или ее в каждой из ролей. Эта техника может помочь протагонисту принять решение в значимой ситуации.

Пустые стулья используются в психосинтезе, гештальтерапии, транзактном анализе и других видах психотерапии. Так, например, в транзактном анализе на пустой стул обычно садится «Свинья», особое эго-состояние, которое своей целью имеет мучить нас, не давать нам делать то, что мы хотим, и заставлять нас делать то, чего мы не хотим.

### «Идеальный другой».

Это один из вариантов техники замены ролей. Существующий в действительности значимый для protagonista че-

ловек заменяется фантастическим образом такого значимого человека, какого у него никогда не было, но какого он хотел бы видеть возле себя. Эта техника обычно применяется на стадии завершения психодрамы с целью снижения напряжения.

Морено считал замену ролей движущей силой психодрамы: часто больше всего учишься тогда, когда играешь чужую роль. До сих пор, однако, остается необъясненным тот повторяющийся факт, что игроки в своих взглядах смещаются в сторону игравшейся ими роли, если она была противоположна их собственной, и в то же время в сторону от нее, если она была близка к их собственной роли.

## ***Упражнение 7. «Дублирование»***

Вспомогательный игрок вербализует мысли и чувства, которые протагонист, быть может, затрудняется выразить.

Обычно двойник стоит близко, либо за спиной, либо рядом с протагонистом, с тем чтобы внимательно наблюдать его невербальные проявления.

Время от времени дублер вслух высказывает свои догадки по поводу того, что чувствует, о чем думает и что собирается сказать протагонисту. Тот, от чьего имени говорят, может изменить высказывания дублера, дополняя и уточняя их.

Иногда режиссер вначале сам показывает, как можно продублировать протагониста. Встав сзади и положив ему правую руку на правое плечо, он высказывает за него от первого лица.

Протагонист должен ответить, насколько высказывания дублера совпадают с его истинными мыслями и чувствами. В дальнейшем режиссер в те или иные моменты психодраматического действия, которые ему кажутся подходящими для дублирования, может спросить у членов группы: «Кто-нибудь хочет продублировать его (ее)?» Желающий может подойти в протагонисту, встать сзади и произнести высказывание от его лица. Сразу же после этого режиссер спрашивает протагониста: «Это так?» Протагонист отвечает «да», «нет» или в какой степени «да» и, возможно, добавляет что-либо от себя (его высказывания не ограничиваются ни по форме, ни по объему), а затем, независимо от его ответа, дублеру разрешается снять свою руку с плеча протагониста и сесть на место.

Возможность «дублирования» предоставляется всем же-

лающим последовательно, одному за другим, пока протагонист не согласится с каким-либо дублирующим высказыванием. В дальнейшем «дублирование» может совершаться участниками спонтанно: в момент, когда кому-либо из участников группы покажется, что он мог бы дать нужное для протагониста дублирующее высказывание, он может сам подойти к протагонисту, положить ему руку на плечо и сказать что-либо за него от первого лица. Протагонист откликается на это, оценивая достоверность высказывания, и затем дублер снимает свою руку с плеча протагониста и садится на место, независимо от того, какой ответ дал протагонист.

Задача двойника — дать протагонисту необходимую поддержку через эмпатическое общение с ним. Таким образом, двойник стимулирует, поддерживает, помогает протагонисту различными предположениями и интерпретациями.

### **«Множественные двойники».**

Это еще один вариант техники дублирования, где вспомогательные игроки представляют два или большее количество аспектов личности протагониста: один — самоуверенного коммерсанта, другой — забитого мужа, третий — разгневанного отца. Главная цель этой техники — прояснить дилемму протагониста. Этот вариант напоминает одну из техник психосинтеза, в которой протагонист сам выделяет в себе отдельные субличности — жизненные роли, цели, намерения и актуальные желания, а затем вспомогательные игроки, исполняющие роль каждой из субличностей, окружают протагониста и начинают убеждать его в своей нужности и важности, «бороться» между собой за место, которое протагонист в своей личности им выделяет, за время, которое каждой из них будет уделяться, за право притягивать к себе активность и энергию протагониста и т. п.

### **Упражнение 8. «Зеркало»**

Вспомогательный игрок проигрывает какие-то моменты поведения протагониста, а тот наблюдает за этим, сидя в зрительном зале. Иногда какая-либо характерная черта или особенность протагониста может отражаться в зеркале в преувеличенном виде для того, чтобы он мог изучить ее более подробно.

Режиссер может специально настроить дублеров на то,

чтобы они преувеличивали те эмоции, которые подавляет протагонист.

Техника зеркального отражения позволяет смоделировать новые виды поведения и демонстрирует дисфункциональные аспекты старых форм поведения. Оно расширяет зону психологического видения участника, демонстрируя ему, как его действия воспринимаются окружающими людьми.

Практически техника зеркала может быть использована множество раз на протяжении одной и той же психодрамы. Режиссер может попросить кого-либо из участников: «Встань рядом и покажи, как он это делает». Как показывает опыт, техника зеркала может оказывать обескураживающее влияние на протагониста, если ему и так трудно сконцентрироваться на психодраматическом действии, и может оказаться просто не замеченной им, если он глубоко вовлечен в действие. Вместе с тем «зеркало» эффективно концентрирует, фокусирует внимание зрителей на определенных аспектах поведения протагониста.

Техника «зеркало» может использоваться в любых формах групповой работы, если ее упростить. Например, условному протагонисту можно предложить выполнять какие-либо двигательные упражнения или просто движения, а «зеркало» должно точно и мгновенно воспроизводить все эти движения. У условного протагониста возникает ощущение сконцентрированности внимания другого участника на нем, ощущение связи с другим человеком и значимости своих действий. Эффект усиливается, если протагонист двигается в «галерее зеркал», где его движения повторяют сразу многие участники.

## **Упражнение 9. «Монолог»**

Протагонист вербализует свои мысли и чувства вслух для зрителей. Он выходит из разыгрываемой в данный момент сцены и произносит монолог о том, какие внутренние реакции она у него сейчас вызывает.

Обычно ему предлагается рассказывать о своих проблемах, расхаживая по сцене. Монолог может быть использован как для разогрева протагониста, подготовки его к конфликтной ситуации, так и для его успокоения.

Вариант этой техники — «В сторону». Режиссер останавливает действие, когда это кажется ему необходимым, и спра-

шивает protagonista: какие мысли и чувства вы сейчас переживаете? Эта процедура используется в тех случаях, когда protagonист страшится говорить о своих мыслях и чувствах прямо.

Проговаривание мыслей вслух позволяет участнику отстраниться от эмоциональных реакций и сформировать новый взгляд на свою проблему. Эта техника способствует познавательному инсайту и когнитивной проработке проблемы. Техника монолога противоположна технике физикализации (см. ниже).

### ***Упражнение 10. «За спиной»***

Обсуждение действий, мыслей и чувств protagonista как бы в его отсутствие, хотя на самом деле он находится среди зрителей.

Протагонист сидит на стуле, повернутом спинкой ко всем остальным участникам, и не может принимать участия в обсуждении, а члены группы высказывают свои чувства, свое отношение к нему.

Эта техника похожа на технику зеркального отражения, но отличается от нее более явным подчеркиванием того, как данный участник воспринимается другими людьми.

Опыт применения этой техники в группах психологов и студентов-психологов показывает, что данный метод особенно высоко оценивается теми участниками, которые по разным причинам не чувствовали себя полностью включенными в группу — из-за пропусков групповых занятий, из-за малого знакомства с остальными членами группы, хорошо знакомыми между собой, или вследствие чрезмерной «экспонированности» после участия в психодраматическом эпизоде. Метод «За спиной» парадоксальным образом помогает участнику группы обратиться лицом к группе, а группе — лицом к данному участнику.

### ***Упражнение 11. «Все спиной»***

Протагонист просит членов группы уйти; однако вместо того, чтобы уйти, они все поворачиваются к нему спиной. Протагонист действует так, как будто они действительно ушли, и говорит в адрес каждого члена группы, что он чувствует по отношению к нему.

## **Упражнение 12. «Повернись к нему спиной»**

Смущенный, застенчивый или неуверенный в себе протагонист высказывает свои мысли и чувства членам группы, которые внушают ему страх. Режиссер предлагает протагонисту повернуться спиной к пугающему его человеку и представить себе, что он находится в привычном для него месте наедине с режиссером.

## **Упражнение 13. «Статуя»**

Протагонист выражает свои чувства, взгляды или другие внутренние состояния через зримые образы, составленные из членов группы, которые представляют собой как бы отдельные элементы реальности. Например, каждый член семьи показывает с помощью «скульптуры» момент в будущей жизни семьи, наступление которого он хотел бы испытать, или, напротив, запечатлевает в «скульптуре» тот момент, который его больше всего пугает.

Техника побуждает участников к активному исследованию проблемы, ее конкретизации. Она нацелена на то, чтобы сделать скрытые мысли и чувства явными.

«Скульптура» может быть построена из одного человека, из группы сослуживцев, друзей и т. п.

Процесс построения «скульптуры» не менее важен, чем результат. Так, например, режиссер может обратить внимание на то, что для симпатичных для протагониста фигур он выбирает мягкие стулья, а для амбивалентных — жесткие. Именно поэтому важно, чтобы протагонист сам формировал пространство психодрамы.

## **Упражнение 14. «Сновидения»**

На сцене проигрывается сновидение протагониста, который может, как режиссер, организовать действие так, как оно ему сейчас вспоминается, и выбрать вспомогательных игроков для воспроизведения персонажей сна.

Можно использовать те сновидения, которые приснились участникам в период прохождения ими психодраматической группы, или те, которые часто повторяются или кажутся самому человеку очень значимыми. Вспомогательные игроки могут играть любые предметы, явления и даже абстрактные понятия.

### **Упражнение 15. «Физикализация»**

Под этим термином понимается перевод мыслей и чувств в реальные действия в ходе инсценирования конфликтов, требующих именно такой активной манеры проработки. Физикализация позволяет полнее исследовать свою роль, уточнить свое восприятие проблемы. Она побуждает участника не столько отстраниться от своих чувств и поступков, сколько полнее пережить их, пробудить эмоции и освободить блокированные источники энергии.

Вариант техники физикализации — «Проталкивание». Протагониста просят прокатить или протолкнуть по сцене перед собой часть самого себя, которую он больше всего любит или не любит в себе. Режиссер тщательно наблюдает за его поведением, особенно если в нем проявляются острый гнев или высокая чувствительность.

Вариантом техники физикализации является метод «Материализации». Чувства, желания и их комплексы материализуются в конкретных вещах и событиях — это могут быть материальные ценности или психологические трудности и лишения.

### **Упражнение 16. «Психодраматический бодибилдинг»**

Протагонист выбирает игроков для исполнения ролей различных частей его тела. Режиссер интервьюирует протагониста, временно принимающего на себя роль каждой из этих частей, стараясь определить, как эта часть функционирует и влияет на все остальное тело. Например, режиссер задает «частям тела» такие вопросы:

- «Что ты обычно делаешь для этого тела?»
- «Ты активна?»
- «Тебя замечают?»

Опросив одну часть, режиссер переходит к другим частям, пока не будет построено все тело. Когда тело готово, протагониста просят отойти в сторону и наблюдать, как взаимодействуют разные части. Затем режиссер предлагает протагонисту определить те части, которые его не удовлетворяют, и перестроить их для достижения большей гармонии. Можно также разыграть ситуацию, в которой части будут действовать совсем по-иному. На стадии обмена чувствами внимание концентрируется на телесных нарушениях и затруднениях.

## **Упражнение 17. «Самореализация»**

Членам группы предлагается представить себе свои жизненные планы, а затем эти планы инсценируются с помощью вспомогательных игроков.

## **Упражнение 18. «Запредельная реальность»**

«Запредельная реальность» — это расширение ситуации за пределы обычных пропорций, свойственных для нее, чтобы позволить субъекту и группе рассмотреть проблему «вблизи», лучше узнать ее. Воображение и игра — главные методы исследования запредельной реальности протагониста.

Для возникновения «запредельной реальности» можно использовать какой-нибудь значимый объект, например часы, картину, плюшевого мишку. Протагонисту предлагают «стать» этим значимым для него предметом и затем интервьюируют его в этой роли.

## **Упражнение 19. «Круг давления»**

Протагониста окружают другие члены группы, сцепившиеся друг с другом руками, и не позволяют ему вырваться из круга. Круг символизирует давление и гнет, которые испытывает протагонист. Он получает от режиссера инструкцию прорваться любым возможным способом. В другом варианте техники используются стулья, обозначающие значимых других. Протагонисту самому предлагается построить круг из стульев и обозначить, кого или что будет изображать каждый из стульев. Протагонист должен отодвинуть стулья, куда захочет, для того, чтобы освободиться из гнетущего круга. Эту технику называют иногда техникой «Прорыва вовне».

## **Упражнение 20. «Круг утешения»**

Эту процедуру чаще всего проводят вслед за сценой горя, отчаяния, трагедии. Члены группы окружают протагониста, выражая ему любовь и сочувствие — как вербальными, так и невербальными средствами (объятия, поцелуи, прикосновения). Эта процедура может использоваться и на заключительной стадии психотерапии.

## **Упражнение 21. «Барьер»**

Члены группы формируют стену, отображающую внутренние барьеры протагониста, отделяющие его или ее от значимого для него лица. Протагониста настраивают на то, что-

бы прорваться сквозь стену и встретиться с человеком, находящимся по ту сторону стены. Эту методику иногда называют техникой «Прорыва вовнутрь».

Вариант этой техники, «Реагирующий барьер», применяется для развития общения. Между протагонистом и значимым другими (или другими) помещается символическая стена из вспомогательных игроков. Каждому вспомогательному игроку в стене назначается особая задача коммуникационного блока, и каждая положительная реакция продвигает протагониста ближе к значимому другому, в то время как каждая негативная реакция увеличивает расстояние до него. Главной целью этой техники является прояснение взаимодействия со значимыми другими, а не достижение катарсиса.

### ***Упражнение 22. «Высокий стул»***

Протагониста сажают на стул, расположенный так, что он или она начинает ощущать себя выше остальных членов группы. Другой вариант: протагониста могут попросить встать на стул, чтобы чувствовать себя более сильным в процессе взаимодействия с авторитетными фигурами.

### ***Упражнение 23. «Судилище»***

Используется для развития у протагониста способности прощать, если он сильно разозлен на какого-либо человека (значимого другого). Протагониста просят выбрать вспомогательного игрока на роль Бога. Бог «относит» протагониста в сторону и сообщает ему, что он умер и покоится на небесах. Затем он предлагает ему принять на себя ответственность за решение о том, будет ли допущен на небеса значимый другой, на которого так зол протагонист. Эта техника воспроизводится и в других конфликтных ситуациях данного протагониста с его значимым другим до тех пор, пока не будет достигнуто какое-либо решение.

### ***Упражнение 24. «Взрывная психодрама»***

Этот метод основан на идее о том, что сильная эмоциональная реакция является необходимой для возникновения какого-либо изменения. Для достижения такой реакции воспроизводится окружение, в котором она впервые появилась, и предпринимается попытка вызвать ответ, пробуждающий

эмоцию или провоцирующий тревогу. В ходе психодраматической сессии условные стимулы, то есть те события, которые вызывают эмоциональное возбуждение, проигрываются протагонистом (возможно, и неоднократно) для того, чтобы теперь они могли связаться с более безопасным окружением, вследствие чего наступает угасание тревожных реакций. В ходе этой процедуры, которую называют также техникой «Психодраматического шока», протагонист проигрывает травматическую сцену много раз, пока она не утратит своей негативной силы.

### 3.13. ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Танцевальная терапия как отдельное направление оформилась примерно в 50 — 70-х годах XX столетия (Рудестам, 1998). Она позволяет проводить групповые и индивидуальные занятия, на которых можно решить свои личностные проблемы, связанных с отношениями с другими людьми, тревогами и страхами, кризисными жизненными ситуациями, потерей жизненного смысла, непониманием себя. Существует и семейная танцевальная терапия, где можно решить семейные проблемы; есть детские группы для дошкольников и школьников, развивающие творческие способности, коммуникативные навыки ребенка, помогающие подготовиться и адаптироваться в школе. Существуют уникальные программы для детей (детско-родительские группы), корректирующие дисгармоническое развитие ребенка (задержка психического развития, минимальная мозговая дисфункция и т. д.). В группах и индивидуально ведется работа с людьми, страдающими различными психогенно обусловленными функциональными нарушениями и психосоматическими заболеваниями. Танцевальная терапия используется как способ подготовки супружеских пар к родам и роли родителей, а также для послеродовой поддержки — специальные группы для малышей от 0 до 3 лет и их мам. Ведется также работа с людьми, страдающими посттравматическими расстройствами, с детьми-инвалидами, беженцами.

К танце-терапевту прежде всего обращаются люди (их иногда называют кинестетиками), для которых движение является способом переработки информации. Им, чтобы полностью

что-нибудь понять, необходимо ощутить это в теле и найти выражение этому в движении. Для них движение — это способ самовыражения, самопознания и развития (Бирюкова, 1998).

Это могут быть и люди другого склада (можно выделить аудиальный и визуальный типы), которые на определенном этапе своей жизни стали понимать, что для того, чтобы решить свою проблему, им надо обратиться к своему телу, научиться понимать его язык и вступать с ним в диалог.

Их всех может объединять то, что в определенный момент эти люди начинают чувствовать, что они не целостны, что они потеряли контакт с собой или хотели бы изменить качество этого контакта. Психологически потеря контакта с собой тождественна потере контакта с телом.

К потере контакта с телом приводят:

1. Любой рода физическое, эмоциональное или психологическое насилие.
2. Ранние детские болезни, трудные роды, дефекты при рождении, травмы тела, которые ребенок не мог контролировать.
3. Другие травмы тела, включая несчастные случаи и хирургические вмешательства.
4. Плохие ранние объектные отношения, где «отзеркаливание» родителями, так необходимое ребенку для развития здорового ощущения себя, было неадекватны.
5. Неадекватные или нарушенные границы в межличностных отношениях членов семьи.
6. Критика и чувство стыда, которые родители проецируют на ребенка, когда они сами не в ладах со своим телом. Эти чувства могут быть вызваны также отвергающим или вторгающимся родителем.
7. Раннее оставление или игнорирование ребенка. Ощущение ребенком того, что его тело или личностные особенности не соответствует культурному идеалу или семейному стилю.
8. Религиозное обесценивание чувственности, потребности и роли тела как наиглавнейшей основы нашего восприятия, точки зрения и доступа к миру ощущений.
9. Выживание в катастрофах, стихийных бедствиях, войнах.

Танцевальная терапия в группах подразумевает решение по меньшей мере пяти задач:

1. Углубление осознания членами группы собственного тела и возможностей его использования. Это не только улучшает физическое и эмоциональное состояние участников, но к тому же может служить развлечением для тех из них, чьи моторные функции и без того в относительном порядке.
2. Усиление чувства собственного достоинства у членов группы путем выработки у них более позитивного образа тела. Пациенты с серьезными нарушениями могут испытывать затруднения при проведении границы между собственным телом и объектами окружающей среды. В таких группах цель танцевальной терапии — создание у участников адекватного образа тела. Танец позволяет сделать образ своего тела более привлекательным, что напрямую связано с более позитивным образом Я.
3. Развитие социальных навыков посредством приобретения участниками соответствующего и притом приятного опыта. В группах, состоящих из людей, имеющих психологические проблемы, может потребоваться обучение элементарным навыкам общения. Неспособность адекватно выражать свои эмоции обычно ярче всего проявляется у психотических пациентов. Танцевальные движения в данном случае представляют собой относительно безопасное средство связи с окружающими во время обучения социально приемлемому поведению. В группах, состоящих из практически здоровых людей, танцевальная терапия создает условия для творческого взаимодействия, позволяет преодолевать барьеры, возникающие при речевом общении.
4. Помощь членам группы вступить в контакт с их собственными чувствами путем установления связи между чувствами и движениями. При творческом подходе танец приобретает экспрессивность, позволяющую высвободить подавляемые чувства и исследовать скрытые конфликты, которые могут быть источником психического напряжения. Здесь психодинамическое понятие катарсиса распространяется на танец, поскольку его движения высвобождают скрытые чувства, а это имеет прямой терапевтический смысл. Танцевальные движения не только экспрессивны, но и обладают способностью снимать физическое напряжение, в особенности, если они включают раскачивание и растяжку.

5. Создание «магического кольца». Занятия в группе танцевальной терапии подразумевают совместную работу участников, игры, исследования и эксперименты с жестами, позами, движениями и другими невербальными формами общения. Все это способствует приобретению участниками группового опыта, компоненты которого на бессознательном уровне образуют замкнутый устойчивый комплекс — «магическое кольцо».

Танце-двигательная терапия — это единственный вид терапии, где используется очень много свободного пространства. Танце-терапевт постоянно работает с собственным телом, используя его как инструмент, с помощью которого он знакомится с невербальным миром пациента.

Танце-терапевт концентрируется на взаимоотношениях терапевт — пациент, пациент — пространство, осознанные движения — неосознанные. Танцевальный терапевт выступает партнером по танцу в групповом занятии, режиссером событий, катализатором, облегчающим развитие участников через движение. Важной функцией танцевального терапевта является создание безопасной окружающей среды для того, чтобы участники могли свободно вступать в контакт, исследовать и понимать себя и свое взаимодействие с другими. Руководитель группы внимательно относится к невербальной коммуникации участников и старается эмпатически отвечать им для установления эффективных терапевтических взаимоотношений.

Эмпатия в группах танцевальной терапии выражается в основном на физическом уровне. Танцевальный терапевт демонстрирует эмпатию, зеркально отражая движения пациента в танце. Спонтанные движения индивидуума отражаются, расширяются и развиваются терапевтом. В каждом случае пациенты выражают свои внутренние конфликты, а терапевт отвечает движениями, означающими принятие и понимание и дающими возможность пациентам изменить их стереотипы поведения. Когда группа разминается, раскачивается или двигается, терапевт предпринимает усилия для установления контакта с участниками, вызывая их на «разговор» с помощью отражения их движений.

Большинству пациентов-невротиков спонтанные движения помогают включиться в игру, но для пациентов с сильными нарушениями, только начинающих устанавливать контакт с реальностью, спонтанные ответы могут казаться слишком

угрожающими. Им больше подходят структурированные упражнения.

В некоторых структурированных упражнениях подчеркиваются раскачивающиеся движения; в других делается акцент на размещении и управлении; третьи фокусируются на расслаблении и концентрации с помощью дыхания; четвертые поощряют движения в пространстве. Первые несколько минут занятия часто занимает период разминки, помогающий участникам приготовить свои тела к работе наподобие того, как оркестр настраивает инструменты перед выступлением.

Разогрев помогает включиться в группу, лучше почувствовать свое состояние, сконцентрироваться. Эмоциональные состояния участников группы более полно выражаются и развиваются на телесном уровне, интегрируя мысли, чувства и действия. В результате разогрева участники группы обычно чувствуют расслабление, координированность и готовность двигаться. Разогрев также способствует началу осознавания своих чувств и мыслей и их связи с телом и движениями. Например: вытягивание плеч и рук может развиться в толкающее движение, связанное с желанием вытолкнуть что-то прочь, неприятную ситуацию или человека, с кем это связано. Повторяя и усиливая движения, терапевт помогает каждому участнику осознать чувства через обратную визуальную связь. Двигательное поведение расширяется в танце, помогая осознаванию конфликтов, желаний, и может способствовать проживанию негативных чувств и освобождению от них. Здесь терапевт должен быть очень чувствительным к происходящему в группе, чтобы исключить эмоциональную и физическую перегрузку, которая ведет к сопротивлению работе. Терапевт помогает привести процесс движения к завершению с помощью вербальной обратной связи. Эта стадия способствует интеграции физического, эмоционального и когнитивного компонентов структуры Я.

Танце-терапевт выявляет и развивает текущие эмоциональные и психологические темы, соотнося их с личной историей каждого. Одной из главных тем групповой работы является тема под названием «Как быть собой, находясь в контакте с другими людьми».

Раньше танце-двигательная терапия почти всегда применялась по отношению к людям с тяжелыми нарушениями. Сегодня же она все больше ориентируется на работу со здо-

выми людьми, имеющими психологические затруднения, с целью развития у них самопринятия, эффективного межличностного и группового взаимодействия, самоактуализации, интеграции частей Я. Поэтому все больший интерес приобретают именно социально-психологические аспекты танце-двигательной терапии. Существуют три основные области работы танце-терапевта:

- тело и движения,
- межличностные отношения,
- самосознание.

Целью терапии в первой области является активизация тела для того, чтобы помочь пациенту полностью обнаружить напряжения и конфликты, развить больше возможностей тела для получения опыта чувства телесной интеграции и координации.

Во второй области танце-терапевт устанавливает базовый уровень коммуникации через использование ритма и прямого физического взаимодействия. Групповой опыт позволяет увеличить степень самосознания через визуальную обратную связь, которую человек получает через наблюдение за движениями других людей. Наблюдая, как чувства выражаются через тело у других, участник группы может начать идентифицировать и обнаруживать свои собственные чувства. Микрокосм, представленный в группе, дает участнику группы возможность получать и давать обратную связь и расширить поведенческий репертуар социально-психологических ролей.

В третьей области цели сгруппированы вокруг идеи о том, что осознанный телесный опыт благоприятствует и углубляет самосознание. Прямое выражение особенностей индивидуальности возможно через тело. Это физический опыт действия мышц выступает как быстрый путь познания и получения опыта о себе, развивает «Я-концепцию» и способствует повышению самооценки.

Танцевальная терапия — вид психотерапии, в котором психотерапевт использует движение как основное средство для достижения терапевтических целей. Частью задачи терапевта является обращение к спонтанному, или естественному, репертуару движений членов группы с целью его усовершенствования и расширения.

Различие между направлениями танцевальной психотерапии состоит в расстановке акцентов на следующих целях:

- наиболее полное самовыражение личности;
- стимуляция творческого начала личности;
- катарсическое высвобождение подавляемых эмоций и отношений;
- создание более положительного образа тела у участников группы. Принятие тела;
- развитие экспрессивного репертуара участников группы по пути гармонизации, астереотипизации, индивидуализации. Расширение сферы осознания членами группы своего тела;
- становление более индивидуализированного самовосприятия;
- развитие членов группы как субъектов невербального общения;
- коррекция системы отношений личности;
- коррекция отношений в группе.

Реализация поставленных целей в танцевальной терапии достигается с помощью следующих методических приемов:

- использование преимущественно спонтанного, неструктурированного танца для самовыражения и выражения отношений;
- целенаправленный выбор музыки (как терапевтом, так и самими участниками);
- кинестетическая эмпатия;
- ритмическая синхронизация,
- экспериментирование с движением;
- работа с «мышечным панцирем»;
- целенаправленный выбор темы танцевального упражнения;
- обратная связь.

Помимо рассмотренных выше методов танцевальной терапии, к ней иногда относят методы контактной импровизации.

Упражнения по контактной импровизации и композиции являются простым и наглядным обучением метаструктурам взаимодействия: присоединению, противодействию (контрасти) и комплементарности (дополнительности). Упражнения на групповую импровизацию развивают целостное видение ситуации в динамике и своего места в ней. Многие упражнения направлены на то, чтобы сохранять определенное состояние в меняющихся условиях и этот навык сохранения состояния достаточно легко переносится на жизненные ситуации.

Главной задачей является освобождение пациентов от негативного опыта и комплексов, связанных с недооценкой, боязнью или бесчувственностью своего тела, через реализацию сверхзадачи — «возврата» к собственному телу, его обретения. Кроме этой главной задачи достигается также освобождение суставов и мышц от боли и напряжения, а также улучшение работы тела во всех возможных жизненных ситуациях. Чаще всего контактная импровизация является последовательностью импровизированных движений, как правило, из арсенала авангардистского танца. Эта последовательность возникает в результате интуитивного взаимодействия двух или более танцоров с целью исследования изменения динамики движения между ними.

### ТЕХНИКИ

#### *Упражнение 1. «Отображение»*

Упражнение поощряет осознание тела, творческое движение и межличностную эмпатию. Оно дает опыт и руководства, и следования за кем-то.

Все члены группы делятся на пары. В каждой паре один участник становится ведущим, а другой — ведомым.

Встаньте лицом к лицу и смотрите друг другу в глаза. Если вы лидер, начинайте делать какие-нибудь медленные, изящные движения руками, ногами, головой и торсом. Во время движения осознавайте свое тело и чувства. В течение всего упражнения смотрите партнеру в глаза и старайтесь осознавать его.

В качестве ведомого отражайте движения своего партнера — как будто вы его зеркальный образ. Например, если партнер вытягивает правую руку, вытягивайте левую. Пусть партнер руководит тем, куда и как вы двигаетесь. Стадайтесь ни о чем не думать. Пусть вас «ведет» ваше тело. Примерно через пять минут поменяйтесь ролями. По окончании задания поделитесь своими чувствами с партнером.

#### *Упражнение 2. «Животные»*

Упражнение предусматривает символическую ролевую игру и творческое взаимодействие с другими членами группы.

Выберите любое млекопитающее, рептилию или птицу. В течение двадцати минут вы должны быть этим животным, переняв его форму, движения и звуки. Вероятнее всего, одно

и то же животное выберет не один участник. Не объявляйте о своем выборе. Ползайте, прыгайте, скачите и «летайте», изображая это животное. Спонтанно взаимодействуйте с другими. Подходите к заданию творчески и старайтесь выразить такие стороны своей личности, которые, может быть, нелегко выразить в вашей обычной жизни. Шумите, осознавайте чувства, возникающие у вас, будь то страх, гнев или любовь. В заключение поделитесь своими впечатлениями с остальной группой.

### ***Упражнение 3. «Следование за ведущим»***

Это упражнение дает возможность быть и ведущим, и ведомым в маленькой группе.

Поделите большую группу на более маленькие — по четыре-пять человек. Каждая группа выстраивается в ряд. Участник, стоящий впереди, является ведущим.

В качестве ведущего спонтанно и творчески двигайтесь по комнате. Экспериментируйте с различными импровизированными движениями тела. Остальные члены группы должны следовать за вами, сохраняя ряд. Через несколько минут перейдите в конец своей маленькой группы, чтобы стоящий за вами в ряду участник стал ведущим. Выполняйте упражнение до тех пор, пока каждый участник не получит возможность хотя бы раз стать ведущим группы, внося в нее свой особый стиль, свои движения.

### ***Упражнение 4. «Свободный танец»***

Упражнение дает каждому участнику возможность экспериментировать с танцевальными движениями перед другими. Этим упражнением хорошо заканчивать занятия в группах танцевальной терапии.

Группа садится в круг. Один участник выходит в центр круга и танцует. Не заботьтесь о том, чтобы быть «хорошим» танцором. Не соревнуйтесь с другими. Двигайтесь свободно и спонтанно, следя за своим телом. Через несколько минут закончите упражнение, сядьте и пригласите кого-нибудь заменить вас. Продолжайте так до тех пор, пока каждый желающий не использует возможность исполнить свой свободный танец. Упражнение может быть завершено участием всей группы в «свободном танце».

### 3.14. ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Телесно-ориентированная психотерапия является одним из основных направлений современной практической психологии. Ее называют также соматической психологией. Это синтетический метод «исцеления души через работу с телом», с запечатленными в теле переживаниями и проблемами человека. Он особенно эффективен для лечения психосоматических заболеваний, неврозов, последствий психических травм (травмы развития, шоковые травмы) и посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных состояний.

Общей основой методов телесно-ориентированной психотерапии является использование контакта терапевта с телом пациента, основанное на представлении о неразрывной связи тела и духовно-психической сферы. При этом полагается, что неотреагированные эмоции и травматичные воспоминания пациента вследствие функционирования физиологических механизмов психологической защиты запечатлеваются в теле. Работа с их телесными проявлениями помогает по принципу обратной связи проводить коррекцию психологических проблем пациента, помогая ему осознать и принять вытесненные аспекты личности, интегрировать их как части его глубинной сущности.

Все, что происходит в душе человека, оставляет отпечаток в его теле. Наше сознание и бессознательное в 90% случаев говорят не словами, а сигналами тела. В любой момент жизни состояние тела человека — это воплощенная история пережитых и переживаемых им эмоциональных и физических травм, накопленного жизненного опыта, взглядов и представлений, недомоганий и заболеваний. Телесно-ориентированная терапии представляет собой уникальный и эффективный способ личностного роста и целостного развития человека, помогающий связать воедино его чувства, разум и телесные ощущения, восстановить утраченные и простроить отсутствующие взаимосвязи между ними, создать условия доверительного и полного контакта человека с жизнью его тела.

Работа с телом создает уникальные возможности терапевтического воздействия «вне цензуры сознания», что позволяет обнаружить истинные истоки наболевших проблем, получить доступ к глубинным уровням бессознательного, представленного в теле.

Гродек — один из основателей традиции телесно-ориентированной психотерапии — писал о том, что за проявлениями болезни видны глубоко скрытые шифры бессознательного, имеющие открытый выход в соматику. Важно также и то, что телесно-ориентированная психотерапия способствует выведению на уровень осознания тех глубинных аспектов скрытого бессознательного процесса, происходящего между пациентом и терапевтом, которые обычно неразличимы и мало доступны для работы в «вербальных» методах терапии. В различных направлениях телесно-ориентированной психотерапии многолетние теоретические и практические исследования посвящены изучению языка стрессов и травм, их влияния на состояние тела и души, разработаны способы их исцеления, специальные методики и техники, теория и практика психосоматической коррекции личности. При этом важно, что соматические симптомы психических травм понимаются как телесные проявления переживаний и поведения человека. Телесно-ориентированная психотерапия направлена не на их устранение, а на то, чтобы сделать их доступными переживанию и осознанию, соотнося ставшие невротическими или патологическими чувства и поведение с жизненными представлениями, смыслами и ценностями человека.

В телесно-ориентированной психотерапии прикосновение — это один из основных методов работы. В области прикосновения создается зона повышенного осознанного внимания. Прикосновения помогают лучше ощущать свое тело, соприкоснуться с глубокими и истинными чувствами, с внутренними ресурсами здоровья и развития. Искусство прикасаться и принимать прикосновения — это путь к контакту с «внутренним ребенком», к расширению возможностей телесно-чувственного осознавания себя и мира, к углублению чувства Я.

Чрезвычайно важен тот факт, что тело является фундаментальной ценностью человеческой жизни и имеет первостепенную значимость в жизненных процессах. Тело — это изначальная данность в жизни родившегося ребенка. Развиваясь, именно свое тело он прежде всего вычленяет из реальности. Позже тело структурируется, как основа личности и ее сознания и воспринимается как Я. Именно телесно-чувственный опыт становится фундаментом психического развития и самопознания. Это верно и в филогенетическом, и в онтогенетическом аспекте.

В любой момент жизни тело воплощает особенности личности, ее психологических проблем и конфликтов. Эмоционально значимые переживания «врастают в память тела» и фиксируются в нем. Тело запечатлевает маски и роли, избранные как способы защиты от тяжелых переживаний, обретает «мышечный панцирь», узлы и зоны хронических напряжений и зажимов. Они блокируют жизненную энергию, эмоции, силы, способности; ограничивают подвижность и ресурсы жизненности тела; снижают качество жизни и полноценность самой личности; ведут к заболеваниям и старению.

Подавляя опасные либо негативные чувства и переживания тела, мы приходим к внутренним конфликтам, когда эмоции «отсекаются» от движения и восприятия, действия — от мышления и чувств, понимание — от поведения: чувствую одни, думаю другое, делаю третье.

Используемые в телесно-ориентированной психотерапии методы могут быть сведены в следующие основные группы:

1. Телесный опыт как необходимая составляющая человеческого существования, условие его полноты и цельности;
2. Физическое здоровье как общий энергетический фон и предпосылка успешного решения личностных проблем;
3. Тело как своеобразное воплощение структуры личности и психологических проблем;
4. Тело как канал и способ «аргументации» и воздействия на личность;
5. Использование тела в целях самопознания, самовоспитания;
6. Телесный опыт как средство формирования эзотерического сознания и эзотерической личности.

Более подробно с теориями телесно-ориентированной психотерапии можно знакомиться в работах (Бреннан, 1997; Брукс, 1997; Райх, 1997, 1999; Рудестам, 1998; Лоуэн, 1996; 1997; 1998; 1999; 2000; Сергеева, 2000; Фельденкрайз, 1997; 2000; Якубанец, 2000).

### **Работа с телом в биоэнергетике А. Лоуэна**

Напряженная мышца снижает уровень энергии, блокирует подвижность, а также ограничивает уровень экспрессии человека. Работа с телом включает массаж, специальные напряженные позы, дыхание, катартические техники.

### Техника 1. «Диагностика блоков»

Пациент укладывается на кушетку на спину. Осматривается:

1. Его дыхание — дышат ли грудь, живот, и входит ли его дыхание в таз;
2. Насколько грудная клетка податлива надавливанию;
3. Насколько человек способен сознательно дышать животом (терапевт кладет свою руку на живот пациента и просит, чтобы тот подышал «под руку»);
4. Ощупывается грудь и живот — определяется степень болезненности или ощущение щекотки, насколько живот «выпущен» и т. п.;
5. Интенсивно прощупываются бедра — определяется степень болезненности или ощущение щекотки. Определяется степень напряженности мышцы или ее «киселеобразность». И напряженная, и «киселеобразная» мышцы являются блокированными в смысле прохождения энергии;
6. Анализ блокированности ягодичных мышц (техника та же);
7. Анализ напряжений мышц задней части шеи и надплечий. Важно проверить напряжение паравertebralных мышц шейного отдела позвоночника, особенно в месте соединения шеи с черепом (техника проверки, как в п. 4);
8. Горловые зажимы. Они проявляются в тихом, высоком голосе, частом ощущении «комка» в горле, спазмах горла при волнениях, достаточно часто подташнивании при трудности инициации рвоты с помощью корнеязычного рефлекса;
9. Диагностика напряжений круговых мышц рта. При привычном хроническом напряжении этих мышц это напряжение не осознается. При пальпации верхняя и нижняя губы напряженные, губы плотно сомкнуты, имеются специфические круговые морщины вокруг рта;
10. Диагностика напряжений жевательных мышц (как в п. 4);
11. Диагностика напряжений круговых мышц глаз. Наличие радиальных морщин, затуманенного взора, «неживых» глаз, отсутствие слез при плаче — признаки глазного блока.  
В позе стоя проводится:
12. Анализ блокированности таза — подвижность таза вперед-назад при дыхании, вхождение дыхания в таз. Предлагается следующее упражнение: встать, слегка согнув колени, стопы строго параллельны на расстоянии 25 см, тяжесть тела на основании пальцев ног. Нужно отставить таз назад

как можно дальше, еще немного сгибая ноги в коленях, и сделать движение, имитирующее освобождение кишечника. В этом случае расслабляются мышцы тазового дна. Затем мышцы тазового дна сокращаются. Человек может не чувствовать разницу между сокращением и расслаблением мышц тазового дна, и это — свидетельство напряженности этих мышц. Многие люди в этом упражнении ощущают неловкость — страх опозориться. (Некоторые женщины испытывают подобные чувства в ситуации интимной близости.) Или человек начинает чувствовать, что лишь сознательное усилие освобождает мышцы тазового дна, которые затем самопроизвольно сокращаются. Генезис напряжений мышц тазового дна связан либо с ранним приучением к чистоте, либо с ранними мастурбационными запретами, либо может относиться к мастурбационным запретам пубертатного периода;

### 13. Оценка уровня укоренения (об этом см. ниже).

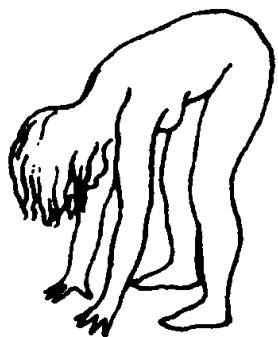
Опишем ряд упражнений, выполнение которых дает возможность человеку осознать и напряженные мышцы, и то, как эти напряжения ограничивают дыхание, и редуцировать напряжения.

#### Техника 2. «Заземление»

##### *Упражнение 1. «Усиление укоренения и вибрации»*

Стопы на расстоянии около 45 см друг от друга, легко развернуты внутрь так, чтобы почувствовать ягодичные мышцы. Нужно прогнуться вперед и коснуться пола пальцами рук (не ладонями). Колени слегка согнуты. Вес тела на основаниях больших пальцев ног, руки расслаблены. Голова опускается как можно ниже, подбородок опущен. Дыхание ртом, свободное и глубокое. Это упражнение выполняется в течение как минимум 25 дыхательных циклов и постепенно доводится до

60. Через какое-то время ноги начинают дрожать, что означает прохождение через них волны возбуждения. Если дрожи нет, то ноги слишком напряжены. В таком случае можно спровоцировать дрожь медленным сгибанием и выпрямлением ног. Движения должны быть небольшими: их цель — расслабление коленей.



Существует два условия хорошего укоренения:

1. Эластичность коленей как «амортизаторов тела». Если на тело сверху действует какая-то сила, колени должны немножко сгибаться — тогда нагрузка приходится на поясницу. Психологические стрессы действуют на организм аналогичным образом.
2. «Выпущеный живот». Для многих людей «выпустить» живот очень трудно. Это противоречит их представлениям о подтянутости (втянутый живот и выпяченная грудь). Это установка солдата, который должен функционировать, как автомат. Напряженный живот связан с подавлением сексуальности, печали и т. п. и затрудняет брюшное дыхание. «Выпускание» живота очень неприятно для женщин. В викторианское время женщины носили корсеты, чтобы скрыть свою сексуальность. Внешний корсет создает психологический корсет. Многие мужчины также противятся «выпусканью» живота. Если даже живот торчит — это не значит, что он «выпущен». Живот при этом может быть напряженным. На высоте пупка или таза может находиться «стискивающий обруч», создающий затор для движения энергии.

### ***Упражнение 2. «Выпускание живота»***

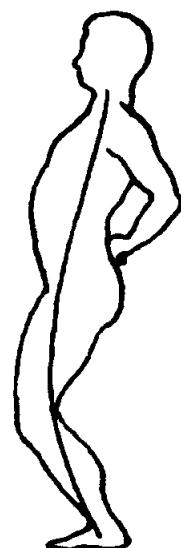
Поставьте стопы параллельно на расстоянии 25 см. Легко согните колени. Не отрывая пяток от пола, подайте тело вперед так, чтобы вес тела оказался на пятках ног. А теперь следует как можно больше выпустить живот. Дыхание свободное, ртом. Цель упражнения — ощущение напряжения в нижней части тела.

### ***Упражнение 3. «Лук»***

Стопы на расстоянии около 45 см друг от друга, несколько развернуты внутрь.

Положите сжатые в кулаки ладони на область крестца, большие пальцы направлены вверх.

Согните колени так сильно, как можете, не отрывая пяток от земли. Прогнитесь назад, опираясь на кулаки. Вес тела на пальцах ног. Линия, соединяющая центр стопы, середину бедра и центр надплечья, выгнута, как лук. В этом случае «осво-



бождается» живот. Если имеются хронически напряженные мышцы, то человек, во-первых, не в состоянии выполнить упражнение правильно, а во-вторых, чувствует эти хронические напряжения как боль и неудобство в теле, препятствующие выполнению этого упражнения.

### **Упражнение 4**

Примите исходное положение — стопы параллельны, колени слегка согнуты, таз расслаблен и слегка отодвинут назад. Позвольте верхней части тела, не наклоняясь, податься вперед, пока не почувствуете вес тела на подушечках передних частей стоп. Вам может показаться, что вы сейчас упадете лицом вперед, но если вы на самом деле потеряете равновесие, достаточно сделать шаг вперед. Равновесие не потеряется, если ваша голова находится на одной линии с телом.

Поднимите голову так, чтобы вы могли смотреть прямо перед собой. Чтобы уравновесить центр тяжести тела, представьте себе, что вы несете на голове корзину.

Сейчас с поднятой головой позвольте вашей груди стать впалой, а животу расшириться так, чтобы ваше дыхание было полным и глубоким. Позвольте земле поддерживать вас.

Поначалу такая поза может казаться неудобной. Она даже может доставлять боль по мере того, как напряженные мышцы растягиваются. Когда мышцы расслабляются, боль в конце концов стихает, это нужно просто терпеливо принять. Не опасайтесь, что боль усилится. Ее можно легко перенести, особенно если вы очень хотите, чтобы жизненная энергия свободно двигалась в вашем теле.

### **Упражнение 5**

Во время ходьбы постарайтесь осознанно почувствовать, как ваши стопы прикасаются к земле при каждом шаге. С этой целью ходите очень медленно, позволяя весу тела переноситься попеременно на каждую из стоп. Расслабьте плечи и обращайте внимания на то, чтобы не сдерживать дыхание и не блокировать коленные суставы.

Ощущаете ли вы снижение центра тяжести своего тела? Ощущаете ли лучший контакт с землей? Ощущаете ли вы себя в безопасности, более расслабленным? Такая манера ходьбы может показаться вначале странной. Если это так, то вы долж-

ны осознать, что под прессом современной жизни вы утратили естественную грацию своего тела.

Вначале ходите медленно, чтобы развить чувствительность в ногах и стопах. Когда вы станете лучше чувствовать землю, можете изменять ритм шагов в зависимости от вашего настроения.

Ощущаете ли вы в результате этого упражнения лучший контакт со своим телом? Реже ли вы погружаетесь в свои мысли во время ходьбы? Чувствуете ли вы себя расслабленнее и свободнее?

## **Упражнение 6**

Встаньте прямо, стопы параллельны на расстоянии около 45 см. Наклонитесь вперед, достаньте кончиками пальцев обеих рук до пола, сгибая колени настолько, насколько это необходимо. Основной вес тела — на подушечках стоп, а не на пальцах и пятках. Касаясь пола пальцами рук, постепенно выпрямите колени, но не блокируйте их. Дышите свободно и глубоко. Вероятно, вы почувствуете, что ваши ноги начнут дрожать. Это значит, что через них начинают проплывать волны возбуждения.

Если дрожь не возникает, значит, вы слишком напряжены. В этом случае можно спровоцировать дрожь, постепенно сгибая и выпрямляя ноги. Эти движения должны быть минимальными, их цель — расслабление коленных суставов. Упражнение должно выполняться в течение не менее 25 дыхательных циклов или пока не возникнет дрожь в ногах. Вы можете заметить, что ваше дыхание становится глубже и спокойнее. Когда вернетесь в позу стоя, оставьте колени немного согнутыми, стопы параллельными, а центр тяжести смещенным вперед. Ваши ноги могут все еще дрожать, что будет свидетельствовать о их жизненности. Чувствуете ли вы сейчас свои ноги лучше? Чувствуете ли вы себя более расслабленным?

## **Упражнение 7**

Поставьте стопы параллельно на расстоянии около 20 см. Попробуйте присесть на корточки и удержать эту позу без какой бы то ни было опоры. Если опора необходима, возьмитесь за какую-либо мебель перед собой. Правильное положе-

ние на kortochkaх требует, чтобы обе пятки прикасались к полу, а вес тела приходился на переднюю часть стоп.

Если вы не можете выполнять это упражнение без опоры, сверните валик из полотенца и подложите его под пятки. Эта подпорка не должна быть удобной, иначе цель упражнения — растяжение спазмированных мышц ног — не будет выполнена. Достижение этой цели можно приблизить, перенося попутно тяжесть тела вперед и назад.

Если приседание начнет вызывать боль, опуститесь на колени, отведите стопы назад и сядьте на пятки. Это может оказаться болезненным, если голени и стопы напряжены. Если это так, снова присядьте на kortochki, чтобы расслабить лодыжки. Чередование приседания и сидения на пятках ускоряет процесс «отпускания».

### **Упражнение 8**

Сядьте в кресло, опирая обе стопы о пол, в обычной позе. Поднимайтесь, отталкиваясь от пола, а не опираясь о кресло. Чтобы это выполнить, перенесите вес тела на подушечки стоп, затем упритесь стопами в пол и оттолкнитесь прямо вверх. Выполняя это движение, вы испытываете сильный контакт с почвой. Повторите еще раз это упражнение, но сейчас поднимитесь с кресла так, как делаете это обычно.

Чувствуете ли вы разницу между этими двумя способами вставания с кресла? Повторите упражнение два или три раза, пока разница не станет очевидной. Когда отталкиваетесь вверх, полностью используйте свои ноги. При обычном подъеме с кресла движение выполняется в основном за счет верхней части тела, и при этом требуется больше усилий.

### **Упражнение 9**

Примите позу стоя, поставив стопы параллельно на расстоянии 20 см. Колени должны быть слегка согнуты, а вес тела перенесен вперед. Положите ладонь на дно таза, понизе ануса. Теперь поставьте пятки вместе, чтобы стопы образовали латинскую букву V. Ощущаете ли вы, как ягодицы напрягаются и сжимаются?

Походите немного с развернутыми в стороны носками и обратите внимание, как мало грации осталось в ваших движениях. А сейчас сделайте несколько шагов, ставя стопы парал-

лельно. Ощущаете ли вы значительную разницу в своих движениях?

Понаблюдайте за походкой других людей. Замечаете ли вы разницу у тех, кто ставит стопы параллельно, и тех, кто поворачивает их наружу?

## Упражнение 10

Станьте одной или двумя стопами на деревянный валик или палку от щетки. Как и в других упражнениях, вы должен быть разутыми для того, чтобы усилить ощущения в стопах. Можете перемещать валик так, чтобы он надавливал на перед стопы, ее свод или вблизи пятки.

Появилась ли у вас после выполнения этого упражнения большая чувствительность в стопах? Стал ли сейчас контакт с почвой лучше, чем был раньше? Ощущаете ли вы разницу в степени расслабления тела?

## Упражнение 11

Поставьте стопы параллельно на расстоянии около 20 см. Слегка согните колени. Подайте тело вперед, перенося его вес на подушечки стоп. Чувствуете ли вы, что вас как бы что-то толкает вперед? Именно таким образом мы ходим.

Сейчас сильнее согните колени и перенесите вес на передние отделы стоп. На этот раз не отрывайте пятки от пола. Передвинулась ли отраженная от пола сила вверх, выпрямляя ваши колени?

Повторите этот маневр в третий раз: с согнутыми коленями и пятками, прижатыми к земле, наклонитесь вперед и расслабьте таз. Замечаете ли вы, как таз передвигается вперед?

## Упражнение 12

Стопы параллельны на расстоянии около 30 см. Колени немного согнуты, ладони лежат на коленях. Целью упражнения является колебание тазом со стороны в сторону при помощи только ног и стоп. Верхняя часть тела должна быть расслаблена и неактивна.

Перенесите вес тела на передний отдел правой стопы, выпрямите правое колено и позвольте тазу отклониться вправо. Перенесите вес тела на левую стопу, надавите на нее, после

чего легко выпрямите левое колено. Вы должны почувствовать, что таз передвигается влево. Сейчас переместите вес на правую ногу и повторите маневр, стараясь вызвать передвижение таза вправо без участия верхней половины тела. Продолжайте упражнение, перенося попеременно вес тела с одной стопы на другую около 5 раз.

Большинство людей может двигать тазом, скручивая верхнюю часть тела, но так как это движение не соединяется с землей, оно выполняется без грации и не приносит никакого удовольствия. Заземленное движение возбуждающее, в то время как вынужденное мучительно.

### **Техника 3. «Снятие блоков с мышц таза»**

#### ***Упражнение 1. «Вращение бедрами»***

Стоя на слегка согнутых в коленях ногах, стопы параллельно на расстоянии 30 см. Вес тела на передней части ног (с акцентом на подушке большого пальца). Живот «выпущен». Руки лежат на бедрах.

В этой позе вращайте бедрами слева направо. Это движение должно захватить таз и минимально — верхнюю часть корпуса и ноги. Дыхание свободное, ртом.

Выполните движение 12 раз в одну сторону, затем — в другую. При выполнении упражнения следует обратить внимание на то, сдерживается ли дыхание, сохраняется ли тазовое дно расслабленным, а анальное отверстие не напряженным, согнуты ли колени.

Нельзя утверждать, что если человек легко делает это упражнение, то он свободен от генитальных напряжений и сексуальных проблем. Но можно утверждать, что если человек не в состоянии легко выполнить это упражнение, то у него есть сексуальные проблемы. Очень важно, чтобы при выполнении этого упражнения человек был укорененным, иначе движением таза не хватает эмоциональной окраски.

#### ***Упражнение 2. «Движение тазом»***

Помогает осознать напряжение в тазу и нижней части спины.

Лягте на спину. Ноги согнуты в коленях, стопы стоят на коврике.

На вдохе таз идет назад, ягодицы при этом больше упираются в коврик, живот максимально выпускается.

Затем выдох, сопровождающий движение таза вверху (таз немного приподнимается), при этом стопы легко надавливают на коврик (укоренение).

Упражнение повторяется в течение 15–20 дыхательных движений. Дыхание свободное, ртом. Важно, чтобы в этом упражнении дыхание было брюшное и «шло в таз»; дыхательные движения и движения таза должны быть скоординированы, а ягодицы расслаблены. Если стопы теряют ощущение контакта с ковриком, то таз не свободен в своих движениях.

Если есть напряжение в нижней части тела, то люди *подталкивают* свой таз вверх вместо того, чтобы позволить ему свободно колебаться в тазобедренных суставах. В этом случае таз выносится вверх напряженными мышцами живота и напряженными ягодицами. Такое вынужденное движение таза блокирует его спонтанные движения и редуцирует сексуальный опыт.

## Техника 4. «Практика экспрессии чувств»

### Упражнение 1

Человек ложится на кушетку. Ноги расслаблены. Руками держится за край кушетки или матраца. Нужно поднять ногу и бить стопой по матрацу с акцентом на пятку (т. е. не просто бить, а лягаться). Сначала это делается в медленном темпе и с небольшой силой, затем темп и сила ударов увеличиваются. В конце удары должны быть очень сильными и очень быстрыми. Если эти удары выполняются как единое движение, проходящее через все тело, то движения ног скоординированы с движениями головы: голова поднимается вверх и опускается с каждым движением. При выполнении движения человек вспоминает о пережитых несправедливостях.

Разновидность этого упражнения: оно выполняется не просто на глубоком дыхании ртом, но с криком «нет!». Кричать нужно так долго, как только возможно. Этот крик нужно повторить несколько раз во время тренировки. В этом случае удары ногами — это сильный протест. Количество ударов может в начале быть 25, а затем — 45, и постепенно доводится до 200. Это упражнение не только позволяет выразить гнев, но и освобождает таз.

### **Упражнение 2**

Пациент бьет кулаками (если это мужчина) или теннисной ракеткой (если это женщина) в матрац. Нужно стоять в основную биоэнергетическую стойку (стопы на расстоянии 25 см, колени слегка согнуты, вес тела на основании пальцев). Затем руки медленно поднимаются вверх за голову, несколько прогибая спину назад и растягивая мышцы рук и спины. Затем пациент бьет в кушетку сопровождая это словами «заткнись!», «убью!», «нет!», «почему?!» и т. п. Это упражнение разряжает гнев, но сама по себе разрядка гнева — не цель терапии. Цель терапии — достижение грации. Поэтому нужно бить не так, чтобы разрушить или уничтожить, а так, чтобы сохранить грацию, т. е. движение должно быть плавным. Пациент, готовя удар, растягивает свое тело от стоп вверх, занося плечи как можно дальше назад, как будто натягивает лук. Сам же удар выполняется как отпускание рук из «заряженной» позиции, а не как сокращение мышц. Поэтому удар — это расслабленное и свободное движение. Если это упражнение выполняется правильно, то от стоп до ладоней протекает волна возбуждения, придавая этому движению грациозность. Подъем рук вверх — мягкое и деликатное движение, удар — мощное и твердое. Таким образом, секрет этого упражнения не в ударе, а в растягивании. Это упражнение снимает напряжение с плеч и верхней части спины.

### **Упражнение 3**

Упражнение является примером интенсивной телесной работы, которая может происходить в биоэнергетической группе. Оно используется после установления в группе атмосферы сплоченности и доверия.

Выберите партнера. Один член группы будет работать, другой — помогать. Если вы собираетесь работать, лягте на спину на матрац, мат или мягкий ковер. Расслабьтесь, согните колени, расставьте ноги на расстояние около 45 см. Глаза закройте и сосредоточьтесь на глубоком дыхании. Дышите мягко и глубоко около минуты. Помещение должно быть тускло освещено.

Лежа с закрытыми глазами, представьте один из следующих случаев из вашего детства:

- случай, когда вы плакали и хотели, чтобы вас успокоили;
- случай, когда вы хотели исследовать что-нибудь, а вас удерживали и мешали вам;
- случай, когда вы пришли в ярость, потому что родители хотели, чтобы вы что-то сделали, а вы отказывались;
- случай, когда вы взяли игрушку другого ребенка, а ваши родители были вынуждены на это отреагировать.

Зрительно вообразите сцену как можно детальнее и представьте реакцию отца или матери. Выразите свои чувства к родителям в этой ситуации. Говорите, плачьте, кричите, выполняйте любые действия, которые кажутся вас подходящими. Не сдерживайте никаких звуков. Даже если вы дышите, делайте это так, чтобы было слышно. Если вы начинаете движение, например деретесь, брыкаетесь или тянитесь, продолжайте его. Постарайтесь выражать свои эмоции вербально и невербально. Когда почувствуете, что закончили, полежите какое-то время спокойно, с закрытыми глазами.

Сделайте пять или шесть вдохов и выдохов, широко, как в испуге, раскройте глаза и как можно шире раздвиньте пальцы рук и ног. Продолжайте так 2—3 минуты. Затем возмите полотенце и засуньте его как можно глубже в рот. Зажмите полотенце зубами и тащите его изо всех сил, издавая звуки, когда пытаетесь вытащить полотенце изо рта. Это действие может помочь снизить напряжение в челюстях. Через 4—5 минут выньте полотенце изо рта, возмите его двумя руками и агрессивно, как можно сильнее выкручивайте. Наконец, расслабьтесь и снова сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов.

Теперь закройте глаза и вновь вообразите сцену со своими родителями. На этот раз придумайте другой ответ. Поделитесь с ними этим ответом вслух. Через несколько минут откройте глаза, подышите мягко и глубоко, посмотрите на своего помощника. Когда закончите, поменяйтесь с ним местами.

Роль помощника состоит в том, чтобы облегчать работу партнера и успокаивать его своим присутствием. В качестве помощника чаще напоминайте своему партнеру, чтобы он продолжал глубоко дышать и издавать звуки. Помощники, имеющие опыт в биоэнергетике, могут знать более активные вербальные способы для облегчения выражения чувств. Будьте мягким, вдумчивым и не провоцируйте партнера. Если заметите, что мышцы партнера напряжены или что ему тяжело

дышать, можете с его разрешения помассировать напряженные участки, чтобы ослабить напряжение. Когда партнер закончит упражнение, поощряйте его к расслаблению и глубокому дыханию. Затем спросите, как он себя чувствует и не можете ли вы сделать для него что-нибудь еще.

Участники должны принимать во внимание свои и чужие ограничения при определении глубины исследования. Рекомендуется также полагаться на квалифицированного и компетентного руководителя.

### Техника 5. «Дыхание»

#### *Упражнение 1*

В позе сидя, лучше всего на твердом стуле, произнесите своим обычным голосом «а-а-а», глядя на секундную стрелку своих часов. Если вы не в состоянии удержать звук по крайней мере в течение 20 секунд, это значит, что у вас есть проблемы с дыханием.

Чтобы поправить свое дыхание, повторяйте это упражнение регулярно, стараясь продлить время звучания. Упражнение нельзя назвать опасным, но у вас может быть одышка. Ваш организм будет реагировать интенсивным дыханием, чтобы пополнить уровень кислорода в крови. Такое интенсивное дыхание освобождает напряженные мышцы грудной клетки, позволяя им расслабиться. Этот процесс может закончиться плачем.

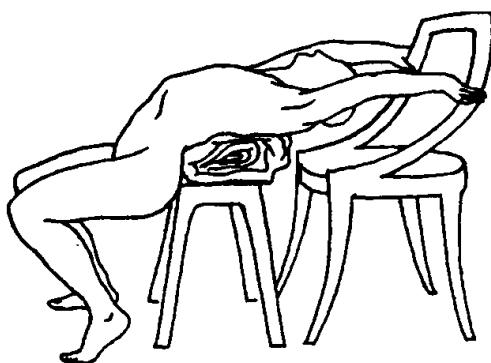
Можете выполнить это упражнение, считая вслух в постоянном ритме. Непрерывное использование голоса требует поддерживать непрерывный выдох. При более полных выдохах вы будете вдыхать глубже.

#### *Упражнение 2*

Примите ту же позу сидя, что и в предыдущем упражнении. В течение одной минуты дышите нормально для того, чтобы расслабиться. Далее, на выдохе, издайте звук, продолжающийся в течение полного выдоха. Страйтесь издать такой же звук во время вдоха. Вначале это может быть трудным, но этого можно добиться, немного поупражнявшись. Чувствуете ли вы, как воздух всасывается внутрь тела? Перед чиханием тело всасывает воздух с расслабляющей силой. Ощущали ли вы это когда-либо?

## Упражнение 3

Вы ложитесь на валик (например, из одеяла), который лежит на табурете высотой 0,5 м. Дыхание ртом. В этом положении хорошо растягиваются мышцы спины, которые при этом расслабляются, «отпуская» грудь. Дыхание самопроизвольно углубляется. Может появиться боль в спине. Если она небольшая (а главное, нет патологии позвоночника), то следует продолжать, и боль уйдет.



Это упражнение настолько энергетически раскачивает подавленные эмоции и ослабляет мышечные блоки, что часто возникает феномен неосознанной экспрессии — появляется плач, рвота и т. п. Человека как бы «прорывает». Если это случается, то означает, что биоэнергетическая работа опередила аналитическую. Поэтому нужно подтянуть аналитическую часть: человек должен знать, что именно выходит из него.

## Упражнение 4

Освобождает горловые зажимы и стимулирует спонтанное углубление дыхания. Это же упражнение «подталкивает» к плачу (а возможно, и к крику). В положении сидя следует расслабиться (насколько это возможно), затем выдыхать со стоном — один стон на один выдох, который делается как можно дольше. Нужно постараться сделать стон и на вдохе. После трех полных циклов со стоном стон на выдохе изменяется на звук «ух» или звуки рыдания. Это же делается и на вдохе. Когда выдох доходит до живота, это часто заканчивается непреднамеренным плачем. При этом человек может удивленно сказать: «Я не чувствую грусти». Ничто так не исправляет дыхание, как плач. Плач — главный механизм освобождения от напряжения у детей.

### **Упражнение 5**

Групповые дыхательные упражнения выполняются членами группы в унисон, энергично и с энтузиазмом.

Встаньте и образуйте круг. Поставьте ноги на расстоянии около 90 см, перенесите вес на пальцы ног. Колени держите слегка согнутыми, дайте телу расслабиться, а тазу — свободно провиснуть. Положите руку себе на живот и смотрите в глаза участнику, стоящему напротив вас. Сделайте глубокий вдох через рот, пропуская воздух по всему пути до живота. Сделайте глубокий выдох, давая вырваться звуку. Поддерживайте звучание столько, сколько сможете без напряжения. Повторите 16 циклов глубокого дыхания, вдыхая и выдыхая медленно и глубоко. Не торопитесь, иначе почувствуете головокружение. Не сдерживайте никакие звуки, которые вам захочется произнести, все время смотрите друг другу в глаза. Осознавайте любые помехи в процессе дыхания. Отмечайте все возникающие чувства во время полного дыхания и сохраняйте тело мягким и расслабленным.

Закончив упражнение на совместное дыхание, встрайхните все тело, свесив руки по сторонам, сгибая и выпрямляя колени. Затем несколько раз подпрыгните для энергетизации частей тела. Прыгайте медленно, едва отрывая ноги от пола. Продолжайте ходить, пока не устанете. Затем отдохните, слегка согнув колени, сместив вес вперед и выпрямив спину.

### **Техника 6. «Обретение грации»**

Выберите произвольные движения среди тех, которые вы обычно выполняете, например, ходьбу, подметание помещения, приготовление пищи или написание письма.

### **Упражнение 1**

Начнем с ходьбы. Отдаете ли вы себе отчет, что часто так хотите куда-то успеть, что едва осознаете свою походку? Чувствуете ли вы, как мало грациозны ваши движения? Попробуйте освободить себя, так, чтобы вы чувствовали каждый шаг, однако не думайте о том, как ходите. Вместо этого позвольте своему телу двигаться в своем собственном темпе. Ваше сознательное Я всего лишь отправилось на прогулку. Если это упражнение вызывает чувство, что вы не в своей тарелке, это означает, что вы уделяете слишком много внимания ходьбе. Иными словами, сохраняете свой стиль и думаете о том, как

вы выглядите со стороны. Вместо этого попробуйте сконцентрировать внимание на самом ощущении ходьбы. Убедитесь, что сможете двигаясь свободно, без забот, почувствовать удовольствие от того факта, что вы просто живете.

## **Упражнение 2**

Встаньте так, чтобы ваши стопы были расположены параллельно на расстоянии 20 см, слегка согните колени. Это будет ваша основная поза стоя. Протяните руку так, как если бы вы хотели с кем-то поздороваться или кому-то что-то вручить. Затем опустите руку и попробуйте еще раз. Сейчас, прежде чем вы протянете руку, одноименную стопу прижмите крепче к полу и, протягивая руку, слегка наклонитесь вперед. Волна, которая создает это движение, должна начаться от земли и пройти через все тело.

Почувствовали ли вы это движение более точно, чем раньше? Почувствовали ли вы, как включилось в это движение все тело? Почувствовали ли вы разницу между движением, которое включает тело, и изолированным движением?

## **Техника 7. «Ощущения и чувства»**

### **Упражнение 1**

Чувствуете ли вы свое лицо? Осознаете ли вы его выражение? Сможете ли вы почувствовать, напряжены ли ваши губы? Можете ли вы почувствовать напряжение в своей челюсти? Можете ли вы двигать ею свободно вперед, назад и в стороны, не чувствуя боли? Чувствуете ли вы какое-либо напряжение в шее или в затылке? Можете ли вы свободно двигать головой влево — вправо, вверх — вниз? Держите ли вы свои плечи жесткими? Сможете ли вы легко двигать ими вперед — назад, вверх — вниз?

Чувствуете ли вы свою спину? Жесткая она или гибкая? Естественно ли вы держите свою грудную клетку в положении вдоха и выдоха? Движется ли ваша грудная клетка во время дыхания? Расслаблена ли ваша диафрагма? Дышите ли вы животом? Расслаблены ли ваши бедра? В вашей обычной позе они выдвинуты вперед или назад? В то время когда вы сидите, чувствуете ли вы, как ягодицы прикасаются к креслу?

Чувствуете ли вы, как ваши стопы прикасаются к земле, когда вы стоите или ходите? Хорошо ли вы чувствуете ваши стопы?

### Техника 8. «Сексуальность и духовность»

#### *Упражнение 1*

Встаньте перед зеркалом так, чтобы вы могли видеть свою спину, когда повернете голову. Выглядят ли ваши плечи выпрямленными, поднята ли голова, отставлен ли таз? Сейчас поставьте стопы параллельно на расстоянии около 15 см, выдвиньте таз вперед. Ощущаете ли вы, как ваша спина округляется или сгибается и ваш рост уменьшается? Медленно отставьте таз. Наблюдаете ли вы, как ваша спина выпрямляется? Какие чувства ассоциируются с каждой из этих поз? Какая из них является вашей обычной позой?

Теперь согните колени и постарайтесь, чтобы ваш таз был расслаблен так, чтобы им можно было двигать. Дышите глубоко и свободно, стараясь почувствовать, как дыхательная волна доходит до глубины таза. Ощущаете ли вы ее движение в этой области? Как можно описать это ощущение? Ощущаете ли вы какое-либо беспокойство при этом движении? Такое движение отсутствует у большинства людей.

#### *Упражнение 2*

Стопы параллельны на расстоянии 20 см, колени слегка согнуты, тело подается вперед. Расслабьтесь и «отпустите» таз естественно, как это описано в предыдущем упражнении. Сделав животом глубокий вдох, постарайтесь вызвать давление на дно таза. Одновременно попробуйте расслабить анальный сфинктер, как будто хотите выпустить газы (если вы ничего не сдерживали, ничего не выпустится).

Сейчас осознанно подтяните анус и дно таза вверх, зажимая ягодицы. Чувствуете ли вы, как нарастает напряжение? Попробуйте опустить дно таза. Дает ли это чувство расслабления? Повторите это упражнение несколько раз, чтобы лучше прочувствовать разницу между напряженным и расслабленным состоянием тазового дна.

Чтобы развить чувствительность к состоянию дна таза, повторяйте эти упражнения несколько раз в течение дня, во время прогулки, сидя за рабочим столом или во время какой-либо другой деятельности. Может случиться так, что вы будете вынуждены уделить много внимания этой части тела, прежде чем вам удастся достичь его полного расслабления, но это усилие будет щедро вознаграждено увеличивающейся интенсивностью сексуальных ощущений.

## Техника 9. «Структурная динамика тела»

### Упражнение 1

Примите исходное положение, описанное в предыдущих разделах. Оглянитесь через левое плечо, поворачивая голову максимально влево. Удержите эту позу в течение нескольких дыхательных циклов и старайтесь почувствовать напряжение в мышцах, идущих от основания черепа к спине. Поверните голову вправо, посмотрите через правое плечо, несколько раз глубоко вдохнув. Это упражнение выполняется утром от пяти до десяти раз.

Для того чтобы измерить гибкость талии, поднимите руки с согнутыми локтями на высоту плеч, поверните тело максимально влево и удержитесь в этой позе на несколько циклов дыхания. Затем поверните тело вправо и удержите позу в течение нескольких циклов дыхания. Чувствуете ли вы, насколько напряжены мышцы спины и талии? Выполняя это упражнение, остаетесь ли вы в состоянии вдыхать нижней частью живота? Стоите ли вы в требуемом положении (стопы параллельны, колени слегка согнуты, тяжесть тела немного смешена вперед)?

## Техника 10. «Лицом к миру»

### Упражнение 1

Примите исходную позу стоя. Выдвиньте подбородок вперед и удержите его в этом положении в течение 30 секунд, дыхание равномерное. Чувствуете ли вы какую-либо боль в височно-челюстном суставе? Напряжены ли мышцы? Подвигайте напряженной челюстью вправо-влево, удерживая ее выдвинутой вперед. Это движение может вызвать боль в затылке. Сейчас откройте рот как можно шире и отметьте, сможете ли вы положить между зубами три средних пальца ладони. У многих людей напряжение мышц подбородка настолько сильное, что они не могут широко раскрыть рот.

Позвольте подбородку расслабиться. Сейчас выдвиньте его снова вперед, сожмите кулаки и скажите несколько раз «Не буду!» или «Нет!» соответствующим тоном. Звучит ли ваш голос убедительно? Используйте всю силу вашего голоса для утверждения своей воли. Чем сильнее она будет выражена, тем сильнее будет вызванное этим способом чувство собственного Я.

### Техника 11. «Спокойствие разума»

#### Упражнение 1

Найдите спокойное место. Сядьте в кресло так, чтобы стопы полностью прилегали к полу и были поставлены параллельно. Держите голову немного приподнятой и сидите прямо. Чувствуйте, как ягодицы прикасаются к креслу. Руки положите на колени. Не напрягайтесь, так как это сведет на нет цель упражнения.

Закройте глаза и сконцентрируйтесь на дыхании, не делая при этом специальных усилий. Осознайте, что вдох и выдох происходят самопроизвольно.

Почувствуйте волны дыхания, проходящие через тело, движущиеся вверх при вдохе и вниз при выдохе. Сконцентрируйтесь на этой волне, позволяя ей проходить каждый раз все глубже до низа живота и таза. Чтобы достичь этого, вы должны расслабить нижнюю половину тела, позволяя нижней части живота выпячиваться вперед, а ягодицам опускаться. Большинство людей подтягивает дно таза вверх, как мы обратили внимание в одном из предыдущих разделов. Ощущаете ли вы, как дыхательная волна движется с самого низа, со дна таза? Если сможете, делайте это упражнение в течение 10 минут. Пусть ваш разум останется сконцентрированным на вдохе и выдохе так, чтобы вы почувствовали пульсацию своего тела. Ощущайте ее всем телом от стоп до головы.

Если вам это удастся, можете в течение нескольких секунд осознавать, что вы являетесь частью пульсирующей Вселенной. В этот момент вы раздвигаете свои границы, растворяясь во Вселенной.

### ТАНАТОТЕРАПИЯ

Танатотерапия, в отличие от имитационных практик, моделирует процесс *правильного, естественного умирания* (Басакков, 2001).

В ее основе лежат характеристики тела человека, умершего таким видом смерти (тотальное расслабление, остановка контроля сознания, объектность тела, так называемое биологическое дыхание и др.). Каждый прием охватывает целую область работы с телом человека. Ниже приводятся лишь некоторые из приемов танатотерапии.

## Подготовительное упражнение

Участники семинара усаживаются в круг. Ведущий предлагает любому желающему помочь ему в демонстрации первого приема танатотерапии. Для этого он просит участника группы выйти и лечь на пол на спину в центре круга. Как показывает опыт проведения многочисленных семинаров по танатотерапии, практически все изъявившие желание участники ложатся так, что ноги у них расположены рядом, а руки — вдоль туловища, причем ладонями вниз. Вы же предлагаете занять позицию «звезды» («фигуру Витрувия» Леонардо да Винчи), с ладонями, обращенными наружу.

Отмеченная позиция («звезда», или «фигура Витрувия») входят в разряд так называемых *реальных позиций* и характеризуются максимальной амбивалентностью (максимальная отдача и получение, причем одновременно). Именно в силу этой амбивалентности, а, значит, повышенной энергичности (чем больше «разность потенциалов» — тем сильнее ток), энергоемкости, и звезда, и человек в позиции «звезды», и круг (круг участников семинара, где внутри круга все сидящие максимально открыты друг другу, но любой входящий извне встречает спины) — наиболее часто используемые магические символы.

## Техника «Театр прикосновений»

Участники группы разбиваются на пары, в которых один становится «актером», активнодействующим, другой — «зрителем», пассивновоспринимающим. Пассивновоспринимающий занимает позицию «звезды». Активнодействующий усаживается рядом. Сценой такого театра выступает тело пассивновоспринимающего. На этой сцене «актер» предъявляет разные типы контактов: *игольчатые*, точечно касаясь кончиками пальцев разных участков тела партнера; достаточно *жесткие*, надавливающие всей поверхностью ладони или кулаком; *разнесенные* по разным участкам тела (одновременно несколько касаний в разных местах тела партнера); разного рода *«перекрытия-мосты»*, например, своей рукой перекрыть обе ноги партнера.

Главное условие правильности выполнения данного приема формулируется как «*не спеши!*» (именно так, а не, например, «делай медленнее»). Другое важное условие: вы предлагаете активнодействующим выждать некоторое время перед началом выполнения приема, а не «набрасываться» на пас-

сивновоспринимающих. В таком случае тело «зрителя» как бы увеличивается в объеме — оно ищет первое прикосновение. Только в таком случае контакты со стороны «актеров» становятся актуальными, принятыми «зрителями».

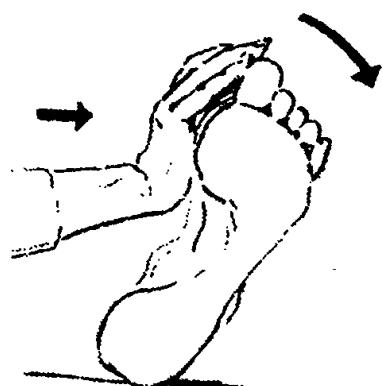
Цель «актеров» в этом импровизированном театре тела — удивить своих партнеров, причем удивить постановкой «спектакля», его сюжетом, сценическими ходами. Задача пассивно-воспринимающих — одна из самых сложных: не ставить и не решать никаких задач («чем меня касаются?», «где будут касаться в следующий раз?» и др.).

На это упражнение отводится 5—7 минут, после чего партнеры меняются ролями. Желательно сопровождать упражнение медитативно-релаксационной музыкой.

Специальное замечание касается окончания данного и всех последующих упражнений-приемов. Когда вы просите вашего партнера закончить выполнение упражнения (причем сразу предлагаете ему не спешить, побывать еще в этом состоянии), ваш партнер, за редчайшим исключением, заканчивает его стандартным и совершенно неправильным образом. Он напрягает мышцы живота и пытается из позиции лежа прямо подняться и сесть (так поднималась и садилась в гробу гололевская ведьма из «Вия»). Правильное окончание — это вначале поворот тела на бок и только потом — подъем. Именно так поступают дети первых лет жизни, осваивая пока еще не послушное ими воле тело — более объектное, пассивное, расслабленное, то тело, на достижение характеристик которого и нацелен данный прием.

### Техника «Телесная гомеопатия»

В этом приеме мы открываем для себя область так называемой «телесной гомеопатии» и знакомимся с одним из ключевых ее принципов — *принципом малых доз и величин*. Основатель гомеопатии Ганеман сформулировал принцип, который применительно к танатотерапии, можно представить так: **минимальные по силе и амплитуде воздействия приводят к максимальным по силе чувствам и переживаниям**.



В демонстрации партнер, на котором вы показываете данный прием, занимает позицию «звезды». Вы подса-

живаетесь к любой из его конечностей. Первое — устанавливаете контакт. Затем, после достаточно продолжительного времени, прикоснувшись своей рукой, к примеру, к его ступне, вы начинаете плавно и очень медленно (принцип «не спеши» предыдущего приема сохраняется) надавливать и, таким образом, отводить ее в сторону.

Внешним наблюдателям данное действие совершенно не заметно, тогда как пассивновоспринимающий сразу реагирует на данный прием — прежде всего дыханием (оно меняется), трепетом ресниц (интенсивность трепета возрастает с ростом контроля за телом со стороны сознания).

При работе с рукой важно обратить внимание участников группы, что это вы поднимаете кисть и подводите под нее свою ладонь, а не партнер дает вам поднять его кисть. Разница колossalная и измеряется килограммами веса руки. Это разница связана с участием контроля и активности лежащего в позиции «звезды» партнера.

В работе с головой особое значение придается посадке активнодействующего. Она должна быть максимально устойчивой и удобной. Рекомендуется сесть у изголовья лежащего пассивновоспринимающего с широко расставленными ногами так, что его голова оказывается между ваших ног. Руки лежащего широко раскинуты (позиция «звезды») и лежат на полу. Вы касаетесь ладонью одной из щек. Выдерживаете значительную по времени паузу (лицо в российских традициях — одно из наиболее табуированных мест тела). Только после этого плавно и аккуратно приступаете к надавливанию. Своим надавливанием вы отводите лежащую голову на незначительное расстояние (нос лежащего партнера отводится не более чем на несколько сантиметров). Затем вы в таком же гомеопатическом режиме снимаете свою нагрузку, и голова партнера возвращается на место. Время выполнения приема — 4—5 минут на каждую часть тела.

Партнеры меняются ролями после того, как выполнили цикл (хорошо воспринимается шутка, что цикл состоит из одной ноги, одной руки и одной головы).

Впечатления от данного приема в основном касаются ощущений поляризации внутри тела. Часто возникает ощущение отсутствия той или иной конечности (способ работы с болью) или, наоборот, ощущение наличия руки активнодей-

ствующего (при том, что последний уже приступил к работе с другой конечностью).

Применение базовых приемов танатотерапии возможно как индивидуально, так и группой подготовленных танатотерапевтов и также включает работу с дыханием (вдох — это жизнь, выдох — смерть), отдельными частями тела (нижняя челюсть, глаза, шея, подошвы ног), что является ключевым в оказании помощи в терминальной фазе умирания и др.

### 3.15. СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Семейная психотерапия (СП) — модификация отношений между членами семьи как системы с помощью психотерапевтических и психокоррекционных методов и с целью преодоления негативной психологической симптоматики и повышения функциональности семейной системы. В семейной терапии психологические симптомы и проблемы рассматриваются как результат неоптимальных, дисфункциональных взаимодействий членов семьи, а не как атрибуты того или иного члена семьи («идентифицируемого пациента»). СП реализует не интра-, но интерперсональный подход к решению проблем, и задача психотерапевта состоит в том, чтобы изменить с помощью соответствующих воздействий семейную систему в целом.

Часто при психосоматических нарушениях ставится вопрос: какую роль играет заболевание отдельного члена семьи в ее общей картине? Следует ли лечить всю семью как больного? Психотерапевт привык сосредоточиваться на отдельном больном. Он часто просматривает, что последний олицетворяет собой лишь «предъявляемый симптом» нарушенного поведения семьи.

Психосоматическое заболевание больного, приходящего к психотерапевту, является не только его личным симптомом, но и представляет болезненный феномен всей группы, в которую он включен. Тот, кто признает себя манифестно больным, часто осознает свое страдание. За этим стоят и другие больные члены семьи — супруг, сибсы, дети, родители — или больная семейная группа, члены которой нередко не распознают свою болезнь на уровне сознания, отвергают и проецируют ее на ближнего.

В семье или заменяющей ее группе, в которой живет психосоматический больной, имеется структура, опирающаяся на страдание заболевшего. За счет больного в семье создается патологическое равновесие, часто усиливается тенденция удаляться от общественной нормы. При психотерапии психосоматических больных нельзя рассматривать лишь кого-то одного из группы, в которой он живет. Он должен включаться в план лечения вместе с его ближайшим окружением.

Кроме того, следует иметь в виду, что симптомы, которые психотерапевт снял у психосоматического больного, могут снова появиться у другого члена его семьи. Этот феномен объясняется тем, что больной — носитель симптомов — часто представляет собой важную опору морбидного равновесия, поддерживаемого в его семье. Каждое изменение состояния больного действует на равновесие коллектива, и его члены должны находить новые формы адаптации для достижения стабильности.

Психосоматический больной часто является «носителем проблем» семьи. Тем самым больной осуществляет, с одной стороны, разгрузочную функцию, поскольку забота о нем препятствует выплескиванию подпороговых внутрисемейных конфликтов. Однако с течением времени больной член семьи воспринимается как дополнительная нагрузка, в том числе и потому, что он все-таки предъявляет вовне внутрисемейную проблематику.

Часто бывает трудно мотивировать всю семью для беседы с психотерапевтом. Мнимо разгружающий весь семейный союз симптом «носителя проблем» воспринимается семьей как постоянный. Она бессознательно отвергает перемены. Разгрузка «носителя симптомов» нарушила бы с трудом установленное за его счет семейное равновесие и вела бы к прорыву конфликта.

«Психосоматические семьи» описываются как зависимые, взаимосвязанные, находящиеся под сильным эмоциональным давлением закрытые системы. В этих семьях наблюдаются три господствующих модуса отношений: *связывание*, которое может замедлить или блокировать соответствующее возрасту развитие связанного; *отторжение*, которое можетвести к состоянию заброшенности или к чрезмерному стремлению к эмансипации у отторгаемого, и *делегирование*. Патологическое делегирование проявляется в семейной конstellации, в

которой родители, игнорируя актуальные способности детей, настаивают на том, чтобы они осуществили те их планы, которые им самим осуществить не удалось.

Картина взаимодействия в психосоматических семьях характеризуется запутанностью, чрезмерной заботливостью, избеганием конфликта, ригидностью и несоблюдением границ между поколениями. Такая семья функционирует лучше всего, когда кто-то в ней болен.

Психосоматический больной рассматривается своим окружением в большинстве случаев или как тяжело органически больной, или как несерьезно больной, ипохондрик или симулянт (временами суждения родственников колеблются от одной крайности к другой). Следствием подобных искаженных оценок является частое углубление симптоматики больного: он чувствует себя покинутым и одиноким. Психосоматические расстройства индивидуума часто сигнализируют вовне о том, что с семьей что-то неладно. При этом можно говорить о *семейной психосоматике*.

Концепция семейной психосоматики имеет целью не только коррекцию заболевшего члена семьи, но и прежде всего улучшение внутрисемейных отношений.

В области внутренних болезней и психосоматики может применяться *терапия семейной конфронтацией*. Семейная конфронтация не идентична семейной терапии, хотя она может открыть путь к таковой. Семейная конфронтация представляет собой однократное концентрированное вмешательство психотерапевта в рамках всей семьи носителя психосоматических симптомов. Этот разговор должен длиться не более часа и происходить по месту жительства семьи или в медицинском учреждении, в котором работает психотерапевт. Желательно, чтобы психотерапевт заранее обеспечил себе доверие носителя симптомов. В разговоре семья не должна интерпретировать связи между заболеванием и обстановкой в семье. Это лишь углубит чувство вины у всех членов семьи и приведет к дальнейшей поляризации больных и здоровых ее членов. Для психотерапевта важно найти фокус, указать семье на позитивные аспекты в ее жизни и помочь семье разработать измененное поведение. Побуждение к конструктивному разговору о том, что может облегчить, изменить и помочь, имеет долговременную цель достижения переструктурирования семейной конstellации.

Для уточнения проблем, в особенности у больных с *супружескими конфликтами*, полезны следующие 5 групп вопросов:

1. Как видит себя сам больной? Как видит он влияние на свою жизнь важнейших лиц ближайшего окружения (отец, мать, сибсы, преподаватели, начальство)?
2. Как видит больной свои проблемы? Параллельно терапевт сравнивает видение больного со своим.
3. Почему был заключен этот брак? Этот вопрос имеет целью вскрытие осознаваемых и неосознаваемых преимуществ, которые ожидали от брака оба партнера.
4. В чем состоит разлад в этом браке? Удовлетворены ли желания, благодаря которым он возник? Какие разочарования заняли их место?
5. Что заставило больного искать помощи? Кризис, приведший больного к психотерапевту, обычно имеет долгую историю; почему больной пришел именно сейчас?

Если в ходе семейной конфронтации подтверждаются предположения психотерапевта о том, что симптоматика больного находится в тесной связи с семейным или супружеским конфликтом, и если в рамках поддерживающе-консультативного вмешательства не удается добиться снижения симптоматики, это является показанием для проведения курса семейной психотерапии в соответствующем учреждении.

В проведении СП выделяются 4 этапа:

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидация семейного конфликта;
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них. Диагностика семейных отношений осуществляется психотерапевтом, выдвигающим и проверяющим проблемные диагностические гипотезы. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она носит сквозной характер, т. е. сопровождает СП на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Другая особенность диагностики семейных отношений заключается в стереоскопическом ее характере. Это означает, что в случае, если информация о происходящем получена от одного из членов семьи, на односторонних встречах, то она должна быть сопоставлена

с информацией от других членов семьи и тем впечатлением, которое сложилось у психотерапевта на основании расспроса и наблюдения за поведением участников СП. На втором этапе в ходе односторонних встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи осуществляется выявление и прояснение истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи, для чего используется прием «робот-манипулятор». Выслушав противоречивое сообщение участника сеанса, психотерапевт переводит его на язык жеста, а экспрессивность жеста соотносит с сенситивностью и толерантностью участников. На этой стадии ведущими оказываются следующие психотерапевтические методы: недирективная психотерапия, нацеленная в основном на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также методы групповой психодинамики. На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора. На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс СП, обосновывает последовательность применения тех или иных психотерапевтических методов в зависимости от целей и объема диагностических сведений. Наиболее часто в СП применяются психотехнические приемы, используемые в групповой психотерапии:

- 1) эффективное использование молчания;
- 2) умение слушать;
- 3) обучение с помощью вопросов;
- 4) повторение (резюмирование);
- 5) суммарное повторение;
- 6) уточнение (прояснение) и отражение эмоций
- 7) конфронтация;
- 8) проигрывание ролей;
- 9) создание «живых скульптур»;
- 10) анализ видеомагнитофонных записей.

Основным теоретическим базисом СП является принцип системности формирования семейных отношений, т. е. взаимодетерминированность отдельных личностей и межличностных отношений, согласно которой стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи — с другой, образуют замкнутый, постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл. СП является методом разрушения такого цикла, когда он становится патологическим, и создания конструктивных альтернатив семейного функционирования.

**Параметры семейной системы.** Семейная система может быть описана по нескольким параметрам. Можно выделить шесть информативных параметров:

- 1) особенности взаимоотношений членов семьи;
- 2) гласные и негласные правила жизни в семье;
- 3) семейные мифы;
- 4) семейные границы;
- 5) стабилизаторы семейной системы;
- 6) история семьи.

Рассматривая все вышеперечисленные параметры семейной системы, мы невольно подразумевали некую историю становления семьи. Иначе говоря, для успешной работы с семьей необходимо знать не только сегодняшнее положение дел, которое описывается этими параметрами, но и то, каким образом семья дошла до этого положения.

Более подробно о различных теориях семейной терапии можно прочесть в работах (Бендлер и др., 1999; Варга, 2001; Витакер, 1998; Минухин, Фишман, 1998; Витакер, Бамберри, 1997; Кратохвил, 1991; Маданес, 1999; Мягер, Мишина, 1979; Пезешкиан, 1993; Пэпп, 1998; Ричардсон, 1994; Саймон, 1996; Сатир, 1992, 1999; Фримен, 2001; Хейли, 1995; 1998; Черников, 1997; Шерман, Фредман, 1997; Эйдемиллер, Юстицкий, 1989).

### ТЕХНИКИ

#### Техника 1. «Циркулярное интервью»

Это основная и широко используемая техника. Психотерапевт по очереди членам задает семье особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос. Для того чтобы эта техника «работала» не только на терапевта, то есть была не только диагностическим инструментом, но и инструментом психологического, психотерапевтического воздействия, нужно владеть ею виртуозно.

Начинающему системному семейному психотерапевту полезно будет выучить наизусть список тем, которые необходимо затронуть в беседе с семьей с помощью круговых вопросов:

- С какими ожиданиями пришла семья? Кто направил их на консультацию, к кому они обращались прежде?
- Как семья видит свою актуальную проблему?
- Какова ситуация в семье в настоящее время?
- Как раньше семьяправлялась с трудностями и проблемами? Какие были способы решений?
- Как семья взаимодействует по поводу текущей проблемы? Необходимо прояснить круги взаимодействия на уровне поведения, на уровне мыслей и чувств.
- Какая система понимания проблемы и причин ее возникновения существует в семье?
- Какие существуют ключевые, триггерные ситуации?
- Как ситуация может развиваться наихудшим образом? Как можно усугубить проблему?
- Какие положительные стороны есть у проблемы?
- Вопросы о психологических ресурсах каждого.
- Вопросы о том, как каждый представляет себе будущее с проблемой и без нее.
- Какой была бы жизнь семьи без проблемы, без симптома?

Разумеется, весь этот круг тем невозможно затронуть за один сеанс. Обычно его можно пройти за две-три встречи. После этого системная гипотеза становится достоверной. Конкретная формулировка вопросов в круговой форме определяется индивидуальным мастерством и творческим потенциалом психотерапевта, его способностью строить контакт с семьей.

## Техника 2. «Положительное переформулирование»

Это техника подачи обратной связи семье после того, как психотерапевт утвердился в своей круговой гипотезе на текущий момент работы с проблемой.

Психотерапевт рассказывает семье о том, как он воспринял и понял содержание семейной дисфункции. Рассказ строится по определенным правилам.

Рекомендуется снять тревогу семьи по поводу происходящего. Для этого подходит прием нормализации: содержание семейной дисфункции рассматривается в более широком социокультурном, возрастном, статистическом аспекте. В случае дисфункции, связанной с определенной стадией жизненного цикла семьи, полезно сообщить пациентам о закономерности и повсеместной распространенности происходящего. Это сообщение снимает с членов семьи чувство вины и «прелесть» уникальности. Нормализация в системном подходе выполняет ту же функцию, что и сообщение диагноза в медицине: она дает людям определенность и надежду, связанную с тем, что профессионалы уже имели дело с подобными проблемами и знают, как к ним подступиться.

Фокусировка на положительной стороне дисфункции. Любая дисфункция, существующая в семье, имеет положительную сторону. Любая семейная дисфункция «работает» как стабилизатор. Положительно переформулировать можно не только текущий симптом, но и любые прошлые события.

Включение в текст обратной связи противоречия, парадокса. Это необходимо для того, чтобы парадокс психотерапевта мог нейтрализовать парадокс реальной семейной ситуации. Типичные парадоксы, которые легко вскрывает циркулярная логика: мама хочет, чтобы ребенок хорошо учился, и делает все, чтобы лишить его навыков самостоятельной работы. Супруги хотят улучшить свой брак и делают все, чтобы не попадать в супружеские роли, оставаться лишь родителями, не сближаться. Контрпарадокс в последнем случае был бы таким: «Вы так цените свой брак и отношения друг с другом, что стараетесь не общаться, чтобы ненароком не испортить то, что есть».

Можно положительно переформулировать в семейной системе любой симптом, потому что он обеспечивает гомеостаз системы и в этом смысле имеет положительное значение для семьи.

### Техника 3. «Предписание»

Эта техника — предписание определенного поведения членам семьи. Психотерапевт просит членов семьи выполнять определенные задания, в основном — конкретные действия. Предписания могут быть прямыми и парадоксальными.

Нередко парадоксальные предписания практически невозможно выполнить. В этих случаях цель предписания — дать семье возможность подумать и обсудить с психотерапевтом на приеме, почему данное предписание невыполнимо для этой семьи.

Семье, в которой спутаны семейные роли и нарушены границы подсистем, рекомендуется жить неделю так: никто не имеет своего спального места; каждый вечер дети ложатся, где хотят, а родители — где найдут себе место. Это предписание доводит до абсурда хаотические, неструктурированные привычки этой семьи и вызывает протест у ее членов. На следующей встрече обсуждаются чувства людей илагаются более конструктивные варианты устройства жизни, распределения ответственности и т. п.

Прямые предписания, как правило, не вызывают протеста, они на первый взгляд просты для исполнения. Например, семье, в которой не произошло распределения ролей и функций, в которой основная тема — борьба за власть и контроль, эффективно предложить предписание действий по времени: в понедельник, среду и пятницу все решает муж, а жена и дети подчиняются; во вторник, четверг и субботу все решает жена; в воскресенье предлагается спорить и ругаться; как обычно. Опыт применения нового ритуала и обсуждение этого опыта обеспечивают терапевтический эффект.

### Техника 4. «Контрконцепция»

Центральным понятием позитивной семейной терапии является «концепция». Здесь это понятие употребляется, например, в таких сочетаниях, как «Я»-концепция или «концепция другого».

Концепции — это когнитивные и эмоциональные структуры, задающие человеку схему интерпретации отношений к себе, к другим людям, к окружению.

Семье принадлежит особая роль во всем, что касается концепций. В семейном коллективе типичные концепции пере-

даются из поколения в поколение, во взаимодействии членов семьи формируются новые концепции, которые затем усваиваются в повседневном общении.

Каждый индивид обладает типичными формами поведения, происхождение которых может быть прослежено до одной из семейных концепций: ложиться спать вовремя, вставать в предписанное время, есть вместе с семьей в определенные часы, быть пунктуальным, возвращаться к определенному времени, выполнять в срок свои обещания, испытывать неудобство, если есть опасность опоздать, переживать, когда опаздывают другие, и т. д.

Одним из эффективных способов разрешения неблагоприятной семейной ситуации является контрконцепция. Психотерапевт предлагает пациенту контрконцепцию его поведения и отношений. Форма, в которую облекается контрконцепция, зависит от обстоятельств. Это могут быть истории, предоставляющие информацию со множеством отступлений и поэтически образные; «мораль» истории, где кратко резюмируется концепция; поговорка или пословица, пригодная в качестве рецепта; «бесформенная» контрконцепция, возникающая непосредственно как ответ на проблемы пациента.

## Техника 5. «Парадоксальные предписания»

Коммуникация в семейной системе может быть неконгруэнтной и парадоксальной. Психотерапевтические парадоксы являются структурированной разновидностью парадоксальных посланий.

Парадоксальные вмешательства можно использовать в тех случаях, когда симптоматическое поведение пациентов исполняет в семье определенную роль и заранее понятно, что прямые инструкции не будут выполняться членами семьи или отдельными индивидами.

Парадоксальные сообщения только выглядят противоречивыми. Они содержат двойное послание семье: одно послание указывает на то, что им было бы неплохо измениться, а второе — на то, что это будет не так уж хорошо. При этом оба послания передаются одновременно.

Парадоксальные сообщения используются для того, чтобы давать определение кажущемуся противоречивым поведению членов семьи по отношению друг к другу. Парадоксаль-

ные сообщения основаны на противодействии, поскольку есть надежда на то, что члены семьи начнут противодействовать той части сообщения, что удерживает их от изменения.

При разработке системного парадокса психотерапевт соединяет симптом с выполняемой им в системе функцией и предписывает симптуму функцию, а функции симптом. Перечисляются последствия ликвидации симптома, и психотерапевт рекомендует семье продолжать разрешать свою дилемму через симптом.

В разработке системного парадокса выделяют три главных этапа:

**Переопределение** — симптом переопределяется как выполняющий позитивную функцию. В тех случаях, когда совершается насилие, инцест или незаконные деяния, положительно определяется мотивация, стоящая за такими поступками.

**Предписание.** Определенные положительно, как служащие один другому, предписываются и симптом, и функция. Предписание должно быть кратким, сжатым и неприемлемым для семьи. Чтобы выглядеть убедительным, психотерапевт должен представить веские доводы в пользу такого предписания и говорить очень убежденно.

**Сдерживание.** Если психотерапевт хочет быть последовательным на двух вышеописанных этапах, то ему следует сдерживать семью каждый раз, когда в ней будут проявляться признаки изменения.

Если семья настойчиво требует изменения, то психотерапевту необходимо следовать этой тактике с большой осторожностью и осмотрительностью.

### **Техника 6. «Реверсирование на основе согласия и противодействия»**

Реверсирование — это вмешательство, в ходе которого психотерапевт указывает одному из членов семьи изменить на противоположную свою позицию или поведение по отношению к какому-то критическому вопросу в надежде на то, что это породит парадоксальную реакцию другого члена семьи.

Реверсирование основано одновременно и на противодействии, и на согласии. Оно требует осознанного содействия того члена семьи, который постоянно получает инструкции от психотерапевта, и противодействия другого члена семьи.

Реверсирование может быть использовано при работе с семьями, супружескими парами или отдельными индивидами.

Если члены семьи отказываются проходить курс психотерапии — один из супругов отвергает супружескую психотерапию или проблемный ребенок не является на семейные сеансы, — то присутствующим членам семьи можно дать указания, как коренным образом изменить данную ситуацию путем изменения своего поведения дома на полностью противоположное. Когда же к курсу терапии можно привлечь всех членов семьи, то те из них, кто является объектом данного реверсирования, не должны присутствовать на сессии, поскольку весь успех зависит от того, насколько удается заставить врасплох этих людей, и от их стихийной реакции на неожиданное изменение в позиции других.

**Реверсирование** планируется и проводится в три этапа:

**Побуждение.** Эффективность реверсирования зависит от умения терапевта побудить члена семьи к тому, чтобы он изменил на противоположную свою позицию в отношении отправляющего ему жизнь вопроса.

**Поддержка.** После того как удалось добиться начального содействия изменению данного человека, психотерапевту предстоит обеспечить ему постоянную поддержку перед лицом могучей системы, которая неуклонно стремится противодействовать любому движению в противоположном направлении. Чаще всего семья начинает еще сильнее стремиться восстановить старый порядок. Психотерапевту следует предвидеть такую реакцию. Возможно возвращение к парадоксальному вмешательству, объясняя отказ от дальнейших действий тем, что это служит интересам других.

**Пересмотр отношений.** Если человеку удалось изменить свою позицию на обратную и сохранить ее на какое-то время, то необходимо будет выработать новые отношения, основанные на этой позиции.

Психотерапевт должен быть готов как к отрицательным, так и к положительным реакциям, и помогать своему пациенту оговаривать взаимоотношения на различных условиях.

Результатом парадоксальных вмешательств являются устойчивые позитивные изменения отношений между членами семьи.

## Техника 7. «Семейные роли»

Осознание и обсуждение ролевой структуры на примере своей семьи, вклада каждого члена семьи в организацию совместной жизни (роли-обязанности), типичных вариантов

## Глава 3

поведения, в том числе в ситуации конфликта (роли-взаимодействия).

Впишите имена членов вашей семьи в анкету «Семейные роли» и отметьте количеством звездочек, насколько перечисленные роли характерны для каждого из них:

- \*\*\* — его (ее) постоянная роль;
- \*\* — он (она) делает это довольно часто;
- \* — иногда это относится к нему (к ней).

### Анкета «Семейные роли»

Роли	Имена
<i>Роли-обязанности</i>	
Организатор домашнего хозяйства	
Закупщик продуктов	
Зарабатывающий деньги	
Казначай	
Убирающий квартиру	
Выносящий мусор	
Повар	
Убирающий со стола после обеда	
Тот, кто ухаживает за животными	
Организатор праздников и развлечений	
Мальчик на побегушках	
Человек, принимающий решения	
Починяющий сломанное	
Его превосходительство плохой исполнитель всех своих обязанностей	
<i>Роли-взаимодействия:</i>	
Буфер, посредник в конфликте	
Любитель поболеть	
Сторонник строгой дисциплины	
Главный обвинитель	
Одинокий волк	
Утешающий обиженных	
Уклоняющийся от обсуждения проблем	

Роли	Имена
Создающий другим неприятности	
Держащийся в стороне от семейных разборок	
Приносящий жертвы ради других	
Семейный вулкан	
Затаивающий обиду	
Шутник	

Некоторые из упомянутых ролей не свойственны вашей семье или никогда не исполняются тем или иным ее членом. В этом случае оставьте графу пустой. Возможно, в вашей семье есть свои уникальные роли, отсутствующие в общем списке; допишите их.

Методику можно проводить индивидуально или со всей семьей в целом. Она очень наглядна, информативна и в групповом варианте может служить основой для обсуждения семейной ситуации и различий в ее восприятии членами семьи. Анкета обычно не вызывает сопротивления, легко встраивается в обсуждение многих семейных тем, привнося в дискуссию атмосферу юмора и шуток.

## Техника 8. «Прояснение коммуникаций»

Эта техника применяется при организации переговорного процесса с супружеской или детско-родительской парой пациентов. В идеале техника требует работы двух терапевтов. Однако при определенной тренировке она может осуществляться и одним специалистом.

Техника особенно эффективна в ситуации острого семейного кризиса, когда пациенты испытывают сильные и противоречивые чувства по отношению друг к другу. «Прояснение коммуникаций» позволяет организовать конструктивное выражение этих эмоций и добиться более глубокого принятия пациентами друг друга. Наиболее адекватно использование данной техники в супружеской терапии. С детско-родительской парой пациентов она также работает, однако в ее использовании существуют возрастные ограничения. То же самое касается любых переговорных стратегий, которые работают тем хуже, чем меньше возраст детей.

По сути, техника прояснения коммуникаций является развитием психодраматической техники дублирования. Пациентов просят обсудить одну из семейных тем. По мере того как диалог между ними становится все более и более эмоционально насыщенным, возникает удобный момент для перехода к прояснению коммуникаций. При этом психотерапевты пересаживаются, располагаясь чуть сзади и сбоку каждого от своего пациента. Далее терапевты, как и при дублировании, стараются подключиться к эмоциональному состоянию своих пациентов, озвучить их переживания от первого лица и помочь выразить себя более полно, не прибегая к защитным маневрам. Терапевты время от времени останавливают пациентов и просят оценить, насколько верно они отражают их сообщения друг другу.

«Перевод» психолога должен соответствовать внутреннему состоянию пациента, настолько, что у того может создаться впечатление, что терапевт выражает его чувства лучше его самого. Сообщения партнеров становятся более ясными, проявляются скрытые ранее страхи, и супруги переходят к реальному живому диалогу, все глубже продвигаясь в понимании себя и друг друга.

Одновременно происходит обучение членов семьи через моделирование процесса открытого общения. Терапевты трансформируют критические «Ты»-высказывания пациентов в «Я»-высказывания, что позволяет управлять переговорным процессом, сдерживают поток обвинений и взаимных нападок, обучая их более конструктивному взаимодействию.

В случае разнополой пары терапевтов при работе с супругами мужчина, как правило, озвучивает жену, в то время как женщина-терапевт озвучивает мужа. Таким образом удается избежать мужеско-женской коалиции. Для эффективной работы у психотерапевтов должны быть «чистые» коммуникации и проанализированные трудности взаимодействия друг с другом.

### **Техника 9. «Незаконченные предложения»**

Настоящая техника помогает видоизменить характер коммуникаций членов семьи, а именно:

- стимулировать диалог дистанцированных членов семьи;
- структурировать общение двух человек и сделать его бо-

лее безопасным для них (формулировки в виде «Я»-высказываний, баланс выражения негативных и позитивных чувств, обозначение направления изменений). Озвучивание позитивных характеристик особенно важно в ситуации семейного конфликта, когда члены семьи обмениваются в основном негативными подкреплениями, провоцируя нарастание ссоры;

- обеспечить равный вклад в разговор, сдерживая многословного и поощряя молчаливого члена семьи.

Помимо изменения процессуальных характеристик общения, данная техника позволяет исследовать основное содержание взаимных претензий.

Выбираются два члена семьи, отношения между которыми предполагается исследовать. Их просят расположиться напротив друг друга и поочередно заканчивать следующий ряд незавершенных предложений:

- «Мне нравится, что ты...»
- «Я расстраиваюсь, когда...»
- «Я злюсь, когда...»
- «Я благодарен тебе за...»
- «Мы могли бы по-другому...»

Эмпирическим путем было выявлено, что оптимальным в такой работе является завершение пяти предложений. Члены семьи должны пройтись по этому списку 3—4 раза. Обычно это не занимает более двадцати минут и, как правило, не встречает сильного сопротивления — наоборот, может стимулировать шутки и смех. Все присутствующие могут наглядно убедиться, с какой скоростью вылетают негативные чувства и в каких муках рождается признание достоинств друг друга. Часто подростки говорят, что они впервые услышали о себе что-то хорошее. Ограничением в использовании этой техники может быть только маленький возраст детей. Данная процедура может использоваться самостоятельно или служить хорошим разогревом для дальнейших переговоров.

## Техника 10. «Семейные правила»

### Упражнение 1. «Выяснение семейных правил»

Соберите всех членов семьи и задайте им вопрос: «Какие правила сейчас действуют у вас?» Выберите для этого такой момент, когда у вас будет час или два, чтобы осуществить эту

задачу. Выберите секретаря, чтобы он записывал правила. Это поможет вам не запутаться. Во время выяснения правил избегайте споров по поводу того, подходит ли это правило или нет. Это также неподходящее время, чтобы обсуждать, выполняются ли эти правила. Вы не стараетесь никого поймать. Это упражнение проходит в духе исследования.

Обычно легче всего выявить правила, связанные с тем, как распоряжаться деньгами, с выполнением домашних обязанностей и нарушениями правил. Но существуют правила, регулирующие любые взаимодействия в семье, некоторые из них скрыты и их трудно обсуждать. Для начала мы исследуем открытые правила.

Вы можете обнаружить, что те правила, которые кажутся очевидными, разными членами семьи понимаются по-разному. Для многих семей просто сидеть и выяснять эти правила — это нечто новое и познавательное. Многие родители уверены, что каждый человек в семье знает правила. Часто это бывает неверно. После первого шага причины недопонимания и проблем в поведении могут стать более очевидными. Разумно сначала выяснить, все ли понимают правила до конца, прежде чем решать, кто им не подчиняется.

### ***Упражнение 2. «Поправки в семейные правила»***

Теперь вы записали все правила, которые вам вспомнились, и прояснили все недоразумения по поводу правил. На следующем шаге нужно решить, какие правила являются точным отражением ваших семейных ценностей на сегодняшний день, а какие уже неактуальны.

Люди растут, и мир меняется. Поскольку правила принадлежат вам и вашей семье, у вас есть право менять и совершенствовать их или полностью отбросить. Одним из характерных признаков семейной системы, в которой есть удовлетворение и забота, является то, что правила можно изменить, когда это необходимо.

Теперь обсудите со своим партнером, какие семейные правила вам помогают, а какие — мешают. Чего вы хотите достичь с помощью этих правил? Насколько эффективно вы этого достигаете? Хорошие правила помогают семье; плохие правила ее ограничивают.

Мы обнаружили, что правила могут быть устаревшими,

несправедливыми, неясными или неподходящими, и их можно изменить. Теперь давайте исследуем, как можно изменить правила.

Обратите внимание на то, каков процесс изменения правил в вашей семье. Кому позволено просить об изменении? Кто решает? В юридической системе можно обжаловать решение. Можно ли обжаловать решение в вашей семье?

Давайте пойдем дальше в наших исследованиях. Обсудите, как создаются правила в вашей семье? Их создает один человек? Это самый старший, самый тактичный, самый ограниченный, самый влиятельный человек? Вы берете эти правила из книг? У соседей? Из семей, в которых выросли ваши родители? Откуда берутся эти правила?

До этого момента мы обсуждали довольно очевидные правила, которые легко обнаружить. Однако есть и другой набор правил, они часто являются скрытыми, и их трудно уловить. Это влиятельная и незримая сила, она управляет жизнью всех членов семьи.

### ***Упражнение 3. «Выявление скрытых правил»***

Что вы можете рассказать в своей семье о том, что вы думаете, чувствуете, видите, слышите; о вкусах и запахах, которые вы ощущаете? Можете ли вы комментировать только то, что должно быть, или также и то, что есть на самом деле?

Свободу комментирования можно разделить на 4 подгруппы:

1. Что вы можете сказать о том, что вы видите и слышите?

Вы только что видели, как два члена вашей семьи сильно поссорились. Можете ли вы выразить свой страх, беспокойство, гнев, агрессию?

Можете ли вы выразить свое одиночество, нежность, вашу потребность в утешении?

2. Кому вы можете это сказать?

Вы ребенок, и вы только что услышали, как ваш отец выругался. Существует семейное правило, запрещающее ругаться. Можете ли вы указать ему на это?

3. Как вы можете прокомментировать тот факт, что вы не согласны с чьим-нибудь поведением или не одобряете его?

Если пятнадцатилетний сын (или дочь) напивается, можете ли вы прямо об этом сказать?

4. Можете ли вы свободно попросить объяснения, если вы не понимаете кого-нибудь из членов семьи?

Если есть противоречие между словами и тоном голоса вашего партнера, можете ли вы прокомментировать это противоречие?

Каждый день члены семьи видят и слышат разные вещи. Некоторые из них приносят удовольствие. Другие вызывают замешательство и даже боль, третья могут вызвать чувство стыда. Если членам семьи не позволено признавать и комментировать то, что они замечают, и выражать чувства, которые это вызывает у них, тогда эти чувства подавляются и начинают подтачивать семейное благополучия.

Есть ли такие темы, которые никогда не должны подниматься в семье?

Как можно вести себя так, как будто этих фактов семейной жизни не существует?

Семейные запреты против обсуждения того, что есть и что было, создают плодородную почву для конфликтов.

Предположим, что существует такое неписаное семейное правило, согласно которому члены семьи могут говорить только то, что правильно, хорошо, значимо, уместно. В этом случае значительную часть действительности нельзя комментировать. Никто не бывает постоянно хорошим, уместным, значимым и т. д.

Когда правила запрещают комментировать многие вещи о себе и других членах семьи и когда вы не можете комментировать то, что есть на самом деле, то что тогда происходит? Некоторые люди лгут, некоторые начинают ненавидеть, а некоторые становятся чужими в своей семье. Самое худшее состоит в том, что у них появляется низкая самооценка, которая выражается в беспомощности, враждебности, глупости и одиночестве.

### Техника 11. «Я и мой жизненный путь»

Применяется в ходе индивидуальной работы с одним из членов семьи. Эта методика предполагает письменное изложение своей истории в контексте истории семьи. Такой прием помогает человеку осознать, каким образом прошлое по-

влияло на настоящее и как это влияние продолжает сказываться до сих пор.

Выполнение задания помогает увидеть повторяемость семейных стереотипов поведения и принять решение о «прощании с прошлым», освобождении от стереотипов, которые не соответствуют новым жизненным условиям. Предлагаемые пациенту вопросы для размышления направляют его внимание не столько на панораму времени, сколько на его собственную историю жизни, помогают исследовать, каким образом условия быта, события и люди повлияли на его жизнь.

### **Инструкция:**

Сначала кратко опишите внешние события вашей жизни (время и место рождения, национальность, социально-экономическое положение вашей семьи, число братьев и сестер, каким по счету вы родились, общие социальные условия, в которых вы жили). Как эти внешние обстоятельства повлияли на ваше развитие?

Излагать свою биографию можно по-разному. Некоторые делают это в хронологическом порядке, рассказывая о своей жизни год за годом; другие предпочитают начинать с того момента, который по каким-то причинам является для них значимым. Можно сначала набросать общий план основных событий в хронологическом порядке, а затем подробно остановиться на том, что больше всего вас привлекает, и вновь вернуться к плану, чтобы не упустить важные моменты жизни. Пишите так, как вам удобно. Самое важное — это начать писать. Попробуйте излагать мысли в виде потока сознания. Это лучше, чем заранее ограничивать изложение жесткими рамками плана.

Описывая свою жизнь, будьте откровенными и беспристрастными, не бойтесь предстать в невыгодном свете. Обратите внимание на те моменты своей жизни, которых вы стесняетесь: их осмысление поможет многое понять, лучше осознать свою жизнь и найти конструктивные способы отношений с собой и другими, стать более успешным. Если текст покажется вам слишком длинным и бессвязным, можно сделать на его основе более короткий и четко организованный вариант для своего психолога. Такая работа поможет вам лучше увидеть собственные стереотипы.

### **Вопросы для размышления:**

Каким вы были в разные периоды своей жизни?

В какую сторону вы изменились с тех пор?

Воспринимали ли вас окружающие так же, как вы воспринимали себя?

Какие маски вы носили? Как искажали свою истинную природу, чтобы быть принятным окружающими? Чтобы защищаться от них?

**Задания:**

Опишите поворотные моменты, во время которых происходили изменения в вашем осознании жизни или отношении к ней. Такие события часто воспринимаются как испытание или инициация и могут происходить как кризис или проверка на прочность.

Опишите замеченные вами стереотипы или конфликты, которые повторялись в различных жизненных ситуациях, а также уроки, которые вы вынесли из своего жизненного опыта.

Опишите свои самые ранние воспоминания.

Отметьте любые события, которые травмировали вас (например, болезни, несчастные случаи, смерти, расставания, насилие, сексуальные оскорблении и т. д.). Как они повлияли на вас?

Расскажите о своей жизни, подумайте, как бы вы назвали книгу о своей жизни, если бы написали ее. Придумайте миф или сказку о своей жизни и проиллюстрируйте ее рисунками.

**Итоговые вопросы:**

Вы принимаете свой жизненный опыт или относитесь к нему отрицательно?

В чем, на ваш взгляд, состоит более глубокий смысл и предназначение вашей жизни?

**Техника 12. «Рамки, через которые мы смотрим на мир»**

Данная техника применяется в небольшой группе. Ее цель — помочь человеку сравнить свои взгляды на мир с другими взглядами; осознать, как его взгляды на мир влияют на восприятие жизни в целом; подвести человека к мысли о возможности сознательного выбора своего отношения к жизни; укрепить веру в возможность продуктивных отношений с людьми. Она создает условия для мягкой недирективной реконструкции представлений человека о мире и своих возможностях и предназначена для того, чтобы пациент смог исследовать свой образ мира и осмыслить влияние, которое он оказывает на восприятие себя, других, жизни в целом.

Методика основана на трех принципах: проекции, контрастов и самофутуризации.

В ходе выполнения упражнения психолог, во-первых, создает условия для действия проекции — всеобщего механизма функционирования сознания, обусловленного его символико-смысловой природой; во-вторых, помогает человеку организовать свои действия с помощью рефлексии.

Сравнение взглядов на жизнь проводится по принципу контраста и помогает человеку пережить действие разных «рамок», оценить влияние своего мировосприятия на жизнь, по-новому увидеть свои возможности.

Использование самофутуризации, то есть перенесения воображаемых картин будущего в психологическое настоящее человека, становится основой для реконструкции образа мира.

### **Необходимое оборудование:**

Для психолога — две большие рамки из картона (ширины примерно 10 см) и большие листы бумаги различных цветов, две большие фотографии (грустная и веселая).

На одной из рамок заранее написаны пессимистические высказывания («Я ничего не могу с этим поделать», «Все ополчились против меня», «Мы живем в никудышном мире», «Все так безнадежно» и т. д.), на другой — оптимистические («Я справлюсь!», «Как прекрасен этот мир!», «У меня так много друзей», «Жизнь прекрасна!» и т. п.).

Для каждого участника — по две рамки из белой плотной бумаги и картона, восковые мелки, две фотографии или картинки (одна грустная, другая — веселая), несколько разноцветных листов плотной бумаги (размером больше, чем фотографии или картинки).

*Психолог:* Вот две большие фотографии. Потом вы посмотрите на них. Я буду показывать вам эти фотографии на фоне разных по цвету листов бумаги, чтобы вы могли определить, как влияет цвет рамки на ваше восприятие фотографии и настроение (показывает фотографии, прикладывая к разным по цвету листам).

У каждого из вас по две фотографии. Приложите веселую фотографию по очереди к листам черного, серого, синего, красного и желтого картона. Как разный цвет рамок влияет на ваше настроение при разглядывании фотографий?

Затем повторите то же самое с грустной фотографией. Что вы чувствуете, когда смотрите на фотографию? О чём вы ду-

маете? Какой представляется вам жизненная ситуация на фотографии?

Участники занятия выполняют предложенные психологом действия и высказывают свое мнение.

**Психолог:** Когда мы смотрим на мир, мы также используем разноцветные рамки. Только такими рамками становятся наши мысли.

Иногда мы смотрим на мир сквозь рамки из черных мыслей (показывает рамку с пессимистическими фразами и предлагает вспомнить моменты, когда участники смотрели на мир сквозь подобную рамку), иногда — сквозь рамку из светлых и радостных мыслей, например, таких (показывает рамку с оптимистическими высказываниями и просит вспомнить периоды жизни, когда участники воспринимали окружающее сквозь такие рамки).

Сейчас вы получите по две пустые рамки. На одной из них, назовем ее пессимистической, запишите все пессимистические мысли, которые придут вам в голову, на другой, оптимистической, свои оптимистические мысли.

Затем участникам занятий предлагается примерить рамки — сначала негативную, затем позитивную, посмотреть на окружающее через каждую из них, произнося при этом слова, которые соответствуют их мыслям и чувствам при взгляде через каждую из рамок (по отношению к миру, к другим людям, к себе самому).

### **Вопросы для размышления:**

Как вы себя чувствуете, когда смотрите на мир через пессимистическую рамку? Через оптимистическую?

Чего вы сможете достигнуть, если будете смотреть на мир через оптимистическую рамку?

### **Техника 13. «Семейное кукольное интервью»**

В этой технике члены семьи и терапевт разговаривают друг с другом не непосредственно, а разыгрывая кукольный спектакль. Каждый из участников может пользоваться одной или несколькими куклами, соответствующими различным ситуациям и семейным ролям. Техника дает много возможностей для наблюдения как видимых, так и скрытых путей взаимодействия членов семьи друг с другом. Выбор кукол, конфликты, выраженные в фантазиях, обсуждение после спектакля,

когда членов семьи просят дать свои свободные ассоциации по поводу пьесы, изучение вопроса о том, какое отношение имеет разыгранная история к функционированию семьи, — все это помогает понять внутрисемейные взаимоотношения.

Конфликт между персонажами драматизируемой истории отражает фантазии членов семьи; форма и содержание которых, как правило, вращаются вокруг одной или нескольких тем, что часто представляет собой символический ответ на подспудно присутствующий у психотерапевта вопрос семье: «Зачем вы сюда пришли?»

Эта методика в наибольшей степени подходит семьям с детьми от пяти до двенадцати лет, которым трудно прямо говорить с терапевтом о своих семейных проблемах, в том числе связанных с насилием в семье.

## Техника 14. «Если бы я был...»

Техника представляет собой игру, в основе которой лежит задание завершить незаконченные предложения.

Члены семьи обозначают самих себя или друг друга теми или иными неодушевленными предметами — метафорами данного индивида, что помогает им сосредоточиться на том, кем данный человек в действительности является или может быть в идеале. Это же раскрывает психотерапевту роль, которую в представлении какого-то конкретного человека он играет в своей семье и в обществе в целом. Технику можно использовать и для того, чтобы справиться с трудностями в работе с «невербальной» семьей или взять под контроль «зaintеллектуализированные» разговоры в семье. Кроме того, психотерапевт может давать провоцирующие фразы, направленные на выявление проблем, связанных с насилием или чрезмерно строгой атмосферой в семье.

Техника «Если бы я был...» может быть использована самыми разными способами, чаще всего в качестве стремительно развивающейся игры. Психотерапевт начинает игру, читая первую часть предложения и обращаясь к семье с просьбой закончить его. После того как все члены семьи справятся с заданием, психотерапевт предлагает следующее незаконченное предложение. Все это может быть проделано несколько раз с использованием в качестве метафор разнообразных неодушевленных предметов. Предложения создаются самим психо-

терапевтом таким образом, чтобы включить метафоры, относящиеся к различным сенсорным и интеллектуальным модальностям. Предложения могут начинаться примерно так:

- Если бы я (он, она, наша семья) был транспортным средством, я (он, она, семья) был бы...
- «Если бы я был отрицательным персонажем сказки, я был бы...»
- «Если бы я был цветом, я был бы...»
- «Если бы я был настроением, я был бы...»
- «Если бы я был грехом, я был бы...»
- «Если бы я был инструментом, я был бы...»
- «Если бы я был животным, я был бы...»
- «Если бы я был известным литературным персонажем или историческим деятелем, я был бы...»
- «Если бы я был запахом, я был бы...»
- «Если бы я был едой, я был бы...»

Игра протекает быстро — у членов семьи не должно быть слишком много времени для обдумывания ответов. Предполагается, что игра будет записана на видеомагнитофон и затем воспроизведена в присутствии семьи, которая каким-то образом сможет отреагировать на произшедшее, а также прокомментировать предложения, составленные их близними.

### Техника 15. «Нарисуй сон»

Технику «Нарисуй сон» можно применять в любых формах психологической помощи семье, но особенно она полезна в тех случаях, когда идентифицированными пациентами здесь являются дети.

Открытая жестокость и ссоры в семье, особенно в том случае, когда ребенок оказывается вовлечен в конфликт родителей, скорее всего, будут наносить ему вред. Испытываемый ребенком стресс может еще более обостриться в том случае, когда взрослые члены семьи с недостаточной теплотой и любовью относятся к ребенку, а также когда конфликты продолжаются в течение долгого времени.

Роль ребенка в уменьшении, поддержании или обострении родительского конфликта еще недостаточно изучена, хотя наблюдаемые у ребенка симптомы часто укрепляются вследствие того, что они играют центральную роль в преодолении или сглаживании семейного конфликта.

Если идентифицированным пациентом является ребенок,

терапевту часто оказывается сложно собрать информацию, которую члены семьи считают неважной или не относящейся к делу. Проективная техника «Нарисуй сон» используется для оценки уровня дистресса ребенка и его восприятия семейной проблемы. Ребенок воспринимает эту технику как игру, и это часто помогает ему расслабиться и установить хорошие отношения с психотерапевтом.

Психотерапевт рисует фигурку ребенка, лежащего в постели, и пририсовывает к нему большой мыльный пузырь, как на карикатурах. Затем терапевт объясняет, что этому ребенку снится кошмар, и просит своего маленького пациента нарисовать этот сон: «Это мальчик, которого зовут так же, как тебя, может быть, это даже ты, и ему снится плохой сон. Не мог бы ты нарисовать мне этот сон?» Связав рисунок, изображающий дурной сон, с реальными жизненными событиями, такими, как ссоры родителей, сцены насилия, можно помочь ребенку понять смысл его огорчений. Такое понимание часто сразу же приносит облегчение.

Затем терапевт с согласия ребенка предлагает показать рисунок страшного сна родителям, так как это может помочь им понять его чувства и проблемы. Терапевт предоставляет ребенку возможность выбора, позволяя ему присутствовать при обсуждении рисунка с родителями. При этом анализируется взаимосвязь рисунка с семейными проблемами. Это обсуждение может оказаться очень существенное влияние на родителей, так как часто они не осознают своего участия в создании трудностей в жизни ребенка.

## Техника 16. «Круг влияний»

Начертите небольшой круг в центре листа. Впишите в него свое имя. Расположите вокруг людей, которые оказали влияние на ваше взросление и воспитание до 18 лет. Их воздействие может быть как позитивным, так и негативным. Проведите линии к этим людям от вашего круга. Чем их влияние больше, тем соединительные линии должны быть толще и короче. Чем влияние меньше, тем линия длиннее и тоньше.

Напишите:

- имена этих людей;
- их роль по отношению к вам (мать, отец, друг, учитель и т. д.);

- прилагательное или короткую фразу, описывающую то, как вы переживали их влияние.

Когда вы закончите задание, напишите, какие эмоции оно у вас вызвало.

### Техника 17. «Семейная хронология»

Составьте список дат, фактов и событий, начинающийся с рождения ваших дедушек и бабушек и до настоящего времени.

Эта хронология должна содержать все даты и события, которые, по вашему мнению, объясняют, каким вы являетесь сегодня. Вы можете не знать точно, как определенные события воздействуют на вас сегодня, но если вы смутно чувствуете, что на ваше формирование повлияло какое-то событие, запишите его.

Например, семейное предание или миф могут быть не менее важны, чем просто даты рождения, смерти и браков, годы болезней, изменений в карьере, переходов в другие школы, удач, неуспехов и т. д.

Разделите хронологию на три раздела: семья матери, семья отца и семья, в которой вы родились.

Семья, в которой вы родились, начинается с даты и события, когда родители встретились в первый раз.

Когда вы не знаете точно дату или факты, поставьте знак вопроса рядом с ними.

Когда вы закончите задание, напишите, какие чувства оно у вас вызвало.

### Техника 18. «Фантазии рождения»

Напишите три коротких сочинения, представляющих собой ваши фантазии о рождении вашей матери, вашего отца и вас самих. Вы можете знать только даты и места этих рождений, так что дополните истории сами.

Опишите от лица рождающегося ребенка, что происходит в семье на момент рождения, кто забирает его из роддома и какие чувства у членов семьи вызвало его появление. Вставьте факты, которые вы знаете, но не позволяйте отсутствию информации ограничить ваше воображение.

Когда вы закончите задание, напишите, какие эмоции оно у вас вызвало.

## Техника 19. «Генограмма семьи»

Семейную историю удобно и эффективно прослеживать с помощью техники генограммы. Генограмма представляет собой форму семейной родословной, на которой записывается информация о членах семьи, по крайней мере, в трех поколениях (рис. 7). Генограммы показывают семейную информацию графически, что позволяет быстро охватить сложные семейные паттерны, и являются богатым источником гипотез о том, как клинические проблемы могут быть связаны с семейным контекстом и развитием во времени. Для терапевтических записей генограмма обеспечивает краткое резюме, позволяющее терапевту, незнакомому со случаем, быстро воспринять большое количество информации о семье и получить представление о ее потенциальных проблемах.

Генограмма, в отличие от других форм исследовательской записи, позволяет постоянно вносить изменения и корректировку при каждой встрече с семьей. Она дает возможность терапевту держать в голове большое количество членов семьи, их взаимоотношения и ключевые события семейной истории.

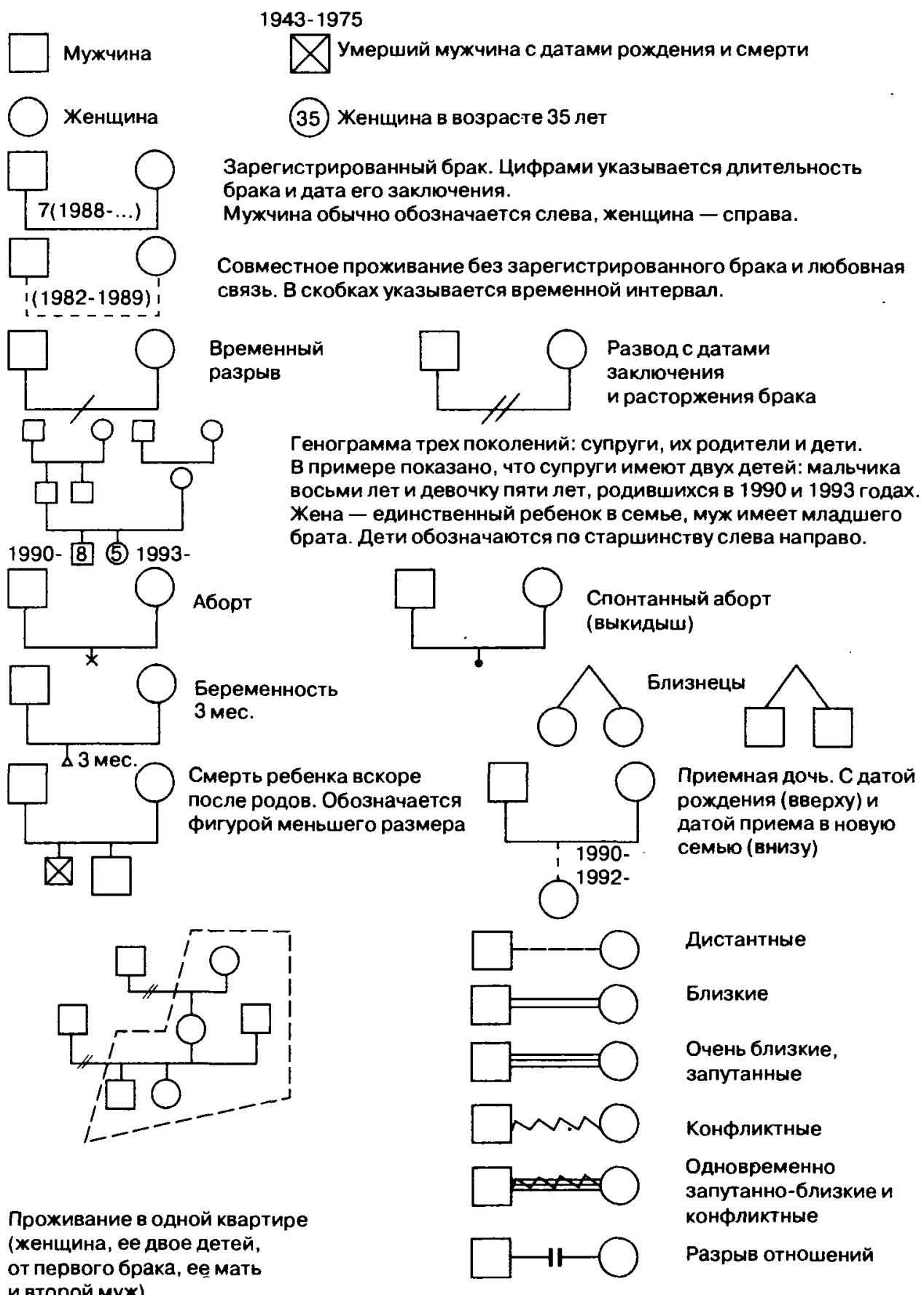
Генограмма не является тестом и не содержит клинических шкал. Скорее она представляет собой субъективный инструмент генерирования клинических гипотез для анализа семейной истории.

Системный подход предполагает, что люди организуют свое поведение внутри семейных систем в соответствии с поколением, возрастом, полом, структурными и коммуникативными параметрами системы. Структура родительской семьи оказывает влияние на паттерны взаимоотношений и тип семьи, которую создает следующее поколение. Основной гипотезой является то, что паттерны взаимоотношений предыдущих поколений могут обеспечить неявные модели для семейного функционирования в следующих поколениях.

В системном подходе можно объединить одновременно текущий и исторический контекст семьи. «Течение тревоги» в семейной системе происходит как вдоль вертикального, так и вдоль горизонтального направлений. «Вертикальный» поток происходит от паттернов функционирования и взаимоотношений, что исторически переходят вниз по поколениям, главным образом через процесс эмоционального триангулирования. «Горизонтальный» поток проистекает из текущих стрессов семьи, двигающейся через время, попыток справиться с

# ГЕНОГРАММА СЕМЬИ. ОСНОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

На генограмме рядом с теми лицами, к которым это относится, могут коротко помечаться их имена, образование, род занятий, серьезные заболевания, место жительства и т. д.



*Рис. 7. Основные обозначения генограммы.*

неизбежными изменениями, неудачами и переходами в жизненном цикле.

Стрессоры на вертикальной оси могут создавать добавочные проблемы, так что даже маленький горизонтальный стресс может иметь серьезное влияние на систему. Например, если молодая мать имеет много нерешенных проблем со своей матерью (вертикальная тревога), она может иметь особо тяжелое время, встречаясь с обычными трудностями воспитания (горизонтальная тревога).

Генограмма помогает терапевту проследить «текущие тревоги» через поколения и пересечение ее с текущим семейным контекстом.

Попытаемся структурировать основные категории, используемые системно-ориентированным семейным терапевтом при анализе семейной истории.

## **Порядок рождения, пол и разница в возрасте между детьми в семье**

Модели поведения людей во многом определяются тем, были ли они старшими, средними, младшими или единственными детьми в семье. Люди, занимающие одинаковое положение в родительской семье по порядку рождения, имеют весьма близкие паттерны поведения в собственной семье.

Существует ограниченное число возможных ролевых позиций в семье в зависимости от количества детей, их пола и промежутка между их рождением. И хотя в настоящее время модели поведения, связанные с порядком рождения, претерпевают изменения вследствие социальных перемен, контроля над рождаемостью, женских движений, большого числа семей, повторно вступающих в брак, можно говорить о некоторых устойчивых различиях между ролевыми позициями детей. Опишем коротко эти характеристики и их влияние на модели супружеских взаимоотношений.

Старшему ребенку в семье обычно больше других детей свойственны ответственность, добросовестность, стремление к достижениям, честолюбие. Он часто берет на себя часть родительских функций, заботясь о младших детях в семье. Он может чувствовать себя ответственным за семейное благосостояние, продолжение семейных традиций, часто становится лидером. Рождение следующего ребенка приводит к лишению

его исключительного права на любовь и заботу матери и часто сопровождается ревностью к сопернику.

Для младшего ребенка больше свойственны беззаботность, оптимизм, готовность принимать чужое покровительство. Для членов своей семьи он может так и остаться навсегда малышом. К его достижениям родители, как правило, относятся менее требовательно. Если старшие дети в семье не умирают или серьезно не заболевают, он меньше посвящает себя продолжению дела семьи.

Средний ребенок может показывать характеристики как младшего, так и старшего или их комбинации. Часто, однако, средний ребенок, если только он не единственная девочка или единственный мальчик в семье, вынужден бороться за то, чтобы быть замеченым и получить свою роль в семье.

Единственный ребенок оказывается одновременно самым старшим и самым младшим ребенком в семье. В результате эти дети имеют многие свойства старшего ребенка, но могут сохранить в себе детские качества до зрелого возраста. Более, чем какой-либо другой ребенок, единственный ребенок наследует характеристики своего родителя того же пола. Поскольку родители склонны возлагать большие надежды на своего единственного ребенка, как и на старшего, он обычно отличается в школе и в последующих областях приложения сил. Будучи исключительным фокусом внимания, единственные дети часто имеют очень тесную привязанность к родителям на протяжении всей жизни. Имея меньше возможностей для игры с другими детьми, он может походить уже в детстве на маленького взрослого. Кроме того, он достаточно комфортно будет чувствовать себя в одиночестве.

Ребенок с особыми свойствами может изменить типично ожидаемые характеристики. Второй ребенок может стать функционирующим как первый, если имеет особые таланты или если старший болен. С другой стороны, порядковая позиция ребенка может быть усиlena, если его родитель того же пола имеет такую же порядковую позицию.

Большое значение имеют установки родителей относительно пола ребенка. В большинстве культур семьи обычно оказывают предпочтение сыновьям. Старшая сестра в семье может принимать участие в воспитании младших детей и брать на себя часть родительских функций, в то время как следующий за ней брат будет получать славу и высокие родительские

ожидания. Существуют исследования, которые указывают, что хотя предпочтительность сыновей уменьшается, имеется большая вероятность, что семьи с одними девочками будут «продолжать попытки», в то время как семьи, где есть только сыновья, остановятся на меньшем количестве детей.

Что касается разницы в возрасте, то если она составляет более пяти-шести лет, то каждый из детей будет приближаться по своим характеристикам к единственному ребенку, хотя к ним будут добавляться некоторые качества той позиции, к которой он ближе всего. Например, старшая сестра брата, которая на восемь лет старше его, будет скорее единственной дочерью, какой она и была на протяжении восьми лет, но в ее поведении будут заметны и черты старшей сестры братьев. Чем меньше разница в возрасте, тем более вероятно, что дети будут вступать в конкуренцию за достижения. Например, если между старшим братом и младшей сестрой разница всего в год, то наступит время, когда он будет бояться опережения себя девочкой, чье развитие будет происходить быстрее его.

Для стабильного супружества большое значение имеет то, в какой мере в нем повторяется положение, которое каждый супруг занимал среди братьев и сестер.

В связи с этим можно выделить комплементарный, некомплементарный и частично комплементарный браки.

В браке старшего и младшего детей супругам легче договориться и подстроиться друг под друга, так как они воспроизводят опыт взаимоотношений с братьями и сестрами (рис. 8). Они занимают в браке комплементарные роли — один заботится, другой принимает заботу; один хочет ходить на работу, другой предпочитает оставаться дома и т. д. Их связь тем прочнее и продолжительнее, чем больше отношения обоих партнеров напоминают их положение в семье родителей («теория дубликатов»).

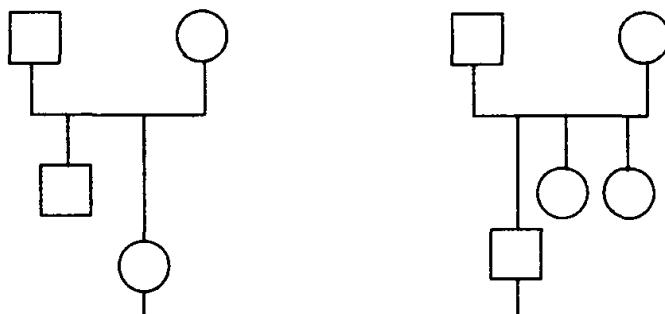
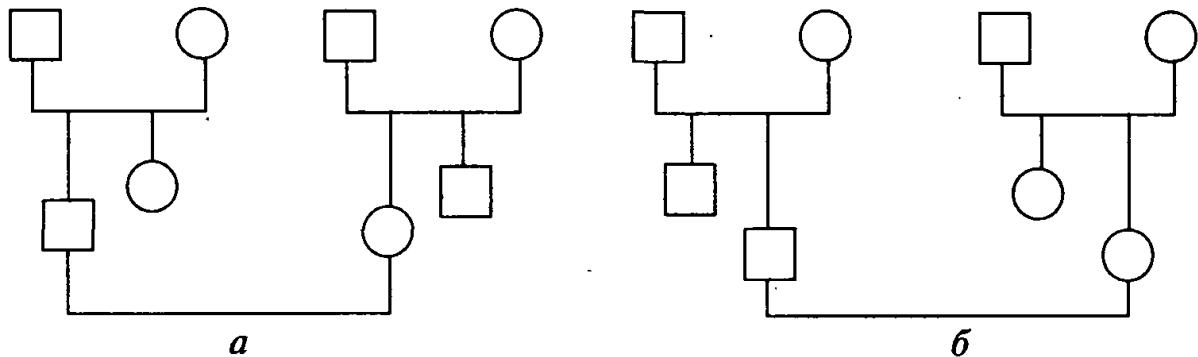


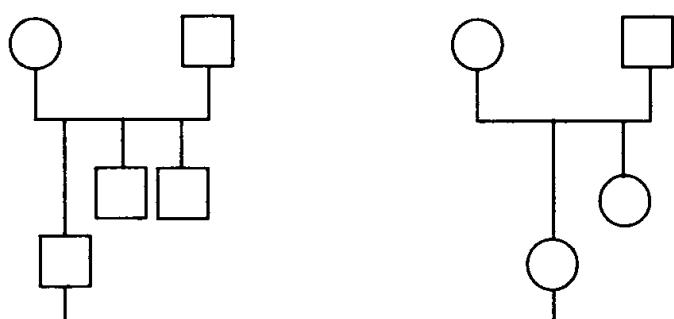
Рис. 8. Комплементарный брак младшей дочери и старшего сына.

Некомплементарный брак — это брак партнеров с одинаковой порядковой позицией в родительской семье. При прочих равных условиях им требуется больше времени и усилий, чтобы договориться и действовать согласованно. Когда в брак вступают два старших ребенка, они могут бороться за власть и конкурировать во взаимоотношениях. Два младших, наоборот, могут избегать ответственности и соревноваться, кто из них младше (рис. 9).



*Рис. 9. Некомплементарный брак а) двух старших, б) двух младших детей.*

Очень важным является, был ли у супругов опыт взаимоотношения с лицами противоположного пола в родительской семье. Муж, который произошел из семьи, где все дети были мальчиками, будет, вероятно, воспринимать женщин как «чужеродное существо» и ему надо больше сделать усилий, чтобы понять свою жену, чем мужчине, который имел сестер (рис. 10).



*Рис. 10. Некомплементарный брак двух старших детей, осложненный трудностями из-за одинакового пола детей в семье.*

Следует различать идентичность и комплементарность. В первом случае речь идет об идентификации, во втором о взаимодействии. Партнеры, которые занимали одинаковое

положение среди братьев и сестер в родительской семье, легче узнают друг друга и быстрее достигают взаимопонимания. Например, младший брат сестер или младшая сестра сестер хорошо знают, что значит быть самым младшим по сравнению с другими детьми. Муж и жена, которые были самыми старшими в семье своих родителей, хорошо знают, что такое уход за младшими и ответственность за них. Они легко понимают друг друга и могут подменить один другого при необходимости, но плохо сотрудничают. Партнеры с идентичным типом сохраняют полное согласие в браке только тогда, когда они работают в разных областях, обеспечивают друг другу определенную свободу в личной жизни, имеют разные компании и параллельно воспитывают детей, например сыновей воспитывает отец, а дочерей — мать.

Частично комплементарные отношения устанавливаются в том случае, когда один или оба партнера в родительской семье имели несколько типов связей со своими братьями и сестрами, из которых по крайней мере одна совпадала с таковой у партнера (рис. 11).

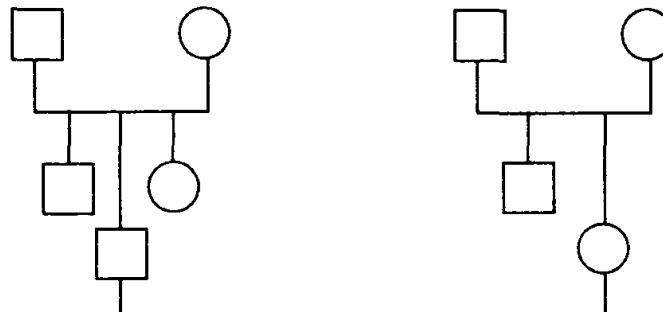


Рис. 11. Частично комплементарный брак.

Единственные дети, в силу их большей привязанности к родителям, скорее будут искать в партнере черты отца или матери. Наилучший прогноз для таких лиц имеет брак с партнером, имевшим младшего брата или сестру (например, муж, бывший единственным ребенком, и жена, имевшая младшего брата). Наихудший прогноз имеют браки, в которых каждый из супругов был единственным ребенком в семье.

Важно отметить также, что комплементарность брака не является абсолютной гарантией его стабильности. Необходимо соотнести этот параметр с тем характером взаимоотношений, который был в родительских семьях супругов. Например, муж ожидает от жены заботы о нем, в то же время бунтуя

против чрезмерной опеки, как это делал со своей старшей сестрой. Важной моделью является также модель взаимоотношений родителей супружов.

### Совпадение жизненных событий

Под ключевыми жизненными событиями в генограмме понимаются рождения, смерти, заключения браков, разводы и временные разделения, переезды, серьезные заболевания, изменения во взаимоотношениях, в карьере, смена места работы и учебных заведений, серьезные неудачи и успехи и т. д. Часто кажущиеся не связанными события, происходящие в одно и то же время в семейной истории, системно соотносятся и имеют глубокое влияние на функционирование семьи. Не предполагается, что одно событие вызывает другое и служит его причиной, скорее речь идет о сочетании ряда событий, которые могут влиять на развитие семейных паттернов. Исследуя семейную историю, терапевт отмечает время, когда семья испытывала нагромождение стрессов, влияние травматических событий внутри семьи и взаимосвязь семейного опыта с социальными изменениями.

Выделяются следующие 4 типа совпадений:

1. Совпадение важного жизненного события в семье с началом развития симптома у какого-либо ее члена или с этапами его обострения. Типичным примером этого вида совпадения является возрастная агрессия ребенка после рождения младшего братика или сестренки.

2. Группирование важных жизненных событий в переходный период между стадиями жизненного цикла. В этот период семьи особенно уязвимы к изменениям. Например, крах профессиональной карьеры отца может наложиться на период между подростковым возрастом и фазой отделения ребенка от семьи и особенно ожесточить взаимоотношения отца с сыном, который пытается идти своим путем. Или долго откладывавшая свой брак женщина выходит замуж вскоре после смерти своего отца. В этом случае терапевту стоит исследовать взаимоотношения женщины со своим отцом. Важнейший вопрос, на который должен ответить себе терапевт, состоит в том, почему семья пришла к нему на прием именно сейчас, а не раньше или позже.

3. Реакция на юбилей и совпадение событий по типу «воз-

растного рубежа». Некоторые совпадения могут быть поняты как реакция на юбилей какого-нибудь важного или травматического события. Например, возникающее депрессивное настроение в одно и то же время каждый год может совпадать с годовщиной смерти родителя или брата/сестры, причем такая связь не обязательно будет осознаваема. К определенному возрасту у членов семьи может резко возрастать тревога. Так, у мужчины, отец которого умер от инфаркта в 40 лет, может развиться страх умереть от сердечного приступа, когда он начинает преодолевать этот возрастной рубеж. Или женщина может начать особенно бояться развода, когда ее младшей дочери исполнится столько же лет, сколько было ей, когда их семью покинул отец. Или, например, в консультацию обращается женщина с проблемным подростком тринацати лет. В процессе интервью выясняется, что, когда ей самой было тринацать лет, у нее умерла мать. Возможно, она обращается на консультацию именно сейчас, так как приблизилась к возрасту своего сына, в котором у нее самой отсутствует опыт воспитания матерью.

4. Совпадение ряда событий с рождением ребенка может сделать его положение в семье особым. На особое положение Зигмунда Фрейда в семье своих родителей может указывать ряд обстоятельств. В год его рождения умирает отец его отца, через год рождается и вскоре умирает его брат, после чего в семье долгое время рождались одни девочки. Кроме того, через пару лет после его рождения старшие сыновья отца от другого брака эмигрируют в Англию. Возможно, что Зигмунд стал для своих родителей заменой всех этих потерь. Напротив, ребенок, родившийся «не вовремя», когда семья не была к этому готова, может нести на себе печать скрытого отвержения. Внуки с симптоматическим поведением часто рождаются в пределах двух лет от смерти прародителей. Стressовые жизненные события, особенно потеря близких, увеличивают вероятность несчастных случаев. Потеря старшего ребенка перемещает его функции к следующему, делая его надеждой семьи.

## Повторение паттернов функционирования в следующих поколениях

Множество симптоматических паттернов, таких, как алкоголизм, инцест, физические симптомы, насилие и суициды, склонны к повторению из поколения в поколение. Узнавание

и исследование таких паттернов может помочь семье в понимании используемых ею способов адаптации и через намеренное вырабатывание других способов совладания с ситуацией избежать повторения неприятных моделей в настоящем и перехода их в будущее.

Наследие «семейных программ» может оказывать серьезное влияние на ожидание и выборы в настоящем. Так, например, женщина, происходящая из семьи, где было несколько поколений разводов, может воспринимать развод почти нормой.

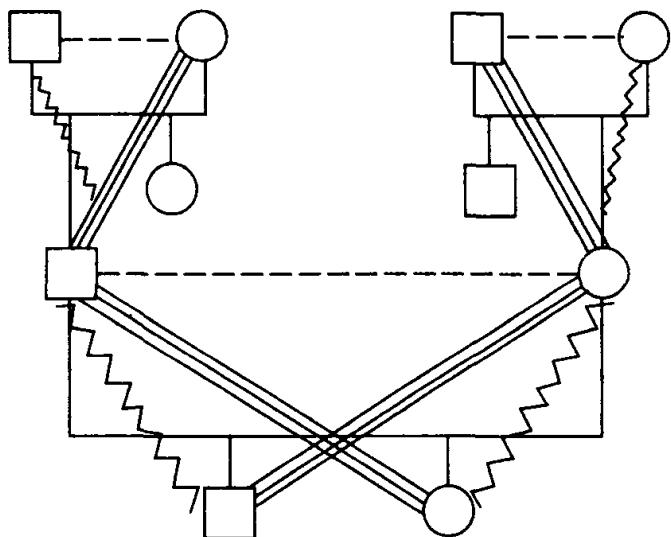
Выбор жизненного пути может также отталкиваться от жизненного опыта и интересов предыдущих поколений.

### **Триангулирование как модель передачи паттернов взаимоотношений**

Несмотря на огромную сложность и разнообразие семейных взаимодействий, которые к тому же меняются со временем, изучение семейной истории позволяет проследить трансляцию определенных инвариантов взаимоотношений в последующих поколениях. Особенно удобно это делать, используя генограмму.

Очевидно, что наименьшая человеческая система состоит из двух человек. Анализируя генограмму, можно увидеть повторение динамических взаимоотношений. Так, на рис. 12 показано, что сыновья в каждом поколении имеют конфликтные взаимоотношения с их отцами и близкие с материами, в то время как дочери, напротив, — конфликтные с материами и близкие с отцами. Все супруги имеют дистантные или конфликтные взаимоотношения друг с другом. Другими словами, существует комплементарный паттерн супружеского дистанцирования, конфликтов между лицами того же пола и альянс между лицами разных полов между поколениями. Можно тогда предположить, что сын и дочь в третьем поколении могли бы повторить эту модель дистанцированного брака, конфликты с детьми того же пола и близость с детьми противоположного.

Более сложный уровень анализа, соответствующий системному подходу, предлагает связывать эти диадические взаимоотношения и видеть их как функцию других, исследуя таким образом семейные треугольники. С этой перспективы дистанцирование отца с матерью может быть функцией его близости с дочерью и конфликта матери с дочерью. Можно



*Рис. 12. Переход паттернов взаимоотношений в новые поколения.*

выдвинуть такую же гипотезу для любых трех членов этой системы. Существование в форме диады неустойчиво и имеет тенденцию втягивать третьего члена, стабилизируя взаимоотношения. Триангулирование считают основным механизмом передачи паттернов взаимоотношений в последующие поколения. Одной из основных терапевтических стратегий при этом является отмена паттерна треугольника и помочь в решении проблем диады напрямую друг с другом. Один из фрагментов помощи семье в данном примере мог бы заключаться в установлении близких взаимоотношений дочери с матерью, даже если ее отец, с кем она была также близка, находится в конфликте с ее матерью (возможно, опасение не быть лояльной к отцу мешает дочери проделать это самой). Если бы дочь смогла этого достигнуть, вероятность установления ее хронических конфликтов со своей дочерью в новом поколении сильно уменьшилась бы. Кроме того, это рикошетом внесло бы изменения во взаимоотношения супружов.

## Интервью по генограмме

Семейный психотерапевт собирает информацию:

1. О составе семьи: «Кто живет вместе в вашем доме? В каких они родственных отношениях? Были ли у супругов другие браки? Есть ли от них дети? Где живут остальные члены семьи?»
2. Демографическую информацию о семье: имена, пол, воз-

раст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи и т. д.

3. О настоящем состоянии проблемы: «Кто из членов семьи знает о проблеме? Как каждый из них видит ее и как реагирует на нее? Имеет ли кто-нибудь в семье подобные проблемы?»
4. Об истории развития проблемы: «Когда проблема возникла? Кто ее заметил первым? Кто думает о ней как о серьезной проблеме, а кто склонен не придавать ей особого значения? Какие попытки решений в этих ситуациях были предприняты и кем? Обращалась ли семья раньше к специалистам и были ли случаи госпитализации? В чем изменились взаимоотношения в семье по сравнению с тем, какими они были до кризиса? Видят ли члены семьи проблему как изменяющуюся? В каком направлении? К лучшему или к худшему? Что случится в семье, если кризис будет продолжаться? Какими видятся взаимоотношения в будущем?»
5. О недавних событиях и переходах в жизненном цикле семьи: рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т. д.
6. О реакциях семьи на важные события семейной истории: «Какова была реакция семьи, когда родился определенный ребенок? В честь кого он был назван? Когда и почему семья переехала в этот город? Кто пережил тяжелее всего смерть этого члена семьи? Кто перенес легче? Кто организовывал похороны?» Оценка прошлых способов адаптации, особенно реорганизаций семьи после потерь и других критических переходов дает важные ключи к пониманию семейных правил, ожиданий и паттернов реагирования.
7. О родительских семьях каждого из супругов: «Живы ли ваши родители? Если умерли, то когда и отчего? Если живы, то чем занимаются? На пенсии или работают? Разведены ли они? Были ли у них другие браки? Когда ваши родители встретились? Когда они поженились? Есть ли у вас братья или сестры? Старшие или младшие и какова разница в возрасте? Чем занимаются, находятся ли в браке и есть ли у них дети?» Терапевт может далее задавать такие же вопросы про родителей отца и матери. Целью является

сбор информации по крайней мере о трех поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией являются сведения о приемных детях, выкидышах, abortах, рано умерших детях, других значимых для семьи людях (друзьях, коллегах, учителях, психотерапевтах и т. д.).

8. О семейных взаимоотношениях: «Есть ли в семье какие-либо ее члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом? Есть ли кто-нибудь, кто находится в серьезном конфликте? Какие члены семьи очень близки друг к другу? Кому в семье этот человек доверяет больше всего? Все супружеские пары имеют некоторые трудности и иногда конфликтуют. Какие типы несогласия есть в вашей паре? У ваших родителей? В браках ваших братьев и сестер? Как каждый из супругов ладит с каждым ребенком?» Психотерапевт может задавать специальные циркулярные вопросы. Например, он может спросить у мужа: «Как вы думаете, насколько близки были ваша мать и ваш старший брат?» — и затем поинтересоваться мнением его жены. Иногда полезно спрашивать, как другие члены семьи могли бы охарактеризовать людей, присутствующих на встрече: «Как ваш отец описал бы вас, когда вам было тринадцать лет, что соответствует возрасту вашего сына сейчас?» Целью таких циркулярных вопросов является обнаружение различий во взаимоотношениях с разными членами семьи. Обнаруживая отличающееся восприятие у разных членов семьи, терапевт попутно вводит новую информацию в систему, обогащая представление семьи о самой себе.
9. О семейных ролях: «Кто из членов семьи любит проявлять заботу о других? А кто любит, когда о нем много заботятся? Кто в семье выглядит волевым человеком? Кто самый авторитетный? Кто из детей более послушен родителям? Кому сопутствует успех? Кто постоянно терпит неудачи? Кто кажется теплым? Холодным? Дистанцированным от других? Кто больше всех болеет в семье?» и т. д. Важно обращать внимание на ярлыки и клички, которые члены семьи дают друг другу (Супермать, Железная Леди, Домашний Тиран и т. д.). Они являются важными ключами к эмоциональным паттернам в семейной системе.

10. О трудных для семьи темах: «Имеет ли кто-нибудь из членов вашей семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы? Проблемы с физическим или сексуальным насилием? Употребляют ли наркотики? Много алкоголя? Когда-либо были арестованы? За что? Каков их статус сейчас?» и т. д. Обсуждение этих тем может быть болезненным для членов семьи, и поэтому вопросы следует задавать особенно тактично и осторожно. Если семья высказывает сильное сопротивление, то нужно отступить и вернуться к ним позднее.

### 3.16. НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ (НЛП)

Теория и практика НЛП подробно описаны во многих работах, как новых, так и ставших уже классическими (Альдер, 1998, 2000; Андреас, Андреас, 1999а, 1999б; Андреас и др. 2000; Бэндлер, 1998; Бэндлер, Гриндер, 1992, 1994; Гриндер, Бэндлер, 1996; Дилтс, 1994; 1997, 1998; ОКоннор, Сеймор, 1997; Мак-Дермотт, ОКоннор, 1998, и др.). НЛП занимается исследованием структуры субъективного опыта — нашего собственного способа построения своего уникального внутреннего мира, поэтому оно вполне подходит для того, чтобы исследовать здоровье и воздействовать на него (рис. 13).

Для первого знакомства с основными положениями и многими техниками НЛП рекомендуем книгу «Исцеление с помощью НЛП» (Ковалев, 1999).

Здоровье и болезнь с точки зрения НЛП являются субъективными переживаниями. Мы сами определяем уровень своего здоровья, главным образом — оценивая свои ощущения.

- Что значит для вас быть здоровым?
- Как бы вы определили эти слова — «быть здоровыми»?
- Как это можно ощутить?
- Как вы узнаете, что здоровы?

Это главные вопросы о личном определении здоровья. Вопросы намеренно задаются о том, как «быть здоровым», а не о «здоровье».

# Психотерапия при психосоматических заболеваниях



*Рис. 13. Алгоритм системы психосоматического исцеления (Ковалев, 1999).*

### ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ НЛП ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ПСИХОСОМАТИКЕ

НЛП построено на двух фундаментальных принципах:

1. *Карта не есть территория.* Человеческие существа никогда не могут постичь всей полноты действительности. То, что мы познаем, — лишь наше восприятие этой действительности. Как правило, сдерживает нас или побуждает идти вперед не сама действительность, а наша «карта» — отражение этой действительности. Таким образом,
  - a) люди реагируют на свое собственное восприятие реальности;
  - b) каждый человек обладает своей собственной индивидуальной «картой мира». Никакая отдельная «карта» — отражение мира — не является более подлинной или «настоящей», чем любая другая;
  - c) смысл коммуникации заключается в реакции, которую оно вызывает, независимо от намерений коммуникатора;
  - d) наиболее «мудрые» и «дружественные» «карты» — те, которые предоставляют наиболее широкий и богатый выбор возможностей, а не те, что являются наиболее «подлинными» или «точными»;
  - e) люди уже обладают (по крайней мере, потенциально) всеми ресурсами, необходимыми для эффективных действий;
  - f) любое поведение представляет собой выбор лучшего варианта из имеющихся в данный момент, исходя из возможностей и способностей человека, определяемых его моделью мира;
  - g) изменения происходят при высвобождении или приведение в действие подходящих ресурсов в рамках конкретного контекста, благодаря обогащению «карты мира» данного человека.
2. Жизнь и сознание являются системными процессами. Следовательно,
  - а) процессы, происходящие в человеке и при взаимодействии его с окружающей средой, являются системными;
  - б) невозможно полностью изолировать какую-либо часть системы от всей остальной системы. Люди не могут не оказывать влияния друг на друга. Взаимодействия между людьми образуют такие цепи обратной связи, что че-

ловек на самом себе испытывает результаты воздействия его поступков на других людей;

- c) системы являются самоорганизующимися и стремятся к естественному состоянию уравновешенности и стабильности. Нет поражений — есть только обратная связь;
- d) никакая реакция, опыт или поступок не имеют смысла вне своего контекста или вне отклика, который они за собой влекут. Любое поведение, опыт или реакция могут служить ресурсом или ограничивающим фактором, в зависимости от того, насколько они согласуются с остальной системой;
- e) не все взаимодействия в системе происходят на одном и том же уровне. То, что является позитивным на одном уровне, может оказаться негативным на другом. Весьма полезно отделять свой поступок от собственного Я, то есть положительные намерения, функцию, убеждения и т. п., вызывающие данный поступок, от самого поступка;
- f) любое поведение (на определенных уровнях) имеет «позитивное намерение». Оно воспринимается или воспринималось как положительные и приемлемые в том контексте, где они получили развитие, и с точки зрения человека, совершившего действие. Гораздо легче и продуктивней реагировать на «благое намерение», чем на проблемное поведение;
- g) окружающая обстановка и контексты меняются. Одно и то же действие не всегда будет приводить к одному и тому же результату. Для успешной адаптации и выживания необходима определенная гибкость. Уровень гибкости пропорционален вариативности остальной части системы. По мере усложнения системы требуется все большая степень гибкости;
- h) если ваши действия не находят ожидаемого отклика, необходимо варьировать свое поведение, пока не достигнете желаемого.

Все модели и техники НЛП основываются на сочетании этих двух принципов. Между миром и нашим представлением об этом мире («картой») существует неустранимое различие. Мудрость, этика и экология не проис текают из обладания одной «правильной» или «точной» «карты мира», ибо ее созда-

ние превосходит человеческие возможности. Задачей скорее является создание возможно более подробной и точной «карты», которая отдавала бы должное системной природе и экологии нас самих и мира, в котором мы обитаем.

Экология в терминологии НЛП — это забота о целостности взаимосвязей между личностью и окружающей средой, динамическое равновесие элементов в системе. В отношении внутренней среды экология — это уравновешенность взаимосвязей между личностью и ее мыслями, поведением, способностями, ценностями и убеждениями.

\* \* \*

Применению техник НЛП, как и любому практическому навыку, трудно обучиться по книгам (не только пациентам, но и терапевтам). Ниже будут изложены только основные понятия НЛП, имеющие отношение к психосоматике, и его техники, эффективные для терапии психосоматических заболеваний. Если вас заинтересует применение НЛП, рекомендуем пройти обучение на соответствующих курсах.

### Репрезентативные системы

Мы используем свои органы чувств внешним способом, чтобы воспринимать мир, и внутренним способом, чтобы «репрезентировать» (перепредставлять) переживания самим себе. В НЛП те пути, по которым мы получаем, храним и кодируем информацию в своем мозге — картинки, звуки, ощущения, запахи и вкусы, — известны как репрезентативные системы.

Репрезентация определяет, как организован наш опыт и как мы описываем мир: в ощущениях (кинестетика), в образах (визуальная система), звуках (аудиальная система), как набор знаний (рациональная или дискретная система), или более редко используемых сенсорных ощущениях типа запаха и вкуса. Наше внутреннее описание мира находит свое отражение в тех словах (предикатах), которые мы используем при общении, нашей мимике и жестах. Собеседник нас будет слышать и понимать вне зависимости от нашего набора предикатов (мы можем говорить, что «я вижу, что происходит» или «я чувствую, как идут дела» или «что-то мне подсказывает, что происходит»), но эмоционально более значима для вашего собеседника информация, описанная в специфичных для него

предикатах. Собеседник же, анализируя нашу лексику, может использовать более значимую лексику для нас, и мы быстрее договоримся.

У каждого есть предпочтение того или иного канала для поступления новой информации: кто-то предпочитает прочитать текст сам, кто-то обсудить со «знающим» человеком, а третий, пока «сам не попробует», никому не поверит.

Предпочтение того или иного канала для поступления новой информации определяет ключевую репрезентативную систему, «канал» доступа, используя который мы сможем достичь всю необходимую информацию. Чаще всего, но не всегда, ключевая система является также системой, используемой в организации внутреннего опыта (ведущая репрезентативная система). Соответственно, в зависимости от ведущей системы культуры и людей можно разделить на группы: «кинестетическую», «визуальную», «аудиальную» и «рациональную» («дискретную», основанную не на сенсорном опыте, а на «знании», «понимании» и т. д.).

Визуальная, аудиальная и кинестетическая системы являются первичными репрезентативными системами. Вкусовая и обонятельная системы не являются столь же важными и часто включаются в кинестетическую систему. Они часто служат в качестве мощных и очень быстрых связей с картинками, звуками и ощущениями, ассоциированными с ними.

Легко обнаружить, когда человек думает картинками, звуками или ощущениями. Мы систематически передвигаем свои глаза в различных направлениях в зависимости от того, как мы думаем (рис. 14). Глазные сигналы доступа являются визуальными сигналами, которые позволяют нам понять, как люди получают доступ к информации. Существует определенная внутренняя связь между движениями глаз и репрезентативными системами, поскольку одни и те же паттерны оказываются распространеными во всем мире.

Когда мы визуализируем что-то из нашего прошлого опыта, наши глаза имеют тенденцию перемещаться вверх и влево по отношению к нам. Во время конструирования картинки из слов или в то время, когда мы пытаемся «вообразить» себе нечто такое, чего никогда раньше не видели, наши глаза поднимаются вверх и вправо. Глаза перемещаются по горизонтали влево, когда вы вспоминаете звуки и по горизонтали вправо — при конструировании звуков. При получении доступа к

ощущениям типичным является движение глаз вниз и вправо. Когда вы разговариваете сами с собой, ваши глаза чаще всего находятся внизу слева. Расфокусированный взгляд прямо перед собой, когда собеседник смотрит на вас, но не видит, тоже говорит о визуализации.

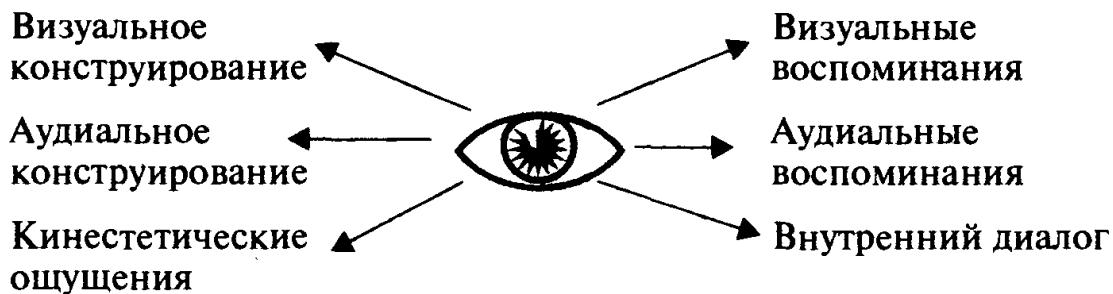


Рис. 14. Глазные сигналы доступа.

### Субмодальные характеристики

Существует три основных способа мышления: с помощью звуков, картинок и ощущений, — но это лишь первый шаг. Если вы хотите описать виденную ранее картинку, то существует масса деталей, которые вы могли бы уточнять. Была ли она цветной или черно-белой? Это фильм или слайд? Далеко она или близко? Такого рода различия могут быть сделаны независимо от того, что изображено на картинке. Аналогичным образом вы могли бы описать звук как высокий или низкий, близкий или далекий, громкий или тихий. Ощущения могут быть сильными или слабыми, тяжелыми или легкими, притупленными или острыми. Эти различия в литературе по НЛП называются субмодальностями. Если презентативные системы являются модальностями — способами описания мира, то субмодальности — это кирпичики, из которых строятся эти восприятия, то, из чего состоят картинки, звуки и ощущения.

Ниже приводится список наиболее часто встречающихся субмодальностей.

**Визуальные:** ассоциированная (вижу своими собственными глазами) или диссоциированная (вижу себя со стороны). Цветная или черно-белая. В рамке или без нее. Глубина (двух- или трехмерная). Местоположение (слева или справа, вверху или внизу). Расстояние от меня до картинки. Яркость. Конtrastность. Резкость (размытая или сфокусированная). Движение (фильм или слайд). Скорость (быстрее или медленнее

обычного). Количество (отдельная сцена или множество образов). Размер.

**Аудиальные:** стерео или моно. Слова или звуки. Громкость (громко или тихо). Тон (мягкий или жесткий). Тембр (наполненность звуков). Местоположение источника звука. Расстояние до источника. Длительность. Непрерывность или дискретность. Скорость (быстрее или медленнее обычного). Чистота (чистый или приглушенный).

**Кинестетические:** локализация. Интенсивность. Давление (сильное или слабое). Степень (насколько велико). Текстура (шероховатый или гладкий). Тяжесть (легкий или тяжелый). Температура. Длительность (как долго это длится). Форма.

Это далеко не полный список наиболее общих субмодальных различий, которые делают люди. Субмодальности можно рассматривать как наиболее фундаментальный операционный код человеческого мозга.

Наиболее существенной субмодальной характеристикой является ассоциированность/диссоциированность восприятия. Ассоциация — восприятие себя субъектом, а ситуацию объектом действия, полный контакт с ощущениями, поступающими по всем сенсорным каналам (репрезентативным системам), полное проживание эмоций в данной ситуации. Диссоциация — восприятие себя в ситуации как объект наблюдения, видение, слышание себя в ситуации со стороны (фокусировка внимания на одной или двух репрезентативных системах; отсутствие информации, поступающей по кинестетической системе).

Для выполнения многих техник НЛП пациенту необходимо научиться мысленно представлять себе «живые картины», включающие максимально возможное число субмодальностей.

## Якорение

Это очень важный в НЛП прием, используемый во многих техниках. Якорение — это процесс, посредством которого пациент связывает определенное событие, как внутреннее (образ, мысль), так и внешнее (звук, слово, поднятие руки, интонация, прикосновение) с определенной реакцией или состоянием и запускает ее проявление. Якоря могут возникать естественным образом и устанавливаться намеренно.

**Положительный якорь** — якорь, вызывающий ресурсное состояние (приятное переживание).

**Отрицательный якорь** — якорь, вызывающий проблемное состояние (неприятное переживание).

При установке якоря следует пользоваться тремя правилами:

1. Якорем может быть прикосновение, движение, звук.
2. Якорь ставится незадолго до пика переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать. Это очень важно — только в этом случае мозг свяжет состояние и внешнее событие.
3. Следует воспроизводить якорь чрезвычайно точно: точно такой же звук или слово, произнесенное с точно такой же интонацией, точно такое же движение или прикосновение.

Рекомендуется при обучении пациента технике якорения помочь ему — показать образцы поз и движений, подать звуковой сигнал в нужный момент и т. д. В дальнейшем пациент должен устанавливать и воспроизводить якоря (в первую очередь тактильные) самостоятельно.

**Тактильные якоря**, которые ставятся касанием тела — одни из самых надежных и удобных в установке. Аудиальный якорь обычно трудно удерживать, от визуального пациент может отвернуться или закрыть глаза, а прикосновение всегда ощущается и срабатывает. Поэтому отработку установки якорей начинают именно с тактильных. Хорошо поставленный тактильный якорь обычно органично вписывается в ситуацию, является естественным и незаметным. Самое важное при установке — помнить значение якорей. Рекомендуется положительные (ресурсные) якоря ставить одной рукой, отрицательные — другой. Обучая пациента технике установки якорей, следует помнить, что некоторые люди неприязненно относятся к посторонним прикосновениям.

Два других вида якорей используют в тех случаях, когда пациент по каким-либо причинам не способен установить тактильный (кинестетический) якорь.

**Визуальные якоря.** Визуальным якорем может быть характерное движение, положение в пространстве (например, «поза гипнотизера», мимика). Большинство якорей желательно удерживать продолжительное время, и если поставить якорь на какой-нибудь забавный жест, для того, чтобы этот якорь удерживать, его придется часто повторять. Обычно рекомен-

дуются использовать такие позы или положения в пространстве, которые нельзя использовать случайно.

**Аудиальные якоря.** Для удобства можно разделить все аудиальные якоря на два типа: голосовые и звуковые.

Голосовые ставятся определенным характерным голосом: интонации, высота, скорость и т. п. Эту высоту или скорость следует применять только для якорения и воспроизведения якоря. Звуковые якоря ставятся с помощью подручных предметов (дудочка, колокольчик и т. д.).

**Вызов состояния.** Самая важная задача при работе с якорями — не сама установка якоря, а получение состояния, которое потом можно использовать.

При установке якоря можно прямо попросить пациента войти в нужное вам состояние или предложить пациенту вспомнить ситуацию, в которой он испытывал это состояние. Можно подстроиться и повести пациента в нужное состояние, а потом помочь ему поставить якорь.

## Модели изменения в нейролингвистическом программировании

Нейролингвистическое программирование — это прежде всего стратегичность, нацеленность на результат. Для того чтобы они осуществились, в НЛП есть много моделей.

**Модель «НС — ЖС».** В сути своей модель «НС — ЖС» проста и эффективна. «Стартую» в исцеление, вы находитесь в вашем *настоящем состоянии* (НС) — болезненном и проблемном. Если вы действительно хотите не просто уйти от болезни, а прийти к здоровью, ваша цель — *желаемое состояние здоровья* (ЖС) — тот результат, которого вы хотите добиться. Для того чтобы это продвижение осуществилось, вам нужны:

1. Точное знание, куда вы идете, — результат должен быть определен и описан;
2. Ресурсы — любые средства, которые могут быть задействованы для достижения результата: физиология, состояния, мысли, чувства, стратегии, переживания, люди, события или вещи;
3. Техники — приемы и методы работы с психикой, с помощью которых вы и осуществите ваше продвижение.

**Модель SCORE** (*score* — счет) определяет первичные компоненты, необходимые для эффективной организации информации о проблемном пространстве, относящемся к конкретной

цели или процессу исцеления. Название модели состоит из первых букв слов *Symptoms, Causes, Outcomes, Resources, Effects* (симптомы, причины, результаты, ресурсы, эффекты). Данные элементы представляют собой то минимальное количество информации, которое необходимо собрать для эффективного обращения с проблемным пространством.

1. *Симптомы*, как правило, являются наиболее заметными и осознанными сторонами представляемой проблемы или текущего состояния. Определение признаков влечет за собой выяснение «сдерживающих причин», то есть действующих отношений, предположений и ограничивающих условий (либо отсутствия границ) в пределах системы, сохраняющей настоящее или «симптоматическое» состояние.
2. *Причины* — это основные элементы, отвечающие за создание и поддержание симптомов. Как правило, они менее очевидны, чем порождаемые ими признаки. Определение причин влечет за собой выяснение «предшествующих» или «ускоряющих» причин — прошлых событий, действий или решений, влияющих на нынешнее, «симптоматическое» состояние через непрерывную линейную последовательность «действий и противодействий».
3. *Результаты* — это конкретные цели или желаемые состояния, которые должны прийти на смену симптомам. Определение результатов влечет за собой выяснение «формальных причин», то есть определение, в каком именно виде будет получен результат и как именно можно узнать о том, что он достигнут. Выяснение результатов является важной составной частью задания проблемного пространства, поскольку именно разрыв между нынешним и желаемым состоянием определяет границы проблемы.
4. *Ресурсы* — это основные элементы, ответственные за устранение причин симптомов и выражение и поддержание желаемых результатов. В каком-то смысле, определение ресурсов влечет за собой поиск «средних», относящихся к достижению желаемых результатов и преобразованию причин симптомов.
5. *Эффекты* — это более долговременные следствия достижения конкретного результата. Положительные эффекты, как правило, сами по себе являются причиной или мотивацией достижения результата (предполагаемые отрица-

тельные эффекты могут вызывать сопротивление или экологические проблемы). Какие-либо особые результаты обычно являются «мостиками» к достижению более долговременного эффекта. Определение эффектов включает в себя выявление «конечных причин», то есть будущих целей, задач или намерений, которые дают направление или оказывают влияние на систему, определяя, таким образом, смысл, целенаправленность или уместность текущих действий.

**Система «фрейм-результата».** Чтобы достичь успеха, необходимо ясно представлять себе (ограничить, от англ. *frame* — рамка) результат. Хорошо сформулированная цель должна быть:

- определена в позитивных и вполне конкретных сенсорных категориях,
- практична и достижима,
- необходима как таковая и в своих последствиях и
- предполагать процедуру проверки и разнообразие средств для ее (цели) достижения.

Сама по себе техника «фрейм-результата» представляет пошаговую процедуру уточнения исходного замысла, в ходе которой вы последовательно отвечаете на следующие вопросы:

1. *Результат*: Чего я хочу добиться?
2. *Признаки*: Как я узнаю, что достиг цели? Что я увижу, услышу, почувствую, смогу сделать?
3. *Условия*: Где, когда и с кем мне это необходимо и желательно? Где, когда и с кем — нежелательно?
4. *Средства*: Чего мне не хватает, чтобы достичь цели? Каких ресурсов?
5. *Ограничения*: Почему я не достиг цели раньше?
6. *Последствия*: Что произойдет, если я достигну/ не достигну цели?
7. *Ценность*: Стоит ли цель моих усилий?

## Логические уровни здоровья

Ваше здоровье — это ваш образ жизни в целом, и на него оказывают влияние очень многие факторы: индивидуальные, психологические, социальные, физические, особенности питания. Существуют два важных вопроса, касающиеся любой проблемы здоровья:

- На какие факторы вы можете воздействовать?

### ● Какой из них вызовет наиболее сильное изменение?

Одни факторы поддаются нашему влиянию в значительной степени, другие — только частично, а третий вовсе не поддаются. При работе со здоровьем имеет практическую пользу представление о различных уровнях контроля и влияния (их называют «нейрологическими уровнями» или просто «логическими уровнями»). Основными уровнями являются следующие:

1. **Окружение** — те вещи и люди, которые вас окружают: внутреннее окружение, внешнее окружение, социальное окружение.
2. **Поведение** — то, что мы делаем. Здесь два аспекта касаются здоровья: избегать нездоровых привычек и развивать здоровые.
3. **Способности** — повторяющиеся последовательные действия и привычки, ставшие привычными «стратегии» — способы мышления и реагирования. У нас есть стратегии для поддержания стресса, формирования взаимоотношений, гнева, выбора, для определения, когда и что есть и в какое время и какое количество физических упражнений нам делать. Стратегии — это последовательности мыслительных операций, которые используются нами постоянно и, следовательно, приводят к привычным действиям.
4. **Убеждения** — принципы, которые управляют нашими действиями. Они определяют то, как мы относимся к самим себе, как мы реагируем на других людей и какой смысл мы придаём нашим переживаниям.
5. **Ценности** — то, к чему мы стремимся: здоровье, благополучие, счастье, защищенность, любовь. Ценности, как магниты, притягивают наше поведение.

Убеждения и ценности оказывают огромное влияние на наше здоровье

1. **Идентичность** (индивидуальность, система черт личности) — ваше восприятие самого себя, глубинные убеждения и ценности, которые определяют вашу цель с вашей собственной точки зрения.
2. **Духовность** — ваша связь с другими людьми и с тем, что оказывается выше вашей личности, как бы вы об этом ни думали.

Здоровье воздействует на все нейрологические уровни и, в свою очередь, подвергается влиянию со стороны каждого

уровня. В нем много измерений. Здоровье человека включает в себя человека целиком: его окружение, поведение, мысли, убеждения, идентичность и духовность.

НЛП, выделив эти уровни, предоставляет нам практические методы, позволяющие действовать на всех уровнях:

- на уровне окружения, создавая и поддерживая прочные и хорошие взаимоотношения;
- на уровне поведения и способностей, формируя здоровые привычки и стратегии мышления, предоставляющие нам возможность реагировать более изобретательно. Поэтому мы можем меньше подвергаться воздействию стресса и легче управлять своим состоянием;
- на уровне убеждений и ценностей, осознавая свои убеждения и то, что является важным для нас. НЛП предлагает конкретные приемы для разрешения конфликтующих убеждений и замены старых убеждений новыми, способными более эффективно поддерживать наше здоровье;
- на уровнях идентичности и духовности, регулируя все остальные уровни.

Нейрологические уровни представляют собой не столько иерархию, сколько систему взаимосвязей. Каждый оказывает влияние на все остальные, и все они являются важными для здоровья. Эти уровни имеют определенные аналоги в функционировании различных физиологических систем:

- идентичность — иммунная и эндокринная системы;
- убеждения и ценности — вегетативная нервная система;
- способности — полубессознательное (кора и подкорка головного мозга);
- поведение — сознательные действия (ассоциативные и двигательные центры коры);
- окружение — рефлексы (периферическая нервная система).

### ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ ПСИХОТЕРАПИИ

НЛП рассматривает человека как живую систему, получающую информацию о мире, перерабатывающую ее, на основе этой переработки делающую определенные выводы (когнитивная и эмоциональная оценка ситуации), на основе которых выбирается тип взаимодействия (различные способы

поведения) со средой. Поддержание гомеостатических характеристик, а значит, успешное взаимодействие со средой зависит от точности информации, которую система получает от среды.

Тактикой терапевта является: установление рапортных отношений, сбор информации об актуальном и желаемом состоянии пациента, создание модели обоих этих состояний, выбор и проведение терапевтической техники, позволяющей изменить настоящее состояние в сторону желаемого.

**Установление рапортных отношений.** Рапорт — это особый контакт с пациентом, позволяющий терапевту проводить терапевтическую интервенцию. Описывают две стадии рапортных отношений — подстройка и ведение.

*Подстройка* на поведенческом уровне — прямое зеркальное повторение элементов невербального поведения пациента (позы, моргания, дыхания, темпа речи и т. д.), или же «перекрестное зеркаление» — повторение элементов невербального поведения пациента, другими невербальными элементами (например, терапевт повторяет частоту дыхания пациента не частотой своего дыхания, а частотой покачивания туловищем).

*Ведение* — изменение терапевтом элементов невербального поведения и вслед за этим такое же изменение на бессознательном уровне, осуществляющееся пациентом. Феномены подстройки и вслед за ней ведения обеспечивают возможность своего рода разогрева терапевта, его подготовки для работы именно с этим конкретным пациентом. В каком-то смысле происходит частичная синхронизация скоростей и ритмов того и другого, и если терапевту это удается, то он как бы допускается к совместной работе с пациентом по изменению его мира. Этот пропуск осуществляется в большей степени не на сознательном (доверяю — не доверяю), а на бессознательном уровне (в стадии ведения, например — следую за изменением позы терапевтом или нет). Терапевту нужно быть очень внимательным к сигналам рассогласованности на стадии ведения: это маркер невозможности начала терапевтической работы, которая будет абсолютно бесполезна без внутреннего доверия пациента. Вопрос: «Есть ли у меня рапорт с пациентом» — поможет выйти на эффективный путь, если терапевтическая техника «не идет».

**Калибровка** — выявление характерных для данного состояния черт неверbalного и верbalного поведения пациента.

Каждое внутреннее состояние уникальным образом преломляется во внешнем поведении. Ему свойственны определенная мимика и жестикуляция, тон голоса и темп речи. Терапевту необходимо замечать и запоминать невербальные маркеры разных состояний пациента: актуального, ресурсного, желаемого. Также очень важна соотнесенность, созвучность сообщений, которые пациент посыпает невербально с вербальными сообщениями — информация о конгруэнтности или неконгруэнтности.

*Неконгруэнтность* выражает себя в несоответствии между различными компонентами поведения. Вы можете видеть и слышать ее, когда в общении с пациентом получаете разные сообщения по разным каналам восприятия, например, обращая внимание на его речь, интонацию голоса, позу, жесты, мимику.

Терапевтический процесс в НЛП ориентирован исключительно на результат. Хотя сенсорная наблюдательность и гибкость поведения необходимы для адаптированной и правильно функционирующей жизни, они являются лишь средствами для достижения результатов. Таким образом, начальный и самый важный шаг любого терапевтического взаимодействия (и вообще любой человеческой деятельности) есть выяснение и определение результата.

В НЛП считается, что первоначальная цель терапии достигнута, если пациент установил для себя желаемый результат и работает в направлении этого результата, причем результат удовлетворяет следующим условиям правильности:

1. Позитивная, утвердительная формулировка результата: «Чего вы хотите», а не «Чего вы *не* хотите». Будьте внимательны к словам, указывающим на отрицания: не надо, не должно, прекратить, не будет: «Я не хочу чувствовать себя плохо» — «Прекрасно, а как вы хотите себя чувствовать?».
2. Реализация результата самим пациентом, независимость результата от внешних источников: «Как бы *вы* хотели измениться?» Сфокусируйте внимание пациента на том, что *он* может сделать, как *он* будет ответственен за достижение результата: «Я хочу, чтобы моя жена стала более чувствительна» — «Как бы *вы* хотели для этого измениться сами?»
3. Описание желаемого состояния по модальным и субмодальным характеристикам, а также получение информации о метапрограммах, убеждениях, ценностях, которые

поддерживают желаемое состояние: «Как вы узнаете, что вы достигли результата? Как вы будете видеть, слышать и чувствовать себя и окружающее, когда это произойдет? Войдите в это состояние и покажите мне, каким бы вы были, если бы достигли его». Следует ориентироваться на то, что для пациента важно в результате и почему для пациента важно его достичь.

4. Размещение результата в должном контексте: «Когда, где, с кем вы хотите быть в желаемом состоянии». Будьте уверены, что пациент выяснил ситуации, для которых желаемое поведение подходит, и ситуации, для которых оно не подходит: «Я хочу быть напористым» — «В каких ситуациях был бы более желателен другой подход?»
5. Проверка экологичности: «Как достижение желаемого состояния повлияет на вашу жизнь?» Необходимо выяснить, насколько конгруэнтно желание пациента достичь этого состояния. Тщательно проследите, чтобы ни одно из преимуществ (вторичных выгод) актуального состояния не было потеряно: «Я хочу быть независимым» — «Потеряете ли вы что-нибудь ценное, став независимым?»
6. Соответствие масштаба обобщений. Если желаемый результат слишком огромен или глобален, выделите для начала один его меньший компонент. Например: «Я хочу, чтобы жизнь приносила мне удовлетворение» — «В какой важной области вы бы в первую очередь хотели получать удовлетворение?»
7. Зависимость результата от включенности ресурсных состояний: «Какие ресурсы, внутренние резервы вам нужны, для того чтобы добиться вашего результата и его поддерживать?» Например: «Я хочу быть независимым» — «Что вам нужно, чтобы быть независимым?» Опишите ресурсные состояния также по субмодальным характеристикам.
8. Отношение к актуальному состоянию как к препятствию в достижении результата. Описание по субмодальным характеристикам актуального состояния, а также метапрограмм убеждений, ценностей, метамодельных паттернов, калибровка специфической физиологии и невербальных маркеров, характерных для актуального состояния. Особое внимание следует уделить отношению ко времени в описании актуального состояния.
9. Подстройка к будущему: «Посмотрите и постарайтесь уви-

деть себя со стороны уже изменившимся в будущем. Что вы делаете? Нравится ли вам эта картина?».

Выясняя то, как пациент представляет себе результат терапии, терапевт уже начал свою работу. В результате такого выяснения можно получить подробное описание настоящего и желаемого состояний пациента, которые используется для выбора терапевтической стратегии — терапевтической техники или комплекса техник.

## ТЕХНИКИ

Здесь и далее приводятся примеры указаний, которые терапевт дает пациенту при обучении данной технике. В общении с пациентом вполне допустимо применять формулировки, пусть и не совпадающие с использованными здесь терминами НЛП, но более понятные пациенту.

### ***Техники «НС – ЖС»***

#### **Техника «Создание образа желаемого будущего»**

Запрограммируйте себя на обретение здоровья.

1. Представьте самый хороший исход вашей будущей деятельности по исцелению — например, полное выздоровление или результат, которого вы хотите, но пока не имеете (например, здоровье в определенной области).
2. Мысленно просмотрите не менее трех «кинофильмов» о своем успехе, в которых вы будете видеть самого себя здорового, исполняющего будущие роли с блеском и вдохновением.
3. «Войдите» в эти фильмы и мысленно проиграйте все эти будущие роли (т. е. если в п. 2 вы смотрели на себя как бы со стороны — были «режиссером», то теперь на происходящее смотрите как бы из своих глаз — станьте «актером»).
4. Пребывая в своем будущем, в котором вы уже добились успеха, посмотрите на свое настоящее, из которого вы пришли, и определите, что еще нужно сделать, чтобы достичь этого будущего.
5. Вернитесь в настоящее, еще раз посмотрите в будущее (представьте его), проверьте последовательность шагов, которые необходимы вам для достижения этого будущего, и еще раз прокрутите фильм о будущем успехе.
6. Вернитесь в настоящее и ощутите приобретенную уверенность — в себе и в достижимости собственного здоровья.

### Техника «Сенсорные признаки результата»

Используем фрейм НЛП «как если бы...», который позволит вам перейти из надоевшей «карты» болезни в желанную «карту» здоровья. Чтобы использовать технику фрейма «как если бы», вам нужно просто отвечать на вопросы, мечтать и фантазировать, сняв цензуру вашего сознания. Так, как если бы вы уже обладали всем тем, чего желаете, — абсолютным здоровьем.

- Давайте предположим, что вы уже здоровы. Опишите себя.
- Если бы вы могли мгновенно стать здоровым, то каким бы вы были?
- Сделайте вид, что вы уже здоровы, и расскажите о своих ощущениях.
- Предположим только на минуту, что вы действительно могли бы вылечиться. Опишите, в какой последовательности это происходило бы.
- Если бы вы могли изменить любую часть своего состояния, то что бы вы изменили в первую очередь?
- Каким бы вы были, если бы были абсолютно здоровым?
- Если бы вы были здоровым, то что было бы и что бы вы делали?
- Если бы вы знали основную причину, поддерживающую вашу болезнь, чем бы это могло быть?
- Если бы вы могли владеть нужной информацией по излечению, то какой бы она была?
- Предположим на минуту, что вы знаете, что надо делать в первую очередь. Что бы вы стали делать для своего исцеления?

Предложенные вопросы нужны не столько для того, чтобы развить тему вашей болезни, сколько для того, чтобы перевести ее в план конкретных признаков здоровья, понятных вашему бессознательному.

### Техника «Описание модели НС — ЖС»

Начните с настоящего состояния, то есть с вашей болезни, для чего ответьте на следующие вопросы:

- Как вы себя ощущаете внутри, когда вы находитесь в этом состоянии?
- Присутствует ли у пациента какое-либо внешнее осознание своего тела?

- Где вы ощущаете свое дыхание, и насколько оно у пациента частое?
  - Присутствует ли какой-либо внутренний диалог?
  - Насколько хорошо вы слышите то, что происходит вокруг пациента?
  - Как для пациента звучит ваш собственный голос?
  - Можете ли вы ясно видеть, что происходит вокруг пациента?
  - Видите ли вы что-нибудь внутри (какие-либо картинки)?
- Далее проделайте то же самое для желаемого состояния:
- Как вы будете ощущать себя внутри, когда будете находиться в состоянии здоровья?
  - Будет ли у вас какое-либо внешнее осознание своего тела?
  - Где вы будете ощущать свое дыхание, и насколько оно будет частым?
  - Будет ли присутствовать какой-либо внутренний диалог?
  - Насколько хорошо вы будете слышать то, что будет происходить вокруг?
  - Как будет звучать ваш собственный голос?
  - Будете ли вы ясно видеть, что будет происходить вокруг?
  - Будете ли вы видеть что-нибудь внутри (какие-либо картинки)?

Любую информацию наш мозг кодирует в виде образов, звуков и слов, ощущений и чувств, а также умственных схем. Все эти представления могут быть внешними (находится вне пределов вашего тела) и внутренними (пребывать в его пределах). Сравните настоящее и желаемое состояния, чтобы точно сообщить своему бессознательному, чего вы хотите и к чему стремитесь.

Если хотите, то дополните образ желаемого состояния. Например, опишите позу, характер дыхания, направление взгляда, жесты и характерные слова, в которых оно будет выражаться. А теперь войдите в это состояние, т. е. примите соответствующие позу, характер дыхания и направление взгляда. Сделайте несколько раз новые, выбранные вами жесты, сопровождая их характерными словами.

### Техника «Формирование готовности к достижению цели»

- Одним предложением запишите цель, которую вы хотите достичь.
- Оцените, как сильно вы верите в свою цель по отношению к следующим суждениям (1 — самая низкая и 5 — самая высокая степень веры):
  - моя цель желанна и стоит того;
  - эта цель достижима;
  - то, что мне нужно делать, чтобы достичь этой цели, нормальной, естественно;
  - у меня есть необходимые способности для достижения этой цели;
  - я заслуживаю достижения этой цели.

Просмотрите свои ответы и выберите то утверждение, которое вы оценили *ниже* остальных. Повторите это предложение 9 раз, каждый раз добавляя очередное суждение из перечисленных ниже и ту мысль, что спонтанно появится за ним.

... потому что ...

... и я ее достигну до того как ...

... и я ее достигну после того как ...

... пока ...

... если ...

... хотя и ...

... так же как ...

... в любое время ...

... так что ...

Постарайтесь быть искренним и обязательно аргументированно переработайте «всплывшие» сомнения и возражения. Когда вы закончите, проделайте опять самооценку и заметьте, что изменилось и укрепилось.

### Техники якорения

#### Техника «Постановка ресурсных якорей»

1. Выявите ситуацию, в которой вы нуждаетесь в ресурсах.
2. Определите необходимый ресурс, например, уверенность или чувство здоровья.
3. Убедитесь в том, что ресурс действительно является подходящим — спросите себя: «Если бы у меня был этот ресурс, улучшилось бы мое восприятие этой ситуации и мои действия в ней?» (Если да — продолжайте, если нет — вернитесь к шагу 2.)

4. Вспомните несколько случаев из жизни, когда у вас был этот ресурс, и выберите из них один-два, в котором он проявился интенсивнее всего.
5. Определите якоря, которые вы собираетесь использовать.
6. В воображении полностью вернитесь в переживание ресурсного состояния, переживите его снова.
7. Когда переживание достигнет пика интенсивности, выйдите из него.
8. Снова переживите свое ресурсное состояние, и в тот момент, когда оно достигнет пика, присоедините якоря. Повторите это несколько раз.
9. Проверьте качество якорения, убедившись, что вы действительно входите в это состояние, включив якоря. Если вы не удовлетворены, повторите шаг 6.

## Техника «Создание цепочки якорей»

1. Определите, как именно вы узнаете, что волнуетесь. Что дает вам узнать об этом — мысли, поза, движения, дыхание и т. д.?
2. Решите, к какому первому состоянию вы хотели бы перейти, как только получите этот внутренний сигнал. К какому второму после этого? К какому третьему и т. д.? Например, ваша «цепочка» может выглядеть следующим образом: «волнение» > «спокойствие» > «любопытство» > «творчество».
3. Вспомните о времени, когда вы были очень спокойны, и закрепите это состояние тактильным якорем (удобнее всего использовать касание определенным пальцем определенной части тела).
4. Выйдите из этого состояния спокойствия, вспомните, когда вас обуревало любопытство, и поставьте якорь этого состояния, достаточно отличающийся от предыдущего.
5. Проделайте это для состояния творчества (тоже «заякорите» его).
6. Вернитесь к переживанию волнения (например, вспомните то, из-за чего вы серьезно волновались в последний раз).
7. Как только вы почувствуете сигнал волнения, включите якорь спокойствия, когда это состояние достигнет максимума, «запустите» якорь любопытства, а после — творчества.

### Техника «Скрещивание якорей»

Принцип «смешивания» двух противоположных неврологических процессовложен в основу очень мощной техники сталкивания, или скрещивания, якорей.

Сядьте поудобнее, вспомните случай, когда вы были особенно уверены в себе, полны творческой энергии или просто здоровы (выберите что-то одно).

1. Заякорите это воспоминание на своем правом колене легким нажатием своей правой руки. Убедитесь, что вы ставите якорь именно в момент, когда вы наиболее интенсивно переживаете данное воспоминание.

2. Теперь вспомните какую-либо ситуацию из своей деятельности, в которой вы неуверенны, вялы или просто больны (также выберите что-то одно). Установите якорь левой рукой на своем левом колене.

3. Двумя руками одновременно нажмите на оба якоря. В результате две модели поведения столкнутся в одном месте и времени, так что неврологически будет необходимо интегрировать их. Ресурсное и нересурсное состояния сольются, заставляя ваш мозг искать новые возможности в ситуации, которая раньше воспринималась как проблемная, и/или менять состояние с нездорового на более здоровое.

4. Теперь вообразите себе проблемную ситуацию или ход болезни в будущем. Если ваша работа была успешной, вы обнаружите, что вам куда легче стать ресурсным в данной ситуации (по мере того как вы будете представлять ситуацию, будут появляться признаки ресурсного состояния). И будьте уверены в том, что впоследствии вы сможете действительно испытать «ресурсность», попав в соответствующую проблемную ситуацию, или просто выздороветь значительно быстрее.

### Техника «Круг совершенства»

Цель этой техники заключается в том, чтобы восстановить, описать, укрепить и дополнить ресурсные состояния тела и психики человека. По своей сути это скрещивание якорей с многократным ресурсированием.

1) Определите совершенное состояние. Выберите из вашего прошлого состояние, в котором все ваши ресурсы были для вас доступны настолько, что это позволяло вам быть в

наилучшей форме и действовать в полную меру своих способностей.

- 2) Создайте Круг совершенства. Нарисуйте воображаемый круг на полу. Вообразите, что это — ваш Круг совершенства. Попытайтесь представить, что в нем появляется цвет — какой?
- 3) Вспомните состояние совершенства, достигните, опишите его, дополните, если надо, и ассоциируйте с кругом (просто войдя в него в «совершенном» состоянии):
  - а) достигните — переживите вновь ваш опыт совершенного состояния, как будто это происходит сейчас;
  - б) опишите — осознайте свою позу, дыхание, внутренние образы, звуки и особенно — то, как вы видите и слышите все, что происходит;
  - с) дополните ощущение, если оно не совсем полное, путем систематического повторения упражнения, пока вы не получите сильного и полного переживания. Определите наиболее яркие или «выпуклые» ощущения (чувства, тип дыхания, образ или звук), которые создают «дополненное» состояние совершенства, и определите, как вы выглядите и как звучит ваш голос в этом состоянии.
- 4) Ощущите разделение состояний. Выйдите из круга и вернитесь в ваше обычное состояние.
- 5) Теперь вступите в круг и проверьте, получили ли вы спонтанно все физиологические ощущения совершенства. Выйдите из круга. Еще несколько раз повторите эти вход и выход. Если вам не удается полностью достичь чувства совершенства без сознательного усилия, вернитесь к шагу 3 с.
- 6) Создайте необходимый контекст. Определите будущую ситуацию, которая обычно для вас бывала проблематичной, но в которой бы вы хотели быть способным в любой момент автоматически получить чувство совершенства. Найдите триггер этой ситуации (то, что вы видите, слышите и чувствуете такого, что дает вам знать, что проблема начинается).
- 7) Установите связи. Мысленно поставьте себя в эту ситуацию, вступите в круг и, получив доступ к совершенству, посмотрите, каким образом все это совершенство отражается.

ется на ситуации. Заметьте виды связи, которую вы можете установить со своим совершенством. Выходите из круга.

- 8) Проверьте себя. Опять подумайте о той, будущей ситуации. Можете даже задать себе несколько вопросов о ней (например, «Что происходит сейчас, когда я думаю о том, что обычно было для меня плохим или трудным?»). Главное здесь — быстро и автоматически достигнуть состояния совершенства. Вы можете проверить это, замечая, присутствуют ли определяющие ощущение совершенства признаки из вашего описания (шаг 3).

### *Техники работы с субмодальностями*

#### **Техника объединения ожиданий**

- 1) Создайте карту образа самого себя.
  - a) Изобразите себя так точно, как можете.
  - b) Определите качества, которые хотели бы иметь.
  - c) Найдите в прошлом личный опыт, связанный с каждым качеством.
- 2) Обнаружьте визуальные ключи, поведенчески специфичные для каждого качества, например, подходящие смены дыхания или изменения позы, специфические жесты, черты и цвет лица. «Добавьте» в свою картинку другого человека, который поддержит и увеличит эти желаемые черты. Теперь «запустите кино», наблюдая, слушая и ощущая свое взаимодействие с этим человеком при демонстрации желаемых качеств.
- 3) Отрепетируйте и предвосхитите (подстройте к будущему) образ Сильного Себя в разных сценариях.
- 4) Прокрутите фильм о Сильном Себе, приукрашивая и увеличивая все поведенчески-специфические ключи.
- 5) Теперь сместите детали фона в своем «кино» в позитивную, не вызывающую тревоги ситуацию и понаблюдайте, послушайте, почувствуйте, как образ Сильного Себя как бы прогрессирует в сцене от начала к концу, и ценные качества проявляются все ярче и ярче.
- 6) Повторите «фильм» о Сильном Себе, действующем внейтральной или рутинной ситуации.
- 7) Повторите его же, но для прежней, тревожной, ситуации. «Запустите кино», но уже с Сильным Собой, владеющим ситуацией и взаимодействием.

- 8) Сделайте карту образа Сильного Себя автоматической привычной реакцией на тревогу или стресс.
- 9) Не используя вашу новую карту образа Сильного Себя, представьте ситуацию тревоги или стресса.
- 10) Отметьте и определите ваши собственные специфические физиологические сигналы нарастающей тревоги. Это может быть скованность или напряжение в теле, сухость во рту, изменение тона голоса, учащение дыхания, быстрое сердцебиение и т. д.
- 11) Когда индикатор тревоги отобран, воспроизведите его еще раз, включая «кинофильм» со своей тревожной ситуацией. Затем немедленно переключитесь на свой образ Сильного Себя, действующего и взаимодействующего по ранее отрепетированному сценарию. Проделайте это по крайней мере 10 раз до тех пор, пока индикатор стресса автоматически и привычно не будет вызывать в голове образ Сильного Себя.
- 12) Подстройте к будущему и отрепетируйте ваши будущие цели, используя образ Сильного Себя.
  - a) Начните с изображения образа Сильного Себя в прежде отрепетированных сценариях.
  - b) Разверните как картину или «фильм» новый фон, изображающий идеальные цели несколько месяцев или лет спустя. Подумайте, представьте: кто там? Все ли там выполнено? Как точно это выглядит?
  - c) Шагните в это свое будущее и, находясь там как бы в настоящем времени, определите и заметьте, что это за ощущение — достигнутой цели. Запомните это чувство успеха и обогатите его другими сенсорными признаками (звуки, запахи, вкусовые ощущения, ритм, температура, яркость, красочность и т. д.).
- 13) Пребывая все еще в своем будущем, как если бы это было сейчас, помечтайте наяву, как вы, оглядываясь назад, обозреваете шаги, предпринятые для достижения цели. Это может выглядеть как серии фильмов о вашем сильном образе себя.
- 14) Наконец, закончите работу, повторяя и оценивая ваши будущие чувства и картину успеха, как если бы она уже состоялась сейчас.
- 15) Теперь немедленно переориентируйтесь в настоящее, принеся с собой ваш опыт успеха.

### Техника «Отделения себя от контекста»

В случае, когда проблемное переживание закодировано вашим мозгом не в виде отдельной статичной картины или серии этих картин, если оно вспоминается исключительно в виде некоего «фильма ужасов», будет лучше, если вы воспользуетесь этой техникой или следующей — «Обезумливание субмодальностей».

Под контекстом здесь понимается сама по себе ситуация, окружающие вас условия и обстоятельства, или, если хотите, «декорации» вашего «фильма ужасов».

1. Подумайте о неприятном воспоминании и прокрутите его как короткий «фильм». Оцените, как вы реагируете на это воспоминание.
2. Увидьте на картине себя — перейдите в диссоциированное состояние и четко разделите себя и контекст. Используйте для этого любые субмодальные различия, которыми вы можете легко воспользоваться — размер, цвет, дистанция, прозрачность и т. п. Например, если картина черно-белая, увидьте себя в цвете. Если картина далеко, увидьте себя близко.
3. Прокрутите «фильм» вперед с диссоциированным собой, движущимся на удвоенной скорости, и контекстом, движущимся на половинной скорости (не наоборот!). Вы увидите, что «приходите» к концу «фильма» раньше, чем появляется контекст, так что вам придется ждать, пока этот самый контекст не «приплетется» за вами.
4. Прокрутите «фильм» обратно с самим собой, движущимся на половинной скорости, и контекстом на удвоенной скорости (не наоборот!). На этот раз контекст придет к концу «фильма» раньше, чем вы.
5. Теперь прокрутите «фильм» обычным способом, чтобы проверить, есть ли изменения в ваших ощущениях.
6. Если изменений нет, проделайте это еще раз — также в диссоциированном состоянии и сделав себя больше, чем контекст.

### Техника «Обезумливания субмодальностей»

1. Подумайте о проблемной ситуации или неприятном воспоминании и прокрутите его как диссоциированный «фильм» (если фильм ассоциированный, «диссоциируйтесь» из него).
2. Теперь прокрутите тот же «фильм», представив, что вы смотрите его по черно-белому телевизору.

3. Снова прокрутите черно-белый «фильм», но с удвоенной скоростью (обязательно обратите внимание, что беседующие или ругающиеся в нем люди — если, конечно, там есть звуковой ряд — разговаривают теперь, как герои мультиков).
4. Опять прокрутите на у двоенной скорости черно-белый «фильм» — но теперь уже задом наперед (от конца к началу).
5. Снова прокрутите этот черно-белый «фильм» — задом наперед, на удвоенной скорости, но теперь еще и кверху ногами.
6. Опять просмотрите все это — но на экране, имеющем раму в виде овала с прорезью внизу.
7. А теперь присмотритесь к этой раме и выясните, что вы смотрели свой «фильм» в судне унитаза. Нажмите на ручку сливного бачка и спустите воду вместе с... остатками «фильма».

## Техника «Взмаха»

- 1) Определите свою нежелательную реакцию (поведение) — например, кусание ногтей, сердцебиение и т. д. — настоящее состояние.
- 2) Выясните картину-триггер:
  - a) определите, какие именно состояния предшествуют нежелательной реакции, например: когда вы кусаете ногти — что именно вы видите (слышите, чувствуете), что подталкивает вас к необходимости кусать ногти? когда вы волнуетесь — что вы видите (слышите, чувствуете), что заставляет вас волноваться? Если вы можете определить только аудиальные или кинестетические ключи (триггеры), сделайте наложение на визуальный ключ: «Если бы этот звук или чувство было бы картинкой, как бы она выглядела?»
  - b) Создайте большой яркий ассоциированный образ того, что вы видите как раз перед началом нежелательного поведения. Откалибруйте свое «внешнее поведение» (должно проявиться нежелательное чувство или поведение!) и мысленно отложите эту картинку в сторону.
- 3) Создайте картину нового образа — желаемое состояние. Представьте картинку себя — каким бы вы были, если бы у вас больше не было этой трудности. Каким другим человеком вы бы видели себя, если бы освободились от этого нежелательного поведения? Убедитесь в том, что вы представляете себе диссоциированную картинку себя как дру-

гого человека — более способного и имеющего больше выборов. Убедитесь в том, что картинка:

- a) отражает ваше новое качество, а не какое-нибудь конкретное поведение;
  - b) диссоциирована и остается таковой;
  - c) нравится вам и
  - d) не имеет узкого контекста (сделайте фон вокруг образа как можно более размытым).
- 4) Проведите экологическую проверку. Глядя на это изображение самого себя таким, каким вы хотите быть, подумайте, есть ли у вас какие-нибудь колебания относительно того, чтобы стать таким человеком? Используйте любые возможности изменить образ так, чтобы полностью согласиться с новым образом себя.
  - 5) Подготовьтесь к взмаху. Создайте большой яркий ассоциированный образ триггера (шаг 2) и поместите небольшую темную картинку желаемого образа себя (шаг 3) в середину этого образа».
  - 6) Сделайте взмах. Представьте, как картинка желаемого образа самого себя быстро становится больше и ярче, а картина триггера в то же время уменьшается в размерах и становится тусклой и не столь яркой. Затем откройте глаза или сотрите изображение со своего визуального канала, представив себе что угодно другое.
  - 7) Повторите эту процедуру пять раз, всякий раз ускоряя процесс. Не забудьте делать перерывы после каждого взмаха для того, чтобы последовательность взмаха шла в одном направлении.
  - 8) Проверьте успешность упражнения. Представьте себе ту самую ситуацию: что происходит? Если техника взмаха удалась, то удержать картинку триггера (шаг 2) будет несложно; естественным путем ее заменит новый желаемый образ себя (шаг 3). Если образ (шаг 2) все еще сохраняется, то надо еще несколько раз проделать этап 6, после чего провести еще одну проверку.

### **Техника «Генератор нового поведения»**

1. Создайте и диссоциированно проиграйте внутренний сценарий, в котором вы видите, что вы ведете себя так, как вам нравится. Если сразу это не получается, для начала пусть это будет ваш знакомый или герой кинокартинки,

романа и т. д., справляющийся с ситуацией так, как вам хотелось бы. Когда герой, исполняющий «главную роль в сценарии», выбран, просмотрите этот «фильм» от начала до конца.

2. Поместите себя в этот образ и сделайте все необходимые изменения, чтобы теперь именно вы заняли место главного героя, и просмотрите «фильм» заново. Получилось? Если нет, попробуйте еще раз, чтобы внести эффективные изменения.
3. Добавьте звуковое сопровождение. Каким вы хотите слышать звучание своего голоса? Проверьте, так ли он звучит. Если нет — сделайте нужные изменения.
4. Войдите в новый образ себя. Сейчас, когда вы в своем новом образе, подвигайтесь в нем, как бы примеряя его на себя. Чувствуете ли вы себя так, как вам хотелось бы? Смотри изнутри этого образа, проверьте, действуете ли вы так, как хотели? Когда это новое поведение достаточно подробно изучено и принято, закройте его, а затем сделайте проверку.

## **Техники рефрейминга**

В НЛП термин «рефрейминг» используется для обозначения словесного переформулирования чего-то, в результате это «что-то» приобретает иной смысл и содержание. Это помогает переосмыслить неудачи и неприятные воспоминания.

### **Техника буквального рефрейминга**

1. Подумайте о ситуации, при мысли о которой вы чувствуете себя плохо. Это может быть все, что угодно: старое воспоминание, нынешняя проблемная ситуация или ограничение, а может быть и что-нибудь еще.
2. Тщательно рассмотрите визуальную часть своего проблемного опыта, затем мысленно шагните из него назад, так, чтобы вы видели себя в этой ситуации (диссоциируйтесь). Если вы не сможете создать эту диссоциацию осознанно, то просто «почувствуйте», что проделываете это, или притворитесь, что сделали.
3. Теперь поместите вокруг этой картины большую золотую раму в стиле барокко примерно в два метра шириной. Отметьте, как это изменяет ваше восприятие проблемной ситуации.

4. Если изменения недостаточны, позэкспериментируйте. Используйте овальную рамку, какие употреблялись много лет назад для старых семейных портретов; раму из нержавеющей стали с острыми краями или цветную пластиковую рамку.
5. После того как рама выбрана, поразвлекайтесь, украшая картину и пространство вокруг нее. Музейное яркое освещение, приподнятое над картиной, проливает иной свет на предмет, нежели тусклая свеча, стоящая на подставке под ней. Видение реальной обрамленной картины среди других картин на стене в музее или в чьем-то чужом доме может создать совершенно другую перспективу. Если хотите, то даже просто мысленно выберите знаменитого — или не очень — художника и превратите свою картину в полотно, выполненное этим художником или в его стиле.

### **Техника «Позитивное переосмысление ситуации»**

Вместо того чтобы «атаковать» проблему непосредственно, можно отступить назад и изучить «карту», в которой она «впечатана». Расширьте и видоизмените точку обзора.

1. Перечислите (вспомните или придумайте) пути и средства, при которых содержание проблемы может стать ценным, выгодным или удобным.
2. Определите вашу собственную вторичную выгоду от существующей проблемы. Что оправдывает эта проблема? Что объясняет? Для чего вы ее используете: чтобы быть (делать, иметь) или наоборот? Какая польза вам от этого «наоборот» (не быть, не делать, не иметь)
3. Если эти условия выгоды и пользы исчезнут, с чем вам еще придется справляться?
4. Теперь определите свою собственную цель в рефрейминге: что вы хотите получить от переформулирования проблемы? И начинайте рефреймировать до тех пор, пока вы это не получите.

### **Работа с «Линией времени»**

Говоря о времени, мы используем очень богатый набор субмодальных выражений. Мы говорим: «туманное и далекое прошлое», «впереди нас ждет великое будущее», «обернись на прошлое и посмейся» и «время остановилось».

Что бы ни представляло собой время в действительности, мы думаем о нем, используя пространственные представления:



## Базовая техника «Линия времени»

Как вы организуете время у себя в голове, умудряясь при этом отличать прошлые воспоминания от надежд на будущее? Как вы узнаете, что какое-то событие произошло вчера, а не пять дней назад? Вы просто оформляете их разными субмодальностями.

Подумайте о прошлом событии. Определите то направление, в котором, по вашему мнению, оно возникло. Подумайте о каких-нибудь планах на будущее. Где возникли эти образы? Вообразите себе линию, которая связывает прошлое с будущим. Это и есть ваша линия времени.

У многих людей образы прошлых событий находятся слева, настоящее — прямо перед ними, а будущее уходит вправо. Эта линия получила название «сквозь время». Другие прошлое воспринимают позади себя, будущее перед собой, а сами находятся в настоящем. Это называется «вдоль по времени».

Линии времени удивительны. Для здоровья очень важно уметь видеть будущее, которое устремляет вас вперед. На сколько далеко распространяется ваше представление о будущем и насколько привлекательным оно выглядит?

Работа с временной линией очень важна для серьезно больных пациентов, потому что надежда возникает из способности «видеть» будущее и наводить порядок в прошлом.

**Линия времени.** Вообразите себя здоровым — по-настоящему здоровым. Пусть это будет диссоциированная картинка. Что вы видите? Не имеет значения, что конкретно вы делаете в этой картинке, поскольку вы знаете точно, что это настоящее здоровое состояние. Вы можете просто «светиться здоровьем».

Определите визуальные субмодальности и поэкспериментируйте, изменения картинку так, чтобы сделать ее еще более выразительной, изображающей действительно пышущее здоровье. Например, первой субмодальностью в списке является

цвет. Если ваша картинка цветная, поменяйте ее на черно-белую, или наоборот. Что выглядит более привлекательным?

Следующая субмодальность — это наличие или отсутствие рамки. Если ваша картинка в рамке, уберите ее. Если она не имеет границ, вставьте ее в рамку.

Как при этом изменяются ваши ощущения?

Пройдите по всему списку субмодальностей и сохраните все изменения, которые усилили приятные ощущения от улучшенной картинки.

Теперь прислушайтесь к любым звукам, которые звучат в этом воспоминании. Возьмите список аудиальных субмодальностей, чтобы поэкспериментировать с ним. Сможете ли вы усилить приятные ощущения, изменяя то, что вы слышите? Сохраните те изменения, которые вам понравятся.

Ассоциируйтесь с картинкой. Вы можете сделать это, либо мысленно войдя в свой образ, либо поместив этот образ внутрь себя. Проверьте свои ощущения.

Является ли это состояние настоящим здоровьем? Можете ли вы как-то улучшить его?

Если можете, выйдите снова из образа и продолжайте экспериментировать с субмодальностями, пока не получите вполне удовлетворительный образ.

Когда вы почувствуете удовлетворение, вы найдете то, что для вас означают слова «быть здоровым» на уровне субъективного опыта — вы превратили слова в реальность.

Составьте список субмодальностей вашего представления о настоящем здоровье. Вы сможете использовать его в будущем всякий раз, когда захотите визуализировать выздоровление.

Следующий шаг заключается в том, чтобы разместить эту диссоциированную картинку на своей временной линии и оставить ее там.

Представьте себе, что ваша временная линия растянулась перед вами.

Возьмите свою картинку и связанные с ней звуки и установите их на будущей части своей временной линии.

- Как вы чувствуете себя?
  - Как вы относитесь к своему здоровому будущему?
  - Насколько реально и привлекательно оно выглядит?
  - Как далеко в будущее вы поместили картинку?
  - Может ли что-то помешать вам достичь этого будущего?
- Поэкспериментируйте, поместив картинку в разные места

будущей части своей линии времени. Удалите ее на неделю от настоящего, на месяц, на год, на три года, на пять лет.

- Как изменились ваши реакции?
- Какие отношения вы хотели бы установить с этим здоровым будущим Я?
- Притягивает ли оно вас?
- Какие шаги вам необходимо предпринять, чтобы достичь этого будущего?
- Что бы вы сказали своему будущему Я?
- Какие вопросы задали?

Теперь пойдите и станьте своим будущим: ассоциируйтесь со своим будущим Я. А сейчас это будущее Я смотрит назад, на свое настоящее Я.

- Что вы чувствуете?
- Какой совет вы могли бы дать своему настоящему Я, чтобы оно смогло достичь той точки, где вы стоите?
- Какие ответы вы бы дали на те вопросы, которые перед вами поставило ваше настоящее Я?
- Какие вопросы вы сами задали бы ему?

И наконец, отойдите в сторону и встаньте так, чтобы видеть одновременно и будущее Я, и настоящее Я.

- Какова связь между ними?
- Чему вы можете научиться у них обоих?

Вернитесь снова в свое настоящее.

Это очень эффективное упражнение. После него понятие «быть здоровым» станет для вас необыкновенно реальным.

С помощью репрезентативных систем и субмодальностей вы сможете тонко настроить и оформить свое представление о здоровье точно в соответствии с тем, чего вы хотите. Разместив его на своей временной линии в будущем, вы начинаете строить взаимоотношения между настоящим Я и тем Я, которым вы хотите стать. Вы можете увидеть, что требует изменений и как следует начать.

## Техника изменения личной истории

- 1) Определите ваше проблемное состояние — нежелательное или неприятное вновь и вновь повторяющееся ощущение. Что это за чувство или реакция, которые вы хотите изменить? Ощутите его сейчас и заметьте, где и как вы чувствуете его в своем теле.

- a) Заякорите это ощущение, дотронувшись до своей руки, запястья или колена.
- 2) Удерживая якорь, мысленно вернитесь назад по вашей воображаемой линии времени и найдите в прошлом моменты, когда вы чувствовали то же самое. Поиск ведите ассоциировано (видя то, что видели, слыша то, что слышали и чувствуя то, что чувствовали прежде).
  - a) Когда вы заметите усиление чувств или физиологической реакции, связанной с проблемным состоянием, определите, что тогда происходило и сколько вам было лет в этот момент.
  - b) Ищите до тех пор, пока не обнаружите самое ранее или самое интенсивное воспоминание, связанное с этим проблемным чувством.
  - c) Направьте ваше внимание на чувство и позвольте ему отвести вас назад во времени. Ощутите, как становитесь моложе и моложе. Отыщите в вашем прошлом те моменты, когда вы испытывали подобные чувства. Вернитесь назад к самому раннему воспоминанию о таком чувстве.
- 3) Когда вы найдете самое раннее воспоминание, вернитесь в настоящее и посмотрите на это воспоминание диссоциированно — так, будто вы наблюдатель, а не участник этих событий.
  - a) Признайте, что там и тогда вы сделали все, что было в ваших силах, — с теми ресурсами и теми «картами мира», которые были вам тогда доступны.
  - b) Ощутите, что сейчас вы куда более зрелы и обладаете ресурсами и пониманием, которых у вас не было там и тогда.
- 4) Теперь полностью оставьте это чувство и те события. Вернитесь сюда и сейчас — так, чтобы можно было взглянуть назад на эти события более зрело. Вы можете видеть, что произошло тогда, как если бы смотрели фильм. Убедитесь, что сделали все, что могли, в той ситуации с теми ресурсами, которыми тогда обладали. Одновременно вы можете осознать, что сейчас более зрелы и ваше понимание и ресурсы значительно увеличились.
- 5) Определите, какие именно ресурсы могли бы вам понадобиться в прошлой ситуации для того, чтобы более успешно решить эту проблему. Вспомните связанный с этим ре-

сурсами теперешний опыт и создайте новый якорь для этих ресурсов.

- 6) Ощутите себя полностью в своем теле, в своем нынешнем понимании, в своих ощущениях; почувствуйте, что имеете полный доступ к вашим ресурсам и к вашему потенциалу. Когда вы смотрите на свое более молодое Я, присутствующее в той ситуации в прошлом, какие ресурсы и какое понимание становятся вам нужны и доступны сейчас, ресурсы и понимание, которых у вас не было тогда и которые теперь вы могли бы передать своему более молодому Я. Позвольте, чтобы эти ресурсы сейчас во всей полноте присутствуют в вашем теле.
- 7) Измените личную историю. Используя ресурсный якорь, пройдите через каждый из эпизодов прошлого, начиная с самого раннего и двигаясь вперед во времени, добавляя новые ресурсы, чтобы теперь этот опыт помог разрешить проблему принес вам удовлетворение.
- 8) Если вам сложно изменить любую часть прошлого опыта или вы не удовлетворены результатом, вернитесь на пункт 5 — найдите и закрепите более сильные и более подходящие ресурсы.
- 9) Удерживая эти ресурсы в своих ощущениях во всей их полноте, вернитесь к вашему более молодому Я и предложите ему утешение и совет, которые ему были необходимы тогда. Затем перенесите эти новые ресурсы в ваше более молодое Я. Встаньте на его место со всеми новыми ресурсами и со всем новым пониманием. Отметьте, как ваши ощущения и восприятие ситуации изменяются, принося новое важное знание о той ситуации и о себе самом. Пройдите весь путь во времени обратно к настоящему, изменяя и обновляя весь опыт, ассоциированный с этим прошлым событием.
- 10) Как только вы изменили ваш опыт прошлых событий, вспомните их снова, не применяя якорей, и посмотрите, изменились ли ваши субъективные воспоминания. Если нет — повторите данный процесс с другими, более подходящими ресурсами. Когда вы вернетесь в настоящее, к вашему настоящему и более зрелому телу, снова вспомните прошлые события. Отметьте, как изменилось ваше восприятие этих событий. Теперь они стали опытом обуче-

ния, который может напоминать вам о ресурсах и о новых возможностях выбора.

- 11) Когда вы измените ваши ощущения прошлого, сосредоточьтесь на тех ситуациях, когда у вас возникали проблемные состояния, или вообразите, как вновь могла бы возникнуть подобная ситуация. Если изменение произошло, у вас появятся ощущения и изменения в физиологии «ресурсного» типа. Если этого не происходит, найдите другие необходимые ресурсы и повторите весь процесс. Подумайте о ситуациях, которые вызывали это проблемное состояние. Представьте себе, как вы оказываетесь в подобной ситуации в следующий раз. Полностью войдите в будущие обстоятельства и отметьте, как изменились ваши чувства и реакция. Теперь вам доступны новые ресурсы и новые альтернативы, и вы можете реагировать наиболее адекватно и экологично для вас.

### Техника реимпринтирования

Изменение личной истории работает с причинами, которые касались только самого человека. Помочь разобраться с «молекулой» давней ситуации, в которой вы выступали только в качестве «атома», может техника реимпринтирования.

- 1) Определите конкретные физические проявления симптомов, с которыми вам надо работать. Любым образом изобразите линию времени (см. выше), встаньте на ней на точку, соответствующую настоящему, и повернитесь лицом по направлению к будущему. Сконцентрировав свое внимание на физическом проявлении ваших симптомов и на убеждениях, связанных с ними, начните медленно двигаться назад, задерживаясь на тех местах, которые, как вам кажется, имеют отношение к симпту или к связанным с ним убеждениям. Продолжайте двигаться назад по линии времени до тех пор, пока не достигнете самого раннего события, связанного с этими симптомами или убеждениями.
- 2) Удерживая это «ретрессивное» ассоциированное состояние, расскажите о своих ощущениях, обобщениях или убеждениях, связанных с данным событием. Следите за тем, чтобы речь шла от первого лица и в настоящем времени («Я чувствую слабость и желание сделать так, чтобы меня здесь не было»).
- 3) Отступите еще на шаг назад — на то место на линии време-

- ни, когда травмирующее событие (импринт) еще не произошло. Когда вы это сделаете, вы должны почувствовать себя по-другому — как если бы импринт еще не оказывал на вас никакого психического и физического воздействия.
- 4) Сойдите с линии времени и, вернувшись в настоящее из метапозиции, посмотрите назад, на событие, связанное с импринтом.
- Отметьте действие, которое это раннее событие оказалось на вашу жизнь. Выразите словами любые другие обобщения или убеждения, сформированные в результате импринтинга (многие убеждения часто формируются «*post factum*»). На этот раз говорите о себе в третьем лице и в прошедшем времени, например: «Он (или мое молодое Я) думал, что... И решил, что...»
  - Найдите позитивную цель или вторичную выгоду симптомов или реакций, сформировавшихся во время импринтинга. Какую позитивную функцию выполняли эти симптомы в отношении прошлых событий?
- 5) Определите значимых других, участвующих в процессе импринтинга. (Некоторые симптомы могут возникать только при ролевом моделировании значимых других.) Учтите, что значимые другие необязательно должны физически присутствовать во время этих событий. Иногда импринтинг происходит потому, что значимый другой в момент импринтирующей ситуации находился где-то в ином месте (и таким образом оказался «интернализированным» — т. е. как бы включенным в ваше сознание).
- Ассоциируйтесь с каждым из значимых других (как бы войдите в него) и ощутите ситуацию импринтинга с их точки зрения. Опишите, что каждый из них думает и чувствует в этот момент, от первого лица в настоящем времени («*А я считаю, что...*»).
  - Перейдите из позиции восприятия значимых других в точку, находящуюся вне линии времени, и найдите позитивное намерение в их действиях и реакциях (учтите — оно обязательно было!).
- 6) Теперь для каждого из людей, участвующих в ситуации импринтинга:
- определите те ресурсы и возможности выбора, которые нужны были этому человеку прежде, которых у *него* не было там и тогда, но которые есть у *вас* здесь и сейчас. Помните, что вам не надо ограничивать себя теми спо-

- собностями, которыми вы или значимый другой обладали в то время. Поскольку у вас (но не у значимых других) сейчас есть эти ресурсы, используйте их для того, чтобы помочь изменить этот «их — ваш» опыт;
- b) встаньте на вашу линию времени в том месте, где вы в наибольшей степени ощущали присутствие данного ресурса (в ситуацию, где этот ресурс был), и «проживите вновь» со всей возможной полнотой то, как он ощущался, звучал и выглядел. Заякорите эти ощущения, создав представление ресурса в виде, например, энергии, света или звука;
  - c) продолжая стоять на точке ресурса, передайте его назад по линии времени каждому человеку в системе, кому он требовался. Это можно сделать метафорически, например, посыпая волну энергии, луч света или звук;
  - d) когда вы почувствуете, что ресурс передан, сойдите с линии времени, вернитесь на то место, где произошел импринтинг, встаньте в позицию человека, которому был нужен ресурс, и вновь переживите данную ситуацию с точки зрения этого человека, уже обладающего новым ресурсом;
  - e) снова ассоциируйтесь, но уже с *вашей собственной* позицией внутри ситуации импринтинга и обновите или просто измените состояние, оценки, убеждения и обобщения, которые вы *теперь* могли бы вынести из этого опыта. Выразите их словами от первого лица единственного числа в настоящем времени.
- 7) Повторите эти шаги для каждого значимого человека, участвовавшего в ситуации импринтинга.
- 8) Определите наиболее важный ресурс или убеждение, которые могли бы понадобиться вашему молодому Я. Заякорите его и отнесите назад по линии времени в точку до импринта. «Ведите» этот ресурс в ваше более молодое Я и пройдите с ним по всей линии времени до настоящего, внимательно следя за изменением ощущений.

### ***Работа с убеждениями***

#### **Убеждения и их роль в жизни человека**

Согласно НЛП к основным функциям убеждений относятся следующие:

- Убеждения функционируют как фильтры.

- Убеждения определяют нашу реакцию — причем в любой момент времени.
- Убеждения структурируют наши переживания и говорят, что делать дальше.
- Убеждения заполняют разрывы в наших знаниях.
- Убеждения придают смысл нашей жизни, помогают нам сформировать цели и знать, что нужно делать и как себя вести.

Убеждения — это наши руководящие принципы. Мы действуем так, как будто они верны, независимо от того, верны ли они на самом деле. Как вы определите здоровье, так и построите убеждение о нем. У всех убеждений, верны они или нет, есть последствия. Убеждения проявляются в том, что вы делаете, а не в том, что вы говорите. Кроме того, они вызывают биохимические изменения в нашем теле. Убеждения могут быть ядовитыми — нашему телу приходится терпеть все перебряги, связанные с нашими убеждениями. Враждебность, депрессия и чувство беспомощности берут начало в убеждениях о самих себе и о мире, и все они несут в себе опасность для нашего здоровья. Во многих убеждениях о здоровье предполагается, хотя прямо и не утверждается, что мы беспомощны перед наступлением болезней.

Как бы вы завершили следующие предложения? Как это говорит о ваших убеждениях?

- Быть здоровым — значит...
- Если я здоров, то я могу...
- Стать совершенно здоровым — значит изменить...
- Если бы мне пришлось взять управление собственным здоровьем в свои руки...
- Когда я болен...
- Мне мешает быть здоровым...
- Мне помогает быть здоровым..

Сейчас возьмите ответы на два последних вопроса и поменяйте их местами.

Подумайте о том, как то, что вы считаете барьерами на пути к здоровью, могло бы на самом помочь вам стать еще более здоровым.

После этого подумайте, как те причины, которые первоначально были отмечены вами как помогающие вам сохранять здоровье, могут на самом деле мешать вам.

Ограничивающими считаются убеждения в безнадежности, беспомощности и незаслуженности.

Ниже приведены некоторые ограничивающие убеждения, касающиеся здоровья, объединенные в пару с противоположным поддерживающим убеждением. Завершите и то и другое. Какое из них верно для вас? Какое вы хотели бы считать верным для себя? Очень многое зависит от того, что означает для вас быть здоровым.

Я не заслуживаю того, чтобы быть здоровым, потому что...

Я заслуживаю того, чтобы быть здоровым, потому что...

Я не смогу восстановить свое здоровье, потому что...

Я обязательно восстановлю свое здоровье, потому что...

Неприлично想要 быть здоровым, потому что...

Это правильное желание — быть здоровым, потому что...

Для меня невозможно стать полностью здоровым, потому что...

У меня есть возможность стать совершенно здоровым, потому что...

Быть здоровым нереально, потому что...

Быть здоровым реально, потому что...

Если вы смогли определить здоровье для самого себя, то существуют ли какие-то факты, которые означают, что вы должны верить в первое предложение больше, чем во второе?

### **Базовая техника изменения убеждений**

#### **A. Сбор информации и подготовка.**

1. Подумайте о своем убеждении, которое вы не хотели бы иметь, потому что оно как-то ограничивает вас или приводит к нежелательным последствиям. Как вы представляете это убеждение в своем внутреннем опыте, как узнаете о том, что «проявилось» это убеждение — как вы его видите, слышите или ощущаете?
2. Теперь подумайте о том, в чем вы сомневаетесь о чем-то, что может быть верно, а может и нет: вы не уверены. Как вы представляете это сомнение в своем внутреннем опыте? Когда вы ищете то, в чем вы сомневаетесь, убедитесь,

что вы в этом «сомнительном» действительно не уверены. Если вы говорите что-то вроде: «Я сомневаюсь, что это хорошая идея», то на самом деле можете иметь в виду, что уверены, что это идея плохая. Сомнение — это когда вы действительно колебитесь и не знаете, верно это или нет.

3. Проведите сравнительный анализ, чтобы найти и перечислить субмодальные различия между Верой и Сомнением.
4. Проверьте по очереди каждую субмодальность из вашего списка различий, чтобы выяснить, какие из них наиболее эффективны при превращении веры в сомнение. Проверив одну субмодальность, верните ее в исходное состояние, прежде чем проверять следующую.
5. Теперь решите, какое новое убеждение вы хотели бы иметь вместо того, которое у вас сейчас есть и вам не нравится. Это убеждение обязательно должно быть сформулировано в позитивных терминах, без отрицаний. Например: «Я могу успешно выздороветь» вместо «Я перестану болеть».

Убедитесь в том, что вы думаете о новом убеждении в терминах скорее способности или процесса, а не уже достигнутой цели. «Я верю, что могу научиться улучшать и поддерживать свое здоровье» — это весьма экологичное убеждение. А вот «Я совершенно здоров» — это не очень экологичное убеждение, особенно если на самом деле список ваших болезней включает десяток заболеваний. Вы должны мобилизовать новые способности, а не строить новые же, но заблуждения.

Обязательно осуществите экологическую проверку. Спросите себя, не причинит ли вам неприятности это новое убеждение? Как изменится поведение жены или других членов вашей семьи, если у вас будет это новое убеждение, как это убеждение повлияет на вашу работу, и т. д. При необходимости видоизменяйте и модифицируйте свое новое убеждение, чтобы учесть любые вероятные проблемы.

## Б. Процесс изменения убеждения.

6. *От веры к сомнению.* Оставляя содержание неизменным, превратите нежелательное убеждение в сомнение путем использования одной или нескольких наиболее мощных субмодальностей, обнаруженных на шаге 4. Например, если двумя сильнейшими различиями были фильм-слайд и близкая панорама — удаленная картина в рамке, то пусть панорамный фильм замедляется до неподвижного слайда, отодвигаясь и превращаясь в обрамленную картинку.
7. *Изменение содержания.* Используя какую-нибудь другую

субмодальность, смените содержание старого, нежелательного убеждения на содержание нового, желательного. Например, если в сомнении картинки прыгают туда-обратно, они могут прыгнуть из старого содержания в новое. Или вы можете заставить картину старого убеждения отодвинуться так далеко, что невозможно будет разобрать, что там, а потом вернуть ее обратно с образом нового убеждения. Наконец, вы можете сделать картинку столь яркой или столь темной, что старое содержание исчезнет, а потом вернуть ее в прежнее состояние с новым содержанием и т. д.

8. *От сомнения к вере.* Сохраняя новое содержание, превратите сомнение в убеждение путем обратного изменения тех же субмодальных характеристик, которые вы использовали на шаге 6. Если перемещение вправо превратило старые убеждения в сомнения, то теперь вы перемещаете картину обратно влево, чтобы превратить новое содержание из сомнения в убеждение. Делая это, будьте очень внимательны к любому сопротивлению. Если новое убеждение плохо сформулировано или в нем есть какие-либо отрицания, то какая-нибудь часть вашей личности вполне может ему воспротивиться и мешать изменению. Если вы столкнулись с подобными возражениями, отнеситесь к ним с почтением, соберите информацию и вернитесь на шаг 5, чтобы переопределить новое убеждение.

### **В. Проверка.**

9. Существует несколько способов проверки. Но самый простой — это спросить себя: «Как я теперь думаю об этом новом убеждении?»
10. Когда новая вера на месте, старая, возможно, сменит свои субмодальности на субмодальности неверия. Если вы выясните, как теперь представлено старое убеждение, то сможете сравнить это с субмодальностями сомнения, которые вы уже знаете, или с субмодальностями неверия, которые можете определить, попросив себя подумать о чем-то еще, во что вы твердо не верите.

### **Техника «Музей старых убеждений»**

Хорошая подготовка для данного упражнения — написать список убеждений, от которых вы хотите избавиться (тех, которые вы сейчас считаете ограничивающими) и список убеж-

дений, которые вы хотите приобрести. Для этого вам может пригодиться следующая процедура.

- Выберите контекст, с которым вы хотите работать.
- Пофантазируйте, как это должно выглядеть в идеале (минимум 7 пунктов).
- Отложите список, перенеситесь в будущее года на три и посмотрите, как там обстоят у пациента дела. Составьте список, аналогичный предыдущему.
- Сопоставьте списки по каждому пункту, задавая себе вопрос: «Почему в моей жизни реальность отличается от идеала». Задавайте себе вопрос: «Почему?» и «Какие мои убеждения препятствуют достижению идеала?».

*Бывшее убеждение.* Подумайте о чем-нибудь, во что вы чрезвычайно твердо верили, но теперь эта убежденность кончилась. Может быть, это детская вера в Деда Мороза, или что-то, что вам казалось совершенно точным до приобретения нового опыта.

*Музей Старых Убеждений.* Найдите место на полу рядом с собой, где бы вы хотели разместить Музей Старых Убеждений. Поместите в эту область то старое убеждение, которое вы нашли на предыдущем шаге. Также положите туда и все другие убеждения, которые вы считаете для себя ограничивающими. Например, это могут быть:

- «Я не достоин любви».
- «Мне трудно найти хорошую работу».
- «Меня никто не уважает».

Встаньте на место Музея и прочувствуйте «бывшие важные убеждения». Выйдите и посмотрите на это место со стороны.

*Твердая вера.* Подумайте о каком-то полезном для вас убеждении, в которое вы верите совершенно твердо. Может быть, это вера в то, что «все будет хорошо» или что вы «сможете справиться с любой проблемой».

*Место Новых Убеждений.* Определите место на полу перед собой, где вам удобнее расположить место для Новых Убеждений. Положите туда свою твердую веру, а также те новые убеждения, которые вы считаете для себя полезными и хотите, чтобы они у вас были. Например, это могут быть:

- «Я способен справиться с любой трудностью».
- «Я могу быть таким, каким захочу».
- «Я могу сам менять собственную жизнь».

*Принятие новых убеждений.* Войдите в область, где находятся новые убеждения, и представьте, что они «втекают» в ваше тело. Подождите, пока процесс закончится.

*Сохранение Музея.* Музей Старых Убеждений разместите где-то в пространстве рядом с собой (но только не внутри себя): это место, куда вы можете сходить, посмотреть ваши старые убеждения, если вам какие-то нужны — взять их обратно, а также добавить в Музей те, от которых вы решили отказаться.

Поблагодарите, свои старые убеждения за то, что они так верно служили и помогали вам.

*Привязка к будущему.* Отойдите в сторону и посмотрите в свое будущее. Что там изменилось, как конкретно эти изменения проявятся в вашей жизни?

### Техника интеграции конфликтных убеждений

Ее рекомендуют применять в тех случаях, когда какое-то старое убеждение мешает вам открыться будущим возможностям. Вы можете быть достаточно уверены, что подобный внутренний конфликт между убеждениями существует, если, обсуждая собственное здоровье (и не только), часто говорите себе нечто вроде: «Я не пойму, что меня останавливает...»; «Это глупо, но тем не менее...»; «Это не то, что я могу себе позволить...»; «Логически это может быть и так, однако...». Самым важным (и исходным) здесь является именно ваше признание этих, пока неизвестных, но важных сторон вашей же личности (обычно «уличенный» в них человек начинает яростно это отрицать). Во всех случаях наметившегося конфликта ваших убеждений и ценностей (пусть даже неявного), вам может помочь техника интеграции конфликтных убеждений.

1. Установите на полу линию времени (см. выше), обозначив ее чем угодно.
2. Определите свое будущее Я и связанные с этим убеждения («Каким я хочу быть и во что я тогда буду верить?»).
3. Войдите в это самое будущее Я (встав на линию времени в соответствующее — любое понравившееся вам — место будущего) и немножко помечтайте о том, как хорошо вам будет, когда вы таким станете.
4. Найдите в себе часть, которая имеет убеждения, мешающие вам достичь этого состояния. Спросите себя: «А согласен ли я стать таким?» Обнаружив несогласие (а оно обязательно найдется), поместите выражающую его свою

более «юную» часть себя в прошлое по линии времени — во время, когда она образовалась (в любое место прошлого, в которой, как вам покажется, и находится «ее место»). Ассоциируйтесь с этой «юной» частью (встаньте на линию в этом месте) и выясните, что вы (она) думаете (думает) о себе в будущем и какие ресурсы в ней можно обнаружить.

5. Снова перейдите в будущее Я, стоя спиной к прошлому. Что вы (она — будущая часть) думаете (думает) о более «юной» части? Она вам не нравится? Тогда повернитесь так, чтобы вы могли увидеть эту часть — какие чувства теперь появляются по отношению к ней? Какие ресурсы есть у нее (а они у нее обязательно есть)?
6. Перейдите в метапозицию и найдите намерения обеих частей (то, чего хочет каждая из них). Укрупните эти намерения до выяснения общей цели (ведь и та и другая желают вам не зла, а пользы) и опять назовите ресурсы этих частей.
7. Теперь перейдите в будущее состояние и ощутите ресурсы «юной» части так, как они видны оттуда — как эти ресурсы могут обогатить все ваше существование?
8. Поставьте якорь на свое будущее Я (заякорите себя в будущем) и перенесите это состояние назад так, чтобы вы как бы встали непосредственно за «юной» частью как ее «ангел-хранитель». Окажите ей поддержку, а после вступите в это «юное существо» и, став им, ощутите как это здорово — иметь за спиной ангела-хранителя. Как это изменяет ваши убеждения?
9. Затем, захватив с собой ресурсы «юной» части, перейдите в будущее и почувствуйте изменения. Ощутив это, вернитесь в настоящее.

## *Работа с идеями*

Фанч (1997) создал своеобразную типологию фиксированных идей, которые он разделил на следующие пять типов или классов.

**Фиксированные предположения.** Это информация, которую человек считает истинной, не задумываясь о ее истинности, информация, которая никогда не проверяется.

**Фиксированные необходимости.** Это то, что должно быть только так (или никак не может быть так), внутренняя уверенность в том, что возможны некие неуточненные, но негативные последствия, если не соблюдать определенные правила.

**Фиксированные шаблоны поведения.** Это определенные шаблоны ролей, действий и отношений, которые человек автоматически, не задумываясь, сохраняет.

**Фиксированные убеждения.** Это основные представления о мире и о себе, по которым человек живет, не осознавая, что они у него есть, и не зная, где, когда, как и почему он их выбрал.

**Фиксированная правота** представляет собой навязчивую потребность считать себя правым, а других неправыми.

### Техника «Расфиксирование идей»

Сам по себе процесс расфиксирования всего того, что описано выше, выглядит следующим образом.

Для начала нужно обнаружить фиксированную идею. Самый простой способ сделать это — задать самому себе или другому вопрос: «По каким правилам или принципам ты живешь относительно этого», — а далее, «уцепившись» за то, что появилось, раз за разом, последовательно или в перемешку задавать вопросы:

- Почему?
- Как это так?
- Ты можешь это объяснить?
- На каком принципе или правиле это основано?

Возможно, что некоторое время будут появляться и проявляться вполне логично выглядящие ответы, но если вы будете продолжать спрашивать уже об этих самых логических обоснованиях, то через некоторое время дойдете до основной нелогичности.

Обнаружив фиксированную идею, можно приступить к ее расфиксированию. Для этого рекомендуется:

- определить то, как и в чем фиксированная идея помогает человеку;
- исследовать последствия использования и неиспользования идеи;
- поместить идею в конкретную ситуацию.

Определить, как конкретная фиксированная идея служит вам или другому, довольно легко, если вы воспользуетесь нижеприведенными вопросами.

- Чего ... помогла тебе достичь?
- Что ... помогла тебе предотвратить?
- Что ... позволяет тебе делать?
- Что ... позволяет тебе иметь?

- Кем ... позволяет тебе быть?
- Что правильно в ...?
- Какие преимущества у ...?
- Как можно использовать ... против других?
- Ставит ли ... других в невыгодное положение?
- К чему ... тебя привела?
- Из чего ... тебя вывела?
- Решением чего была ...?
- Что ... решила?

Далее надо исследовать последствия использования фиксированной идеи.

- Что случится, если ты сделаешь ...?
- Что случится, если ты не сделаешь ...?
- Чего не случится, если ты сделаешь ...?
- Чего не случится, если ты не сделаешь ...?

Теперь осталось поместить идею в конкретную ситуацию.

- В чем ценность ...?
- В чем важность ...?
- Когда ... может быть подходящей идеей?
- Когда ... может быть неподходящей идеей?
- С чем можно сравнить ...?
- Куда ... подходит?

Работа с фиксированной идеей может считаться завершенной не тогда, когда вы ее «уничтожили», а когда вы можете либо совершенно спокойно принять ее, либо так же спокойно отбросить. То есть тогда, когда эта идея превратилась из фиксированной неопределенности в некий гибкий принцип.

## Техника «Расфиксирование идеи с помощью логического квадрата»

Ответьте на вопросы:

- Что случится, если эта идея верна?
- Что не случится, если эта идея верна?
- Что случится, если эта идея не верна?
- Что не случится, если эта идея не верна?

## Техника «Метафоры здоровья»

Чтобы передать смысл, мы пользуемся сравнениями, рассказываем истории и делимся опытом. Такие сравнения, аналогии и истории в НЛП называются «метафорами» и сами по себе тоже являются метафорами. Метафоры не могут быть ис-

тиными или ложными; это просто способ мышления — иногда полезный, а иногда ограничивающий.

Различные метафоры предлагают различные способы мышления. «Правильных» метафор не существует, но вы можете найти ту, которая будет работать для вас. Вы сами сможете решить, с какой вам жить. Она может быть такой простой или такой сложной, какой вы захотите ее сделать.

Сначала осознайте ту, которая у вас уже есть. Чтобы узнатъ это, закончите предложение: «Здоровье похоже на ... , потому что ...». То, как вы думаете о здоровье, будет влиять на смысл, который вы придаете болезни, и на то, что вы будете делать, если заболеете. Теперь завершите предложение: «Болезнь похожа на... , потому что...».

- О чем эти метафоры говорят вам?
- Что они позволяют делать?
- Что запрещают?
- Что еще должно быть верным, чтобы эти метафоры имели смысл?
- Что общего между этими метафорами?

Просто отметьте, что представляют собой ваши метафоры, и пока не пытайтесь изменять их. Когда вы исследуете их, может быть, вам захочется иметь другую метафору или обогатить ту, которая у вас уже есть.

Подумайте, каким бы вы хотели представлять себе свое здоровье: «Я хочу, чтобы мое здоровье было похоже на... , потому что ...» Какое значение будет у этой новой метафоры? Как бы вы стали действовать, если бы новая метафора стала верной для вас?

Вы можете также изменить свою метафору о болезни: «Я бы предпочел, чтобы болезнь была похожа на... , потому что ...». Может быть, вам сразу удастся найти удовлетворительную метафору. Если это трудно сделать, просто отвечайте, говоря то, что первым придет в голову.

Вы можете продолжать цепочку метафор до тех пор, пока не найдете подходящую. Интересно сравнить вашу старую и новую метафоры. Предположим, вашей старой метафорой здоровья была борьба, а новая — это глоток воды из чистой речки. Как они связаны между собой? Что между ними общего? Если бы вам пришлось составить историю, которая начиналась бы с борьбы и заканчивалась глотком воды из чистой речки, то как бы это могло произойти? Каким образом борьба

могла бы превратиться в глоток воды? Эта история может быть настолько фантастической, насколько хотите, и в ней могут быть спрятаны ключи к вашему здоровью. Это ваше путешествие из настоящего состояния здоровья в желаемое. Метафоры не могут быть рациональными, но я думаю, что вы обнаружите в них какую-то свою логику.

Какая метафора есть у вас для своего тела: «Мое тело похоже на ... , потому что ...» Просто отметьте для себя, что это такое и какой смысл в этом есть. Вы всегда сможете изменить это, если захотите. Каков смысл этой метафоры? Отличается ли она в тех случаях, когда вы хорошо себя чувствуете и когда болеете? Таким образом врачи встраиваются в эту метафору? Вам удобно с этой метафорой?

Существует ли другая метафора для вашего тела, которую вы предпочли бы иметь: «Я хочу, чтобы мое тело было похоже на ... , потому что ...» Если бы ваше тело стало таким, как бы вы стали смотреть на врачей и медицинское лечение? Предположим, что вашей первой метафорой было тело, похожее на храм, а вы бы хотели, чтобы ваше тело было похоже на золотой поток. Таким образом храм может быть преобразован в золотой поток? И снова история путешествия от одного образа к другому подскажет вам ресурсы, необходимые для этого изменения.

### ***Рефрейминг***

Одно из основных положений НЛП — то, что любое нежелательное состояние является неадекватной адаптацией. «Часть личности», ответственная за нее, необходима субъекту, но в данном случае использовала неоптимальные ресурсы для преодоления конфликта. Техники рефрейминга дают возможность «перепрограммирования болезни».

### **Техника «Шестишаговый рефрейминг»**

- 1) Идентифицируйте стереотип X, который вы хотите изменить (в данном случае это ваша болезнь). «Я хочу прекратить делать X, но не могу» или «Я хочу делать Y, но меня что-то останавливает». Например: «Я хочу прекратить болеть» или «Я хочу выздороветь, но мне что-то мешает».
- 2) Установите коммуникацию с частью, ответственной за стереотип X.

- a) «Будет ли та часть моей личности, которая отвечает за стереотип X, общаться со мной в сознании?» Обратите внимание на любые ощущения, которые возникают после того, как вы зададите себе этот вопрос.
  - b) Установите значение сигналов «да» и «нет». Пусть яркость, громкость или интенсивность сигнала возрастают, если имеет место ответ «да», и уменьшаются, если вы получаете ответ «нет». В качестве сигнала часто удается воспользоваться непроизвольным движением пальца вверх и вниз.
- 3) Отделите поведение стереотипа X от позитивного намерения той части, которая отвечает за X — ведь это ее поведение является всего лишь способом достижения какой-либо позитивной цели.
- a) Спросите часть, которая отвечает за стереотип X: «Не хочешь ли ты дать мне возможность осознать, что ты стараешься делать для меня с помощью стереотипа X?»
  - b) Если вы получите ответ «да», попросите эту часть пойти дальше и сказать открыто об этом своем намерении. Если вы получите ответ «нет», оставьте намерение бессознательным, предполагая, однако, что оно существует.
  - c) Теперь (если ответ был «да») определите, приемлемо ли это намерение для вашего сознания, то есть хотите ли вы иметь часть, которая бы выполняла эту функцию?
  - d) Спросите часть, которая отвечает за стереотип X: «Если бы тебе были известны способы достижения той же самой цели, которые были бы настолько же хороши, как X, или даже более хороши, чем X, была бы ты заинтересована в том, чтобы реализовать их?» Добейтесь ее согласия, при необходимости переосмысливая выражения.
- 4) Получите доступ к *творческой части* и попросите ее о том, чтобы она генерировала новые поведенческие реакции для достижения данной позитивной функции.
- a) Получите доступ к переживаниям творчества и закрепите их с помощью якоря. Или же спросите себя: «Осознаю ли я, что у меня есть творческая часть?»
  - b) Попросите часть, ответственную за стереотип X, сообщить свою позитивную функцию творческой части и разрешите творческой части создать новые способы для достижения этой позитивной цели. Предложите части, ответственной за X, принять по крайней мере три вари-

анта, которые являются настолько же хорошими или лучшими, чем X. Пусть часть X дает сигнал «да» каждый раз, если она примет какой-либо вариант как альтернативный X.

- 5) Спросите часть X: «Не хочешь ли ты взять на себя ответственность за то, чтобы использовать 3 новых варианта поведения в соответствующих ситуациях?» Это обеспечит присоединение к будущему. Кроме того, вы можете просить часть X на бессознательном уровне определить сигналы, которые будут запускать функционирование новых вариантов поведения и дать вам полностью пережить то состояние, в котором вы будете находиться, когда эти сигналы будут автоматически запускать новые реакции.
- 6) Осуществите экологическую проверку. Спросите: «Есть ли внутри меня какая-либо часть, которая бы возражала против хотя бы одного из этих трех вариантов поведения?» Если получен ответ «да», возвратитесь на шаг 2.

## Техника «Создание части, ответственной за выздоровление»

- 1) Определите желаемый результат или функцию новой части. «Я хочу иметь часть, которая бы достигла результата X» (в данном случае это ваше выздоровление).
- 2) Воссоздайте любое прошлое переживание того, как вы делали или имели X или что-то похожее на X (т. е. когда вы просто были здоровы). Теперь войдите внутрь каждого переживания и получите доступ ко всем аспектам состояния X и действий в этом состоянии, пройдя через каждое такое воспоминание во всех репрезентативных системах.
- 3) Создайте детализированный набор образов того, как вы вели бы себя и действовали, если бы действительно достигли желаемого состояния:
  - а) создайте диссоциированный визуальный и аудиальный «фильм»;
  - б) когда увидите всю последовательность ваших действий и состояний в нем и она вас удовлетворит, войдите внутрь каждого из образов и пройдите всю эту последовательность снова, но уже изнутри, ощущая при этом, на что были бы похожи ваши чувства, если бы вы реализовали эти действия и состояния;
  - с) если вы не удовлетворены, вернитесь на шаг 3а и изме-

ните «фильм», повторяя это до тех пор, пока созданное не удовлетворит вас как в ассоциированном, так и в диссоциированном состоянии.

- 4) Экологическая проверка. Спросите себя: «Есть ли какая-либо часть моей личности, которая бы возражала против того, чтобы у меня была часть, которая будет отвечать за то, чтобы эту фантазию превратить в реальность?» Убедитесь в том, что вы проверили все свои репрезентативные системы в поисках всех возражающих частей. Для каждой возражающей части:
  - a) попросите усилить свой сигнал, если она отвечает «да», и уменьшить его интенсивность, если она отвечает «нет»;
  - b) спросите: «Какова твоя функция?», «Что ты для меня делаешь?»;
  - c) если, зная функцию, вы по-прежнему не понимаете, в чем состоит возражение данной части, то спросите: «В чем именно состоит твое возражение» или «О чём ты тревожишься?»;
  - d) составьте полный список всех возражающих частей и их функций.
- 5) Удовлетворите все возражающие части:
  - a) переопределите часть, которую вы будете строить, таким образом, чтобы принять во внимание все функции и возражения (если они есть) остальных частей;
  - b) вернитесь на шаг 3 и создайте новую или просто измененную фантазию, которая удовлетворяла бы требованиям каждой возражающей части;
  - c) убедитесь в том, что каждая часть удовлетворена и новый вариант поведения новой части, которую вы строите, не будет мешать каждой из возражающих частей осуществлять свою функцию.
  - d) Попросите свое бессознательное проанализировать фантазию и извлечь из нее существенные компоненты. Ваше бессознательное должно использовать эту информацию, чтобы построить часть и придать ей реальное существование. Скажите ему: «Извлеки из этой фантазии все, что тебе нужно для того, чтобы построить часть, которая могла бы это делать легко и совершенно и в каждый момент, когда делать это необходимо».
- 6) Проверьте, действительно ли новая часть уже создана:

- a) обратитесь внутрь себя и спросите новую часть, все ли у нее в порядке;
- b) повторно присоединитесь к будущему;
- c) проверьте наличие этой части на уровне поведения и убедитесь в том, что она реагирует адекватно.

## Техника слияния частей

- 1) Определите конфликтующие убеждения или проблемы и физически обозначьте противоречащие друг другу части.
  - a) Войдите в контакт с «побуждающей» частью самого себя и обратите внимание на чувства, связанные с ней. Это можно сделать, задав себе вопрос: «Чего такого я хочу, чего не делаю, чувствуя, что что-то мне мешает делать это?» Отметьте, где на вашем теле вы ощущаете эту часть. Какая поза и какие жесты ассоциируются с «побуждающей» частью? (Обратите особое внимание на асимметрию в движениях и жестах.)
  - b) Усильте ощущение «побуждающей» части самого себя еще больше, а затем:
- 2) позвольте этому чувству передвинуться из места его локализации в вашем теле на открытую ладонь любой вашей руки и дайте ему стать образом, который вы сможете увидеть. Если возникнут трудности с его визуализацией, представьте, как бы он выглядел, если бы вы смогли его увидеть, либо
- 3) встаньте в то место, которое обозначает вашу «побуждающую» часть (это может быть точка на вашей линии времени).
  - a) Установите контакт с «тормозящей» частью и обратите внимание на чувства, связанные с ней. Для этого задайте вопрос: «Что останавливает или удерживает меня от того, чтобы делать, что я хочу?» Теперь отметьте, где в вашем теле вы ощущаете эту часть. Какая поза или какие жесты ассоциируются с этой «тормозящей» частью?
  - b) Усильте ощущение «тормозящей» части и:
- 4) позвольте этому чувству передвинуться из места его локализации в вашем теле на открытую ладонь другой вашей руки и дайте ему стать образом, который вы сможете увидеть. Если возникнут трудности с его визуализацией, пред-

ставьте, как бы он выглядел, если бы вы смогли его увидеть, или

- 5) встаньте в то место, которое обозначает «тормозящую» часть (это может быть точка на вашей линии времени).
- 6) Установите мета-позицию, или третью позицию, находящуюся в стороне от проблем, связанных с конфликтными частями. Если вы используете руки, это можно сделать путем одновременной визуализации обеих частей. Если же вы используете место в пространстве, найдите позицию, равноудаленную от этих двух частей.
- 7) Попросите обе части выразить свои убеждения по поводу другой части. На этой стадии разные части обычно выражают недоверие и недовольство друг другом.
  - a) Попросите «побуждающую» часть повернуться и посмотреть на «тормозящую» (или встаньте на ее место и посмотрите на другую), а затем выразите в словах то, думает эта ваша часть. Нравится ли ей «тормозящая» часть? Сердита ли она на нее? Что она о ней думает?
  - b) Теперь попросите «тормозящую» часть повернуться и посмотреть на «побуждающую» (или встаньте на ее место и посмотрите на другую), а затем выразите в словах то, что она думает о другой вашей части. Ценил ли она «побуждающую» часть? Боится ли она ее? Что она о ней думает?
- 8) Найдите позитивное намерение и цель каждой из частей.
  - a) Обратитесь к «побуждающей» части и спросите: «Какова твоя позитивная цель или намерение? Ты собираешься напугать (разозлить, унизить и т. д.) «тормозящую» часть? Если это так, то какой позитивной цели ты хочешь достичь?»
  - b) Теперь обратитесь к «тормозящей» части и спросите: «Какова твоя позитивная цель или намерение? Ты собираешься напугать (разозлить, унизить и т. д.) «побуждающую» часть? Если это так, то какой позитивной цели ты хочешь достичь?»
- 9) Убедитесь, что каждая из частей признает и принимает позитивное намерение другой части. Спросите каждую из них, может ли она понять и оценить позитивную цель или намерение другой. Укажите им на то, что, хотя их спосо-

бы выражения и находятся в конфликте, намерения совпадают.

- 10) Из метапозиции определите, что является общей целью для обеих частей на более высоком уровне. Объясните необходимость «совместно действовать новым и более эффективным способом».
- 11) Определите ресурсы и способности, которые есть у каждой части и которые могли бы оказаться полезными другой части, чтобы осуществить ее позитивное намерение и общую цель.
  - a) Обеспечьте согласие обеих частей, чтобы объединить их ресурсы для более полного осуществления своих собственных целей и общей цели. Обычно причиной, по которой они ранее не доверяли друг другу и не любили друг друга, является именно то, что у этих частей не было каких-то ресурсов и друг для друга части казались чуждыми и не поддающимися контролю.
  - b) Будьте внимательны в отношении других проблем или ограничивающих убеждений, которые могут появиться на этой стадии, хотя ранее они не всплывали на поверхность (и которые необходимо будет уточнить или пересмотреть).
- 12) Физически синтезируйте и интегрируйте ранее конфликтовавшие части в новую идентичность и поместите ее внутрь своего тела.
  - а) Если вы использовали руки:
- 13) сконцентрировавшись на общей цели и дополнительных ресурсах обеих частей, позвольте вашим рукам медленно соединиться. Когда вы будете это делать, почувствуйте, как ваши две части смешиваются и создают интегрированную систему, состоящую на 100% из обеих частей;
- 14) когда вы почувствуете, что интеграция закончена, разомкните руки и посмотрите на новый образ, который представляет полную интеграцию и синтез;
- 15) поместите новое интегрированное Я внутрь вашего тела, поднеся обе руки к той части тела, которой, как вы считаете, принадлежит эта новая часть.
  - б) Если вы использовали пространственную локализацию:
- 16) встаньте на место, представляющее «тормозящую часть». Заякорите состояние (позитивное намерение, ощущение

общей цели, ресурсов и способностей), ассоциированное с этой частью;

- 17) удерживая якорь, пойдите на место, находящееся непосредственно за «побуждающей» частью, и действуйте как наставник для этой части, поддерживая ее и предоставляя любые необходимые ресурсы;
- 18) встаньте в позицию «побуждающей» части и ощутите присутствие мудрости, поддержки и наличие ресурсов противоположной части;
- 19) сконцентрировавшись на особых ресурсах «побуждающей» части и на трансформации, произведенной с помощью ресурсов «тормозящей» части, перейдите на место «тормозящей» части, неся с собой все эти ресурсы. Встаньте в позицию «тормозящей» части — так, чтобы каждая часть обладала ресурсами другой. Обратите внимание на ощущение интеграции и симметрии;
- 20) вернитесь в метапозицию и зрительно представьте себе, как две части движутся навстречу друг другу с той же скоростью, с какой вы приближаетесь к ним. В той точке, где ваши две части сойдутся, протяните руки и возмите их.
- 21) Представьте, что произойдет, если вы начнете двигаться в ваше прошлое и будущее, неся с собой интеграцию и ощущая, как это состояние позитивно влияет на события вашей жизни.

### **Техника «Воссоединение с отвергнутой частью»**

В этой процедуре слияния частей главным является не объединение противоположностей, а воссоединение с отторгнутой частью (той самой, что ответственна за симптом).

1. Проверьте, нет ли у вас какого-то поведения, изолированного от обычного (болезнь — это как раз очень подходящий пример).
2. Подберите условное, приблизительное название этого поведения, но будьте готовы изменять его по мере обнаружения нового материала. Названия должны быть очень широкими и общими (например, «часть, поддерживающая болезнь»). Они предназначены для того, чтобы разделить поведение на две большие группы, так что не стремитесь быть слишком точным.

3. Спросите себя: «У меня есть часть, которая ...?» — и получите подтверждение этого.
4. Задайтесь вопросом: «Чем занимается (что делает) эта моя часть?» Узнайте ее общее поведение и деятельность. Будьте при этом совершенно беспристрастны и постарайтесь не навешивать отрицательных ярлыков.
5. Спросите себя: «Есть ли у меня часть, противоположная ...?» Узнайте обратную сторону. Ее не нужно особо искаать, это просто дополняющая часть, которая не делает того, что делает первая, но делает все остальное или что-то противоположное (в данном случае это часть, обеспечивающая вас здоровьем).
6. Теперь последовательно задайте своим частям следующие вопросы:
  - Чем занимается эта часть?
  - Какие хорошие качества части А? Чего ей не хватает?
  - Какие хорошие качества части Б? Чего ей не хватает?
  - Эти части присутствуют одновременно или по очереди?
  - Если бы часть А могла говорить с частью Б, что бы она сказала?
  - Если бы часть Б могла говорить с частью А, что бы она сказала?
- 7) Побудите эти две части говорить друг с другом, отвечать друг другу и просто обмениваться информацией.
- 8) Теперь спросите себя или части: «Часть А ценит (хорошо относится, восхищается, любит) часть Б?» — и наоборот.
- 9) Поощрите части начать больше ценить друг друга и признать, что они — взаимодополняющие части одного целого. Не настаивайте на этом сверх того, к чему части готовы.
- 10) Задайте вопрос: «Чему может часть А научиться у части Б?» Если они еще не поняли, что могут учиться друг у друга, побудите каждую из них понять, что ей чего-то не хватает, и согласиться работать над достижением этого. Обратите внимание каждой части на другую часть, как на источник обучения этому.
- 11) Договоритесь о том, как части могут начать обмениваться информацией и учиться друг у друга. Побудите части обмениваться энергиями. Вообразите, что они это делают.
- 12) Если части после этого не начали быстро сливаться, узнайте, что разделяет их. Выясните, что стоит между ними,

и разберитесь с этим. Это может быть неприятное ощущение, которое вы испытываете, когда части сталкиваются вместе. Может быть, полезно справиться с этим с помощью изменения личной истории и реимпринтинга, а потом вернуться к процессу объединения.

- 13) Если вы почему-то чувствуете, что все это происходит слишком быстро или слишком сильно, то вы можете составить план, по которому эти части будут продолжать сотрудничать или объединяться. Вы даже можете оставить части разделенными — но так, чтобы они хорошо общались и сотрудничали друг с другом.
- 14) Если слияние частей начало происходить, вы можете ускорить его. Способ осуществить это объединение следующий. Вытянув руки вперед ладонями вверх, вообразите в каждой руке часть и наблюдайте, как они обмениваются энергией. Когда вы ощутите или увидите, что это происходит, сведите руки вместе. Такие действия, скорее всего, дадут толчок для полного объединения частей, если они уже готовы к этому.
- 15) Теперь проверьте слияние, обратившись к себе как к целостной личности. Задайтесь вопросом: «Как изменится моя жизнь теперь, когда у меня все это воссоединилось и слилось?» Обязательно спросите себя, как начиная с этого момента пойдут ваши дела в части болезни. И не удивляйтесь, если все очень существенно изменится.

### *Универсальные техники*

#### **Техника «Превращение замешательства в понимание»**

- 1) Подумайте:
  - а) о чем-то, приводящем вас в замешательство,
  - б) о чем-то похожем, но понятном.
- 2) Чем отличаются эти два опыта? Пусть вас не волнует, чем они похожи, главное — то, чем один отличается от другого.
- 3) Когда у вас будут как минимум два различия, попробуйте изменить замешательство, чтобы оно имело такие же субмодальные характеристики, как и понимание.
- 4) Понимаете ли вы то, что раньше приводило вас в растерянность? Если понимаете, вы добились результата. Если

нет, вернитесь на шаг 2 и найдите еще несколько отличий. Продолжите до тех пор, пока либо не поймете, либо не определите, какая конкретно нехватка информации препятствует полному пониманию. Помните, что никто никогда ничего не понимает до конца, и это нормально.

## Техника «Переписывание наших неудач»

1. Вызовите в памяти ситуацию неудачи или неприятное состояние, которое осадком сохраняется в вашей душе.
2. Ощущив себя достаточно дискомфортно, опустите глаза вправо-вниз (доступ к кинестетическим ощущениям) и выделите из всего этого дискомфорта (слитного комплекса неприятного) только то чувство, которое вы испытываете в связи с этой неудачей или состоянием. Определите для себя и обозначьте (как бы наклеив ярлык) это чувство.
3. Переведите глаза в положение влево по горизонтали (доступ к слуховым воспоминаниям о неудаче или неприятном состоянии) и вспомните все звуки и/или слова, которые сопровождали вашу неудачу или неприятное состояние.
4. Переведите глаза влево-вверх (доступ к зрительным воспоминаниям) и вспомните образ (картину или картины), с которым была связана ваша неудача или неприятное состояние. Не старайтесь вспоминать намеренно — просто смотрите в пустоту, и воспоминание придет.
5. Переведите глаза вправо-вверх (доступ к зрительному конструированию) и вообразите желаемые вами картины ситуаций, в которых неудача или причина, вызвавшая ваше состояние, превращается как минимум в обратную или просто в победу (но не переусердствуйте с победой — неудача все-таки была и из нее следует сделать выводы).
6. Теперь как бы перетащите эту сконструированную картину удачи глазами из положения «доступ к зрительному конструированию» в положение «доступ к зрительным воспоминаниям» (т. е. просто двигая глазами по дуге из положения взгляда вправо-вверх до положения влево-вверх). Повторите этот процесс столько раз, сколько необходимо

для того, чтобы воображенное стало реальным. Если это не удалось, подключите ресурсные образы или состояния.

7. Переведите глаза в положение вправо по горизонтали (доступ к слуховому конструированию) и «услышьте» все звуки, которые должны были бы сопровождать вашу победу. Перетащите эти звуки и слова в область слуховых воспоминаний, двигая глазами по горизонтали. Опять добейтесь устойчивого воспроизведения.
8. Посмотрите вниз-влево (доступ к внутренней речи и вторичным эмоциям) и представьте, что вы должны были чувствовать в этой новой, заново сконструированной «победительной» ситуации. Извлеките соответствующую эмоцию, «объярлычте» ее и «перетащите» в область кинестетических ощущений (см. п. 2), где она заменит, вытеснит или уничтожит прежнее чувство.
9. Еще раз вспомните о неудаче или негативном состоянии и отметьте изменения. При необходимости повторите шаги 1—9.

### Техника «Превращение неудачи в обратную связь»

- 1) Выявите собственное проблемное отношение или убеждение — то, что воспринимается вами как нечто такое, что невозможно, нельзя или не стоит делать.
  - а) определите ощущения и положения глаз, связанные с этим убеждением, после чего
  - б) выясните, что происходит внутри в каждой из репрезентативных систем (визуальной, аудиальной и кинестетической), когда убеждение в неудаче присутствует.
- 2) Разделите единое восприятие проблемной ситуации, расположив каждую частичную репрезентацию в обычное для НЛП положение глазных ключей доступа.
- 3) Посмотрите вверх и вправо и представьте желаемые цели (а заодно отношения и убеждения, с ней связанные). Приверните экологию этой цели.
- 4) Взгляните на картины воспоминаний, связанных с проблемой, и постройте более реалистичную перспективу всей этой ситуации:
  - а) посмотрите, как воспоминания, бывшие неприятными раньше, могут теперь дать положительную обратную

- связь, которая способна вести вас прямо к намеченной цели;
- b) уточните, не нужно ли как-то видоизменить свою цель, основываясь на том, что вы поняли из наблюдений за воспоминаниями;
  - c) удостоверьтесь, что вы можете видеть шаги, которые как бы соединяют воспоминания и намеченную цель (как бы НС и ЖС).
- 5) Определите позитивное ресурсное переживание — то, что вы наверняка достигнете или осуществите в будущем. Поставьте якорь на это переживание.
- 6) Сделайте субмодальности репрезентативных систем намеченной цели такими же, как у позитивного ресурсного переживания, и запустите поставленный якорь в то время, когда вы смотрите на намеченную цель.

### Техника быстрого лечения фобий

- 1) Прежде всего усвойте и объясните самому себе два момента:
  - a) большинство людей приобретают фобию в результате одной-единственной ситуации, которая была очень опасной или казалась таковой. То, что для проявления страха (боязни) потребовался всего лишь один случай, лишь одно испытание, доказывает, что ваш мозг действительно способен быстро научиться, и это облегчает процесс освоения вами новой реакции;
  - b) та часть вашей личности, которая все эти годы защищала вас, сохраняя эту фобию, это важная и ценная часть, и вы хотите сохранить ее способность защищать вас в опасных ситуациях, однако отшлифовав и усилив эту ее способность путем обновления информации.
- 2) Получите доступ к состоянию фобии о том, что случилось, когда у вас появилась фобия, или хотя бы частично, вспомнив, например, когда в последний раз вы перепугались.
- 3) Диссоциируйте самого себя, как бы «разнесся» в три места:
  - a) закройте глаза и представьте себе, что вы сидите посередине кинотеатра (первая диссоциация) и видите черно-

- белый слайд со своим изображением на экране (вторая диссоциация);
- b) мысленно поднимитесь в будку кинооператора, откуда вы сможете увидеть себя сидящим в кресле в зале и наблюдающим за черно-белым изображением на экране (третья диссоциация). Четко разведите для себя эти три места.
- 4) Организуйте для себя просмотр черно-белого «фильма». Сейчас вы как бы находитесь в будке кинооператора и смотрите и слушаете черно-белый «фильм» о себе самом, описывающий самый первый или самый неприятный случай, когда вы испытали эту фобию. Просмотрите и прослушайте этот «фильм» целиком, начиная с того момента, который предшествовал этому неприятному событию, и до самого конца, когда все снова стало хорошо. Смотрите и слушайте, как наблюдатель со стороны, как вы более молодым проходите через психотравму — так, как будто это случилось с кем-то другим. Когда вы дойдете до того момента, когда все снова станет хорошо, остановите «фильм», но продолжайте мысленно смотреть на его последний кадр.
- 5) Теперь «впрыгните» в последний кадр «фильма», который вы только что остановили, и очень быстро, в течение 2 секунд, просмотрите его в обратном направлении в цвете до момента начала неприятных событий. Сделайте описанное в п. 4 и 5 несколько раз.
- 6) Проверьте результат и подстройтесь к будущему. Попробуйте снова вызвать состояние фобии, задавшись, например, вопросом, что бы случилось, если бы вы оказались в той ситуации сейчас? Если проблемная реакция все же сохранилась, повторите процедуру, делая ее каждый раз все быстрее, пока от фобической реакции ничего не останется.
- 7) В заключение подумайте о том, что хотя у вас были и фобия, и психотравма, вы уже далеко ушли от тех конкретных ситуаций, когда все это было. У вас просто не было возможности извлечь из этих ситуаций уроки. Поэтому, когда вы повстречаетесь с подобными ситуациями в будущем, проявляйте определенную степень осторожности, пока вы не изучите их в достаточной для безопасности степени.

## Техника «Визуально-кинестетическая диссоциация» (ВКД)

1. Установите мощные якоря комфорта и «здесь и теперь».
2. Представьте себя как бы вышедшим из самого себя и увидьте, как на слайде, опять себя, но в самый первый момент вашего травматического происшествия. В результате окажется, что вы сидите здесь и сейчас и видите себя более молодым прямо перед собой.
3. После того как вы все это ясно представите, мысленно оставьте свое тело и представьте себя сидящим на прежнем месте и наблюдающим за более молодым собой. В результате вы как бы существуете в трех лицах. Вся перспектива просматривается из третьего положения, тело ваше находится во втором положении, а себя, более молодого и испытывающего травму, вы видите в первом положении. Как только вы установите эту так называемая трехпозиционную диссоциацию, зажорите ее.
4. Теперь — как это ни больно — снова проиграйте свою ВКД психотравмы (того, что так не хочется вспоминать), но при этом оставаясь кинестетически диссоциированным от данного травматического происшествия и только лишь наблюдающим за молодым собой, переживающим травму. Для того, чтобы оставаться в этом состоянии, используйте якоря (комфорта и «здесь и теперь»), а также языковые выражения, которые помогут разграничивать три случая: «я здесь на «перспективном» месте»; «я в настоящее время» и «я в молодости, переживающий то, что случилось тогда». Это нужно, чтобы отделить ваше травмированное Я в молодом возрасте от Я, наблюдающего за собой сегодня с «места перспективы».
5. «Просмотрев» и «прослушав» ситуацию психотравмы, перейдите из третьего положения обратно во второе — так, чтобы вы, который смотрел с перспективы, интегрировался с фактическим положением вашего тела.
- 6) Теперь мысленно подойдите к молодому себе — человеку, который пережил травму. Убедите его в том, что вы пришли из будущего. Окажите молодому себе любую необходимую поддержку, проявляя максимальное участие.
- 7) После того как вы в вашем нынешнем состоянии видите, что «молодой вы» получили достаточную поддержку и достигли утешения и понимания, интегрируйтесь, перенеся свою более молодую часть в свое собственное тело.

Освободите якорь диссоциированной визуальной перспективы.

В случае сильной и свежей травмы эту процедуру (или некоторые ее части) вам придется проделать 2–3 раза — до тех пор, пока вы не сможете оставаться достаточно диссоциированным с тем, чтобы можно было бы довести до конца дело освобождения от прошлого.

### ***Комплексные техники***

Пациентам, достаточно освоившим начала теории и все необходимые приемы и техники НЛП, можно предложить освоить более трудные, комплексные методики самостоятельной работы с их проблемой.

#### **Техника «Алгоритм излечения»**

1. Создайте хорошо сформулированный результат, то есть в обязательном порядке определите:
  - вашу цель,
  - признаки ее достижения,
  - условия этого достижения,
  - необходимые ресурсы,
  - ограничения,
  - последствия и, наконец,
  - ценность результата.
2. Сформулируйте у себя готовность к его достижению, то есть проверьте, а если надо — воссоздайте:
  - желанность цели,
  - уверенность в ее достижении,
  - убежденность в «экологичности» предпринимаемого,
  - уверенность в своих способностях его осуществить,
  - убежденность в «заслуженности» вашей цели.
3. Создайте образы вашей цели во всех репрезентативных системах — визуальной, аудиальной и кинестетической. Для облегчения этого рекомендуется использовать соответствующие положения глаз. Объедините эти образы в единую «голограмму».
4. Сделайте необходимое количество контекстных и внеконтекстных взмахов (см. выше) образа себя, достигшего цели, чтобы «вставить» в свой мозг желаемый результат. При необходимости воспользуйтесь любыми вариантами тех-

ники создания образа будущего, чтобы вставить желаемый результат в реальное будущее.

5. Используйте любую технику НЛП (например, скрещивание якорей) для программирования своего мозга на исцеление.
6. Вступите в контакт с симптомом (управляющей болезнью частью) и осуществите рефрейминг. При необходимости создайте часть, которая будет контролировать процесс вашего исцеления и сохранения здоровья. Договоритесь о сотрудничестве с частями и сущностями вашего Я, которые могут оказать вам помощь.

Между пунктами 5 и 6 можно сделать еще четыре шага:

- 1) исцеление от последствий стрессов,
- 2) переопределение вторичных выгод и смысла болезни,
- 3) преодоление ограничивающих убеждений и
- 4) избавление от негативных чувств.

### **Техника «Самоисцеление по НЛП»**

1. Определите, что вы хотите автоматически излечить. Это может быть либо болезнь, либо травма.
2. Решите для себя, как вы поймете, что процесс исцеления идет или уже произошел. Спросите себя: «После того как болезнь пройдет, что изменится в моих ощущениях?», «Что позволит мне понять, что процесс выздоровления идет?», «Какие видимые изменения или изменения в ощущении произойдут, когда болезнь пройдет?»
3. Подберите только вам присущее ощущение автоматического исцеления. Представьте что-то, что напоминало бы вам болезнь или травму, которую вы хотите исцелить, но что возможно исцелить автоматически, без какого-либо вмешательства извне. Выберите то, что может пройти независимо от того, что вы сами при этом делаете. То, что просто не может не пройти. Наиболее простыми примерами могут служить порезы, царапины, растяжение связок или простуда. Большинство людей сталкивалось с этим, и вы из опыта знаете, что это может пройти само по себе. Итак, представьте то, что, на ваш взгляд, похоже на ту болезнь, которую вы хотите исцелить, но что излечивается само собой.
4. Вспомните о случае, когда все прошло само собой, и пред-

ставьте, что это происходит в *настоящий* момент. Если бы вы порезались (или с вами произошло что-то еще, что вы выбрали на этапе 3) прямо сейчас, вы бы были уверены, что все пройдет само собой, не так ли? Обратите внимание, как вы представляете в своих репрезентативных системах, что, например, порезались прямо сейчас, но зная при этом, что все пройдет само собой.

5. Установите разницу в субмодальностном кодировании опыта автоматического самоисцеления (этап 4) и вашей болезни или травмы (этап 1). Как вы представляете каждое из них, какая между ними разница? Когда вы думаете о своей болезни, которая не прошла, что возникает у вас в сознании и где именно? Видите ли вы это прямо перед собой, в своем теле, или немного в стороне?

Задайте те же самые вопросы и своему опыту автоматического самоисцеления (этап 4). Когда вы представляете, что порезались прямо сейчас, где вы видите возникший образ? Может быть, одно вы видите на теле, а другое — где-то перед собой, в пространстве (например, затягивающийся порез вы можете представить непосредственно на теле, а травма, которую лишь предстоит исцелить, предстает перед вами как бы со стороны).

Обратите внимание на все различия в кодировании. Может быть, одно будет цветным, а другое черно-белым, одно будет слайдом, а другое — фильмом. Может быть, они будут разных размеров и будут располагаться на разных расстояниях. Вам нужно понять, как ваш мозг определяет одно как способное исцелиться самостоятельно, а другое — как неспособное. Опираясь на свой опыт самоисцеления, можете ли вы сказать, чем та область, где идет процесс заживления, отличается от окружающих ее тканей? Многие люди представляют эту область более крупной, яркой, пульсирующей, светящейся и т. д. Очень важно суметь заметить это, так как именно благодаря этому ваш мозг понимает, что этой части вашего тела следует уделить особое внимание.

Запишите, как вы представляете себе опыт самоисцеления, чтобы лучше его помнить и представлять.

6. Превратите свое ощущение «неизлечимости» в ощущение самоисцеления. Вам предстоит перекодировать свою травму или болезнь точно так же, как ваш мозг закодировал

болезни, подлежащие самоисцелению. Это означает, что вы превратите свое ощущение неизлечимости в ощущение автоматического самоисцеления. Отныне вы будете представлять свою болезнь или травму, используя тот код, который ваш мозг воспринимает как код самоисцеления.

Воспользуйтесь информацией, полученной на этапе 5, и сделайте это. Если состояние неизлечимости представлялось вам ранее в виде слайда, изображавшего болезнь, или фильма, в котором вам становилось все хуже и хуже, прежде всего измените это. Представьте, например, что ваше состояние постоянно улучшается, и вообразите тот образ, который возникает у вас, когда вы думаете о самоисцелении. Затем перенесите ваш ранее неизлечимый опыт в то место, где располагался ваш опыт самоисцеления. Сделать это можно следующим образом.

Если вы представляете процесс исцеления прямо на теле, в подходящем для этого месте, то можете представить «неизлечимый» процесс тоже на теле, в соответствующем месте. Другими словами, если вы видите заживающий порез на руке и хотите излечить позвоночник, представьте процесс исцеления вашего позвоночника непосредственно у себя на спине. Если же вы видите процесс заживления пореза не на себе, а на своем образе, находящемся напротив вас, увидьте исцеление вашего позвоночника тоже на этом образе — образе, расположенному точно в том же месте, что и предыдущий образ с порезанным пальцем. Некоторые люди сочетают оба случая, видя процесс исцеления как на своем собственном теле, так и на образе, стоящем напротив них.

Сделайте так, чтобы образ исцеления болезни полностью совпадал с вашим опытом самоисцеления. Если ощущение самоисцеления сопровождается цветом или выглядит красочно, сделайте «неизлечимый» опыт точно таким же.

7. Проверьте, что ваша травма или болезнь действительно закодирована на самоисцеление. Еще раз представьте свое ощущение самоисцеления и сравните его с тем, как вы теперь видите свою болезнь или травму. Если вы заметите, что между ними по-прежнему существуют какие-то различия, устраните их, приведя эти два образа в абсолютное соответствие.

Если процесс самоисцеления сопровождается какими-ли-

бо ощущениями, непременно включите их в процесс исцеления болезни или травмы. Постарайтесь, чтобы эти ощущения не менялись и исходили из того же места.

Теперь вы переориентировали свой организм на выздоровление как на сознательном, так и на бессознательном уровнях.

### Техника «Девять логических уровней»

1. Подготовьте девять листов бумаги, достаточно крупных, чтобы на них можно было стоять. Крупными буквами напишите на них названия девяти логических уровней: «Окружение», «Поведение», «Способности», «Желание», «Ценности», «Убеждения», «Идентичность», «Цель» и «Смысл». Разложите эти листы на полу по порядку в одну линию, так, чтобы вы могли переходить с листа на лист, сделав небольшой шаг.
2. Теперь подумайте о своем исцелении как о ничем не ограничивающей мечте. Вспомните, как вы умели мечтать в детстве. Договоритесь сами с собой, что вы не будете мешать себе мечтать, и помечтайте о том, каким вы будете, когда станете совсем-совсем здоровым.
3. Встаньте на лист «Окружение» и начните мечтать о своем здоровье, позволив себе представлять все то и всех тех, кто будет вас окружать, когда вы станете здоровым.
4. Перейдите на лист «Поведение» и повернитесь спиной ко всем последующим логическим уровням (далее вы должны перешагивать с листа на лист спиной вперед, чтобы обозревать все те уровни, которые уже прошли). Помечтайте о том, что вы будете делать, когда станете здоровым.
5. Перешагните на лист «Способности». Начните мечтать о новых чудесных качествах здоровья — физических и психологических, которые вы скоро обретете, став здоровым.
6. Перейдите на лист «Желание». Подумайте о том, чего вы хотите в связи со своим здоровьем. Захотите этого так, как вы умели хотеть в детстве (вспомните, как это было).
7. Перешагните на лист «Ценности» и помечтайте о том, что даст вам ваше уже почти полученное здоровье. О ценностях-целях, которые теперь, будучи здоровым, вы сможете

обрести. И о ценностях-средствах, которые помогут вам это сделать.

8. Перейдите на лист «Убеждения». Обдумайте все то, во что должен верить здоровый человек, чтобы сохранить и умножить свое здоровье. Поразмышляйте о том, как здорово можно жить, имея эти «экологичные» ценности и убеждения.
9. Перешагните на лист «Идентичность» и помечтайте о себе, как о совершенно здоровом человеке — целиком и полностью, физически и психически. После этого задумайтесь о том, о чем давно уже не думали: о вашей уникальности как единственного, неповторимого и ни на кого не похожего человеческого существа.
10. Перейдите на лист «Цель». Отстраненно и торжественно подумайте о том, зачем такой уникальный человек, как вы, нужен этому миру — что именно вы призваны понять и сделать. Ибо высший смысл любой жизни — это всегда Познание и Созидание.
11. Перешагните на лист «Смысл» и попробуйте ответить себе на очень непростой вопрос: а зачем этот мир нужен вам? Чем для вас он является в этой ставшей почти реальностью мечте, без всяких ограничений обыденного сознания и с высоты опыта, приобретенного вами на предшествующих логических уровнях?
12. Стоя на листе «Смысл», развернитесь кругом. Имея за спиной логические уровни, которые вы только что прошли, задумайтесь о чем-то большем, чем ваша собственная жизнь. О том, во что вы, возможно, когда-то верили, но забыли — о чем-то добром и могущественном. Не важно, как вы это для себя назовете: Бог, Природа, Космос или просто Бессознательное. Не важно, назовете ли вы это хоть каким-то Великим Именем. Важно просто вспомнить о том, что это Великое есть. Ощутите, увидьте или услышьте присутствие этого Великого — мурашками по спине, вспышкой света и цвета или просто странным тоном и звуком, рождающимся вовне или в глубине вашей души.
13. А теперь, сохранив это ощущение, образ или звук, шагните на лист «Цели». И, начиная с него, не торопясь, опять-таки спиной, пройдите все логические уровни, как бы внося увиденное, услышанное или прочувствованное на

## **Глава 3**

---

уровне «Смысл» в каждый из них, одновременно заново отвечая на все те вопросы, на которые вы уже отвечали:

- зачем я нужен миру?
- кто я такой?
- во что я верю?
- к чему я стремлюсь?
- чего хочу?
- какими способностями обладаю?
- что делаю и как поступаю?
- кто и что меня окружает?

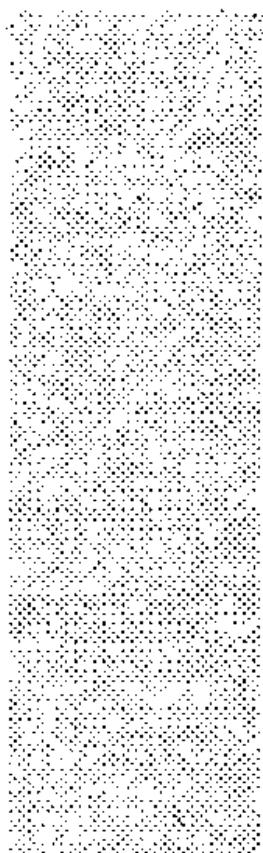
Не удивляйтесь тому, что все может измениться и вы испытаете озарения, откровения и потрясения, доселе вам не ведомые.

И, наконец, сойдите с последнего (бывшего первого) листа логических уровней «Окружение», пройдите к листу «Смысл» и последовательно соберите все листы логических уровней, как бы укладывая их в единый пакет — «голограмму» вашего исцеления.

**ЧАСТЬ 2**

---

**ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА**



**ОБЩИЕ ТЕХНИКИ**

**Т**ак как психологический фактор при психосоматических расстройствах выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии — одного из компонентов лечебного и реабилитационного процесса (Пушкирев и др., 2000).

Коррекционные программы в основном должны быть направлены на:

- 1) коррекцию Я;
- 2) достижение объективности собственной оценки;
- 3) реабилитацию Я в собственных глазах и достижение уверенности в себе;
- 4) коррекцию системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями;
- 5) коррекцию отношения к другим; достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов;
- 6) приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;
- 7) коррекцию неадекватного образа жизни и подавленности.

В данном разделе представлены психотерапевтические техники, которые используются вне зависимости от конкретного психосоматического заболевания, направленные на:

- определение причин болезни,
- прояснение ее смысла и
- оценку преимуществ болезни экологичным образом.

Существует пять основных областей причин и смыслов болезни. Любая болезнь:

- 1) «дает разрешение» уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы;

- 2) предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих;
- 3) «дарит» условия для того, чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или пересмотреть свое понимание ситуации;
- 4) предоставляет стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения;
- 5) «убирает» необходимость соответствовать тем высочайшим требованиям, которые предъявляют к вам окружающие и вы сами.

Для того чтобы разобраться в проблеме вторичных выгод применительно к болезни, необходимо решить две основные задачи:

- 1) определение потребностей, которые удовлетворены благодаря болезни;
- 2) поиск путей удовлетворения этих потребностей иным образом (без участия болезни).

Приведенные ниже техники взяты из следующих основных источников: (Ковалев, 1999; К. и С. Саймонтоны, 1996; Кинг, Цитренбаум, 1998; Фанч, 1997; Радченко, 2001).

### **Техника 1. Определение вторичных выгод заболевания**

Возьмите лист бумаги и перечислите пять главных преимуществ, которые вам дала самая серьезная из всех ваших болезней (их — преимуществ — может оказаться и больше).

*Преимущества моей болезни:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Просмотрите составленный вами список и подумайте, какие потребности лежат в основе преимуществ, которые предоставила вам болезнь: ослабление стресса, любовь и внимание, возможность высвободить свою энергию и т. д. Затем попытайтесь определить те правила и представления (убеждения, фиксированные идеи), которые мешают вам удовлетворить эти потребности, не прибегая к болезни.

### Техника 2. «Список того, что я терплю»

Упражнение может выполняться как в индивидуальном, так и в групповом варианте. Каждый участник группы молча решает, с каким психосоматическим симптомом он будет сегодня работать.

Участникам раздаются листы бумаги и авторучки или карандаши. Предлагается написать все то, что приходится терпеть в жизни — дождь (или солнце) за окном, прохладное (или жаркое) помещения, не тот цвет носков, маленький (или высокий) рост партнера по браку, отсутствие денег, *плохое место* службы (слово *плохое* необходимо уточнить: удаленное от дома, с напряженным рабочим днем, вредным начальником и т. д.), собственной лени, мужа-алкоголика, проблем в правительстве, пожаров в Африке и Сибири, перхоти в волосах и т. д. Ограничений нет. Участники предупреждаются, что все написанное остается у них и не будет никем читаться. На составление списка дается 5, реже 10 минут.

После написания предлагается на этом же или на втором листе бумаги разделить все написанное на 2 группы, которые могут быть равными или неравными и имеют заголовки:

1. «Это я терплю и буду терпеть, потому что ...».
2. «Это я терплю и не хочу терпеть, потому что ...».

Рекомендуется при разделении про себя проговаривать каждую фразу и завершать ее.

После завершения этого раздела предлагается продолжить работу со второй группой. Ее также предлагается разделить на 2 группы:

- 2.1. «Это я терплю, не хочу терпеть и знаю как изменить».
- 2.2. «Это я терплю, не хочу терпеть и не знаю, что делать».

Продолжается работа со второй группой. Предлагается ответить на вопросы:

«Каким образом ваше заболевание помогает вам терпеть то, то вы не хотите терпеть и не знаете как изменить?»

«Почему вы выбрали именно это заболевание в помощь — от кого вы этому научились?»

Дается пять минут на то, чтобы, используя любых членов группы, любые подручные предметы в зале создать портрет («скульптуру») своей болезни.

### Техника 3. «Выявление главных преимуществ болезни»

Несмотря на очевидный факт существования целого букета причин заболевания, среди них всегда присутствует некое Главное Преимущество, являющееся своеобразным метатриггером, запускающим и болезнь, и Преимущества-Следствия. При этом Главное Преимущество выступает своеобразным ядром вторичных выгод болезни, и зачастую переопределение одного только его приводит к исчезновению связанных с ним Преимуществ-Следствий.

Попробуйте определить свое собственное Главное Преимущество, чтобы его-то и проработать в первую очередь. Только учите, что вообще-то вам нужно определять не одно, а два Главных Преимущества:

- *возникновения* болезни и ее
- *сохранения*.

Дело в том, что сплошь и рядом случается так, что болезнь возникает в силу какой-то одной вторичной выгоды (например, уход от ответственности). Но, возникнув и укоренившись, она сохраняется уже ради какого-то другого преимущества (например, удерживание внимания близких). Так что попробуйте разобраться и с тем и с другим.

Оцените вероятности преимуществ возникновения и сохранения болезни по десятибалльным шкалам, от 1 — «маловероятно» до 10 — «весома вероятно».

Преимущества любой болезни	Вероятность того, что это преимущество выступает в качестве причины:	
	Возникновения моей болезни	Сохранения моей болезни
1. Уход от неприятной ситуации или решения сложной проблемы	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
2. Получение заботы, любви и внимания окружающих	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
3. Обретение энергии, необходимой для решения проблем, условий для переориентации или пересмотра понимания ситуации	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

Преимущества любой болезни	Вероятность того, что это преимущество выступает в качестве причины:	
	Возникновения моей болезни	Сохранения моей болезни
4. Получение возможностей и стимулов для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
5. Исчезновение необходимости соответствовать высочайшим требованиям и стандартам, которые предъявляю я сам или окружающие	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

Преимущества, которые ваше бессознательное оценит как наиболее вероятные причины возникновения и сохранения болезни (по отдельности), скорее всего и окажутся теми самыми Главными Преимуществами, с коими вам надлежит разобраться в первую очередь.

#### Техника 4. «История вашей болезни»

Для того чтобы работа по выяснению причин преимуществ вашей болезни оказалась успешной, рекомендуют предварительно вспомнить особенности того жизненного периода, который вы переживали непосредственно перед возникновением заболевания. Скорее всего, он был весьма трудным, и для того, чтобы преодолеть эти трудности, вам чего-то не хватало — либо собственных сил и времени, либо помощи окружающих, либо еще чего-нибудь важного. Теперь представьте, что болезнь оказалась для вас благом, позволившим вам «на законных основаниях» как-то преодолеть неприятную ситуацию. Так в чем же заключались преимущества, которые давала вам ваша болезнь?

- 1) Определите в вашем прошлом 3—6 случаев, когда у вас:
  - a) возникала периодически повторяющаяся и преследующая вас «острая» болезнь,
  - b) происходило обострение хронического заболевания.
- 2) Теперь, начиная с самого первого случая, приступайте к заполнению следующей таблицы. Ответы должны быть достаточно пространными.

Случаи возвращения или обострения болезни (укажите даты периодов)			
1. Что предшествовало возникновению этого случая болезни? Что вас к нему подвело или привело? Что явилось триггером болезни?			
2. Что вы делали во время этой болезни? Как лечились? Как отдыхали? От чего отходили и к чему стремились?			
3. Чему вы научились во время этой болезни? Что для себя определили? Какие выводы сделали?			
4. В чем была ценность того, чему вы научились? В чем заключалась ценность полученного опыта и сделанных выводов?			

Данная техника предоставляет две возможности.

Во-первых, определить *циклы* и *петли* вашей жизни. Жизнь любого человека состоит из определенных *циклов*, возникающих с видимой периодичностью. Внутри каждого цикла мы решаем определенные классы проблем, обучаясь неким новым жизненным навыкам. Но если проблемы цикла не разрешаются и мы не обучаемся тому, чему должны были обучиться, возникает *петля*, и одни и те же проблемы будут снова и снова возникать в вашей жизни, не давая вам двигаться дальше. В подавляющем большинстве случаев болезнь — это именно следствие такой вот петли, незавершенного цикла или неосвоенных навыков.

Во-вторых, пункты 3 и 4 вышеприведенной таблицы предназначены для того, чтобы вы разобрались с тем, чему вы научились там и тогда (или чему вы должны были научиться), и определили, в чем заключалась (или должна была заключаться) ценность опыта, который, по-видимому, до сих пор так и остается не освоенным вами.

### Техника 5. «Определение смыслов и выгод болезни»

Попробуйте самостоятельно и максимально честно ответить на следующие вопросы относительно вашей болезни, как бы «разворачивающие» психические аспекты этого вашего заболевания в плоскость «смысл и потребности»:

1. Что болезнь значит для вас?
2. Что означает для вас избавиться от болезни?
3. Как болезнь помогает вам, какие выгоды и компенсации вы получаете от болезни?
4. Каким образом болезнь дает вам больше силы и уверенности?
5. Как болезнь помогает вам чувствовать себя в безопасности?
6. Чего болезнь помогает вам избежать?
7. Каким образом болезнь предоставляет вам возможность получать больше внимания и любви?
8. Какие чувства помогают вам выразить болезнь?
9. Каким вы были до того, как появилась болезнь?
10. Что происходило в вашей жизни, когда появилась болезнь?
11. Как все изменилось после того, как появилась болезнь?
12. Что произойдет, когда не будет болезни?
13. После того как болезнь исчезнет, какой будет ваша жизнь через год (через 5, 10, 20 лет)?
14. У кого еще когда-нибудь была ваша болезнь или есть сейчас?

### **Техника 6. «Разгрузка болезни»**

Разгрузка заключается в использовании списка специальных ключей для прояснения какой-то запутанной или затуманенной области. В общем смысле это может быть и «Работа», и «Семья», и «Женщины», и многое другое. В данном случае таковой общей темой для вас является «Болезнь», а точнее — «Заболевания».

Список «ключей разгрузки» — это великолепный способ и одновременно схема проведения диалога: с самим собой или с кем-то другим. Она позволяет либо просто прояснить тему, либо выявить то, что нуждается в дополнительном прояснении или проработке.

#### **Список ключей разгрузки:**

Известно; Мысли; Идеи; Мнения; Чувства; Реакции; Решения; Неразрешимо; Попытки; Интересно; Загадочно; Скрыто; Удивительно; Положительно; Отрицательно; Полезно; Постоянно; Меняется; Многообещающее; Любопытно; Желательно; Навязано; Сдерживается; Не существует; Осталось без ответа; Неправильно понято.

Осуществляя работу по *технике разгрузки*, вы должны составить серию вопросов на основании каждого из этих ключей и ответить на них. Так, для вашего случая (разгрузки темы «Причины заболевания») эти вопросы будут выглядеть, например, следующим образом:

1. Что мне *известно* о причинах моей болезни?
2. Какие *мысли* у меня есть по этому поводу?
3. Какие *идеи* имеются на этот счет?
4. Какие *мнения* существуют по поводу причин моей болезни?
5. Какие *чувства* вызывает у меня вопрос об этих причинах?
6. Какие *реакции* возникают при вопросах на этот счет?
7. Какие *решения* я имею по поводу причин моей болезни?
8. Что *неразрешимо* в этом вопросе?
9. Какие *попытки* я делал, чтобы обнаружить причины моей болезни?
10. Что *интересно* в причинах моей болезни?
11. Что *загадочно* для меня в этих причинах?
12. Что *скрыто* от меня и других в причинах моей болезни?
13. Что *удивительно* в этих причинах?
14. Что в них *положительно*?
15. Что *отрицательно*?
16. Что *полезно*?
17. Что *постоянно*?
18. Что *меняется*?
19. Что *многообещающе*?
20. Что *любопытно*?
21. Что *желательно*?
22. Что *навязано*?
23. Что *сдерживается* в причинах моей болезни?
24. Что *не существует* в этих причинах?
25. Что *осталось без ответа* в вопросе о причинах моей болезни?
26. Что *неверно понято* в этом вопросе?

### **Техника 7. «Разблокирование выздоровления»**

Разблокирование — это также использование в диалоге специального списка ключей для *высвобождения* какого-то положительного направления. Эти ключи дают вам возможность составить список содержательных вопросов, которые по своей сути и природе способны действительно как бы разблокировать любую область.

Эту работу необходимо начинать с чего-то обязательно *положительного*: намерения, способности или области жизни, в которой человек достиг успеха. Это положительное направление должно быть (хотя бы расплывчато) определено или названо и нести «причиняющий» смысл, т. е. вы должны в нем быть причиной, а не следствием. Именно поэтому ниже, применительно к психосоматике, мы используем термин не «болезнь», а «выздоровление».

Ключи в списке разблокирования — это в основном те факторы, которые могут мешать вам достигнуть положительного результата в выздоровлении.

### Список ключей разблокирования

Сдерживать; Препятствия; Ресурсы; Попытки; Неудачи; Последствия; Оценки; Внутренние запреты; Неудержимое; Навязчивое; Ошибки; Беспокойство; Мешать; Игнорировать; Неправильно понимать; Изменяться; Подавлять; Скрывать; Забывать; Возражать; Не хватает; Достигать; Учиться; Убеждения.

Для того чтобы использовать технику разблокирования, вам не важен порядок ключей. Важен вопрос, который составляется по каждому ключу. Конкретная формулировка не важна — она зависит от вашего подхода к теме. Она может быть прямой, косвенной, опосредованной и т. п. Например, ключ «*Неправильно понимать*» может быть переведен в вопрос *как минимум четырьмя способами*:

1. Может быть, я неправильно понимаю *что-то*, что касается выздоровления?
2. Может быть, я неправильно понимаю *себя* в отношении выздоровления?
3. Может быть, *кто-то* неправильно понимает *меня* в связи с выздоровлением?
4. Может быть, я неправильно понимаю, *что такое* выздоровление?

Задавать эти вопросы (себе и другим) следует как в прошедшем, так и в настоящем времени, оставаясь, однако, в основном заинтересованным в «настоящем-для-будущего». Учтите, что тема может проясниться в любой момент, после чего дальнейшая ее проработка окажется просто ненужной, и вы

можете прекратить задавать вопросы. Если же тема не прояснилась, вернитесь обратно и продолжайте «идти по списку».

Как было сказано выше, формулировка разблокирующих вопросов зависит от того, над чем вы работаете и какой подход кажется вам самым подходящим. Ниже приводятся примеры вопросов для **выздоровления** с каждым ключом, которые могут дать вам представление о формулировках.

1. Может быть, я как-то *сдерживаю* свое выздоровление?
2. Есть ли какие-то *препятствия* к моему выздоровлению?
3. Какие *ресурсы* у меня есть для выздоровления?
4. Какие *попытки* я делаю для выздоровления?
5. Бывали ли у меня какие-то *неудачи* с выздоровлением?
6. Какие могут быть *последствия* моего выздоровления?
7. Делает ли кто-то какие-то *оценки* насчет моего выздоровления?
8. Есть ли у меня какие-то внутренние *запреты*, связанные с выздоровлением?
9. Есть ли у меня неудержимые *желания* в отношении выздоровления?
10. Может быть, у меня есть *навязчивые мысли* насчет моего выздоровления?
11. Делаю ли я какие-то *ошибки* в отношении своего выздоровления?
12. Может, меня что-то *беспокоит* по поводу моего выздоровления?
13. *Мешает* ли мне (кто-то или что-то) что-то делать для моего выздоровления?
14. *Игнорирую* ли я что-то в моем выздоровлении?
15. Может быть, я и (или) другие *неправильно понимаем* что-то о моем выздоровлении?
16. *Изменилось* ли что-то в вопросе моего выздоровления?
17. *Подавляю* ли я что-то в отношении своего выздоровления?
18. Может быть, кто-то что-то *скрывает* насчет моего выздоровления?
19. Не *забыл* ли я что-то про мое выздоровление?
20. *Возражаю* ли я против чего-то в своем выздоровлении?
21. Может быть, мне чего-то *не хватает* в связи с моим выздоровлением?
22. *Достигну* ли я чего-то в том, что касается моего выздоровления?

23. Какие уроки я извлекаю из процесса своего выздоровления?
24. Есть ли у меня какие-то *убеждения* насчет моего выздоровления?

### **Техника 8. «Изменение образа жизни»**

Ответьте на приведенные ниже вопросы:

1. Что значит для меня моя жизнь сейчас?
2. Что она могла бы значить?
3. Что моя жизнь значит для других сейчас?
4. Что она могла бы значить для других?
5. Что является для меня действительно важным? (Укажите пять вещей, явлений и т. д., которые вы цените больше всего в жизни.)
6. Каковы приоритеты моих ценностей (проранжируйте их в порядке важности или значимости)?
7. Насколько отображает мой нынешний образ жизни те ценности, которые для меня важны?
8. Какие три действия я могу совершить, чтобы изменить свою жизнь к лучшему?
9. Что еще я для этого сделаю?
10. Какие обязательства придают моей жизни смысл?
11. Какие переживания придают моей жизни смысл?
12. Какие достижения придают моей жизни смысл?
13. Что заставляет мое сердце петь?
14. Что служит для меня неизменным источником радости?
15. Что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым?
16. Что просто доставляет мне регулярное удовольствие?
17. Насколько сейчас мой образ жизни вмещает и включает:
  - то, что придает моей жизни смысл?
  - то, что заставляет мое сердце петь?
  - то, что служит для меня источником радости?
  - то, что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым?
  - то, что регулярно доставляет мне удовольствие?
18. Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что придает моей жизни смысл?
19. Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что заставляет мое сердце петь?

20. Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что делает меня по-настоящему счастливым?
21. Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что служит для меня неизменным источником радости?
22. Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что регулярно доставляет мне удовольствие?

Приводимые ниже техники (№ 9 и 10) лучше выполнять в группе.

### **Техника 9. «Метафора тела»**

Написать и обсудить с другими членами группы 5 — 10 метафор собственного тела. При обсуждении таких метафор с другими участниками выявляются особенности отношения к собственному телу, тот «персональный материал», с помощью которого можно усовершенствовать свои телесные реакции, «отладить» взаимоотношения со своим телом. Иногда благодаря этому упражнению мы получаем ключевые слова для последующей психотерапевтической работы.

Например: мое тело — непослушное, как ларец с секретным замком; оно как трудная смена времени года; как бамбук, который еще гибок, но уже слишком тверд; как ученик, который знал, но забыл урок...

Из этого примера видны некоторые диагностические возможности, кроме того, каждое приведенное сравнение — это материал для терапевтической метафоры, используемой в последующих сеансах. Это упражнение предполагает в качестве второго этапа трансовую индукцию с использованием техник эриксоновского гипноза, где метафоры заново переживаются на уровне образов или ощущений, а потом трансформируются в более комфортные состояния.

### **Техника 10. «Реакция на стресс»**

Участники разбиваются на малые группы и должны описать партнерам по упражнению свою реакцию на стресс: где больше выражены его проявления — на ментальном или телесном уровне (вербальные и невербальные реакции во время

## Введение

рассказа оценивает и потом обсуждает партнер по упражнению). Это упражнение позволяет выделить приоритетные реакции пациента на сложную жизненную ситуацию.

Когда при реагировании преобладают изменения поведения, невротические симптомы, такие как застревание на обдумывании, на определенной эмоции, бессонница, общее беспокойство, излишняя подвижность или заторможенность и т. д., мы говорим о приоритете ментальных реакций на стресс. Если же реагирование включает неприятные ощущения в любой части тела, последующие нарушения его функций и т. д., это больше относится к телесному типу реагирования.

Если в первом случае дальнейшее развитие стресса усилит невротические реакции, то во втором, скорее всего, возникнут психосоматические нарушения. Это упражнение носит характер простого диагностического теста.

Кроме приведенных выше техник, можно использовать техники прояснения смысла болезни из раздела «Созидающая визуализация» и техники «Изменение личной истории» и «Реимпринтирование» из раздела «Нейролингвистическое программирование».

## БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

**Э**моциональное состояние человека определяет как видимые показатели дыхания — его частоту и глубину, так и физиологические функции легких — насыщение крови кислородом и поддержание кислотно-щелочного равновесия (Бройтигам и др., 1999).

Простое возбуждение как элементарная и еще недифференцированная форма таких состояний, как страх, гнев, ярость и т. д., приводит к учащению дыхания. Длительно сохраняющееся, не находящее разрядки возбуждение (например, сексуальное) может проявляться «актерным» типом дыхания, гипервентиляцией. Уравновешенное, приятное настроение приводит к спокойному и гармоничному ритму вдоха и выдоха, как это бывает во сне. В состоянии ужаса, внезапного потрясения может наступить кратковременная остановка дыхания. Внешне изменение характера дыхания могут быть почти незаметны. Вдох может растягиваться, задерживаться так, что наступает вздох. Выдох также может укорачиваться или затягиваться и этим как бы акцентироваться, пока не наступит чувство облегчения при вздохе.

Таким образом, дыхание — это не только физиологическая функция, которая осуществляется и регулируется потребностями человека. Оно является фундаментальным свойством состояния собственного Я, это способ обмена и установления равновесия между индивидуумом и средой. При отделении новорожденного от материнского организма он должен прежде всего дышать. Первый крик — это первое проявление самостоятельной жизни. Приравнивание дыхания к автономному существованию неразрывным образом запечатлевается в организме.

Дыхание является также средством самовыражения. Дыхание отражает эмоциональные процессы и раскрывает их на-

дежнее, чем любая другая вегетативно управляемая функция: печаль уменьшает глубину дыхания, в то время как радость увеличивает ее; боязливые люди часто имеют поверхностное или неравномерное дыхание (Любан-Плоцца и др., 2000).

## 1.1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

### *Картина личности*

Бронхиальная астма (БА) является классическим примером многофакторно обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психосоматические, инфекционные и аллергические. Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс (Boiten, Frijda, 1994).

По данным ряда исследований (Lehrer et al., 1993), личность больных БА характеризуется рядом специфических особенностей.

Психологическая метафора бронхиальной астмы — затруднение выживания, неспособность «дышать полной грудью» в этом сложном мире. Препятствия возникают у беззащитного ребенка, когда любви родителей недостаточно, а самостоятельное дыхание — это единственная функция человека, которая появляется только после рождения. Все другие признаки нашей жизнеспособности формируются еще в материнской утробе, где уютно и безопасно, а все жизненные потребности обеспечены автоматически (Радченко, 2002).

Момент рождения — это тяжелый труд и сильный страх: «Что за мир там, снаружи?». К счастью, там существуют мама и папа, которые способны обеспечить ту же безопасность и тот же комфорт. Но если их внимания и заботы не хватает, то первая система, которая подвержена риску сбиться и потерять правильный ритм, — это дыхание. Впрочем, бывает и другая причина — забота родителей так велика, что ни один вдох или выдох просто невозможно сделать самостоятельно, все время кто-то помогает их сделать за тебя. Недостаток заботы и ее избыток в равной мере лишают способности быть нестесненным, «дышать свободно».

Дети бессознательно ищут выхода, срабатывает жизнен-

ный инстинкт, и более тяжелые проявления болезни у них появляются для того, чтобы менялась «тактика спасения».

Взрослые пациенты с бронхиальной астмой забывают свою детскую историю, но обострение их заболевания происходит, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество.

Попытки выявить «ответственные» за возникновение БА психические конфликты, поиск предрасполагающих к их возникновению личностных особенностей привели к гипотезе о существовании специфического патогномоничного для заболевания «профиля личности», предрасполагающего к его манифестации (Jones et al., 1976). Основные характеристики такого «профиля личности» у больных БА определяются как склонность «подавлять депрессию и агрессию» (Mellett, 1978), «сдерживать реакции на фрустрирующее воздействие» (Groen, 1982; Groen, Pelser, 1960), преобладание «нементализируемых переживаний» (Mitrani, 1993), «повышенная нервность, чрезмерная возбудимость либо вялость, повышенная истощаемость», «высокая тревожность» (Тхостов, Арина, 1990). Патогномоничный для пациентов БА «профиль личности» ассоциируется с проявлениями алекситимии (Nemiah et al., 1970; Nemiah, 1975; Sifneos, 1973; Brown et al., 1981) — механистичным характером мышления, проявляющимся в неспособности фантазировать, стремлении оперировать конкретными понятиями. В поведении и чертах личности больных часто обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных, побуждений, а также скрытое желание нежности и близости. За псевдоиндифферентным или даже агрессивным поведением может скрываться сильная потребность в любви и поддержке (Bastiaans, Groen, 1954).

Общепринятым считается значение агрессии. Агрессия у астматиков не вытесняется. Так как она переживается как опасная, больной не может ее выразить, он не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья. Астматики очень сильно переживают агрессивность, но не проявляют ее; они недоверчивы и подозрительны и поэтому не склонны к самопожертвованию. У астматиков часто обнаруживаются реактивные образования, которые замещают агрессивные тенденции, и желание близости (Braeutigam, Christian, 1973), часто проявляются расстройства в сексуальной сфере (Loch, 1971).

У астматиков часто обнаруживается физиологически не обусловленная сверхчувствительность к запахам (Braeutigam, Christian 1973; Fores, 1981). При этом бросается в глаза, что эта сверхчувствительность относится прежде всего к тем запахам, которые как-то связаны с нечистотами и неаккуратностью, а также с неряшливым и нечистоплотным поведением. Астматики с повышенной восприимчивостью запахов также крайне зависимы от суждений и мнения окружающих их людей.

Между нарушением функции дыхания у астматиков видят связь с нарушенной способностью больных брать и отдавать, выраженной тенденцией к невозвращению, удержанию, сохранению (Schwidder, 1968; Marty, 1974; Braeutigam, 1954). У тяжелых аллергиков описан конфликт по типу «владеть-отдать» и тенденция идентифицировать себя в общении с другими лицами, «быть сплавленным» с ними (Marty, 1974).

Ранние нарушения отношений с матерью проявляются у больного как конфронтация «желания нежности», с одной стороны, и «страха перед нежностью» — с другой (Boog, 1965). Для астматиков характерна боязливость с истерическими и/или ипохондрическими чертами. От самих больных их страх остается скрытым (Heim et al., 1970).

Концепции «нуклеарного конфликта» и «специфического отношения», созданные F. Alexander (1945) и H. Miller (1976), указывают на то, что корни развития защитно-приспособительного значения симптома бронхоспазма заключаются в особенностях ранних отношений матери и больного ребенка. В нашей культуре такие отношения можно назвать «люблю и ненавижу», когда при сближении отношений мать чувствует раздражение и чувство вины за него, а ребенок — материнское негодование и отчуждение. Это порождает у него тревогу и страх, а открытое выражение чувств запрещается матерью («не плачь, перестань кричать») и связано с опасением оттолкнуть ее. Блокирование верbalного канала коммуникации компенсаторно вызывает развитие телесных коммуникабельных связей, к которым относится и стремление получить одобрение и теплое отношение матери посредством астматических симптомов. В дальнейшем эти симптомы становятся для астматика способом манипулирования лицами значимого окружения, а для семей с «тлеющим» невротическим конфликтом, от решения которого они «уютят» в силу своих невротических черт, способом сохранения семейного «гомеостаза» (Куприянов,

1985). Физиологический смысл бронхоспазма в результате увеличения уровня тревоги авторы видели в ее защитном значении. Они считали, что бронхоспазм — это реакции защиты от угрожающего агента, и такое же значение, но уже с включением более высоких уровней реагирования, несет в себе симптом тревоги (Speling, 1968).

Физиологический конфликт при БА имеет свое продолжение в психологическом конфликте, в эмоциональной жизни многих астматиков. Так же, как адекватное снабжение кислородом необходимо для нормального физиологического роста и развития, так и постоянное и адекватное получение любви необходимо для нормального роста и развития пациентов. Известно, что материнское отвержение играет центральную роль в возникновении нервно-психического механизма патогенеза БА. Установлено, что в ряде случаев материнское отвержение предшествовало не только заболеванию ребенка, но и его рождению. Причины отвержения проистекают из собственной эмоциональной незрелости матери, неразрешенных проблем, имевших место в ее детстве. Астматики выражают и переживают больше негативных эмоций по сравнению со здоровыми.

Рассматривается особый нервно-психический вариант развития БА у взрослых, когда проявления заболевания выступают в роли защитного механизма, сформировавшегося из-за различных внутри- и межличностных конфликтов детского возраста (Ушаков 1987; Федосеев, Куприянов; 1985). Были выделены четыре варианта нервно-психического механизма патогенеза БА: *неврастеноподобный, истероподобный, психастеноподобный и смешанный, или «шунтовый»* (от англ. *shunt* — шунтировать, переводить на запасный путь). Для каждого варианта свойственны свои внутри- и межличностные невротические конфликты. Внешние проявления зависят от личностных особенностей пациентов, варианта поведения, которое санкционируется в данной микросоциальной среде и служит целям адаптации пациентов.

В случае обострения неврастенического типа конфликта (с одной стороны, постоянное недовольство собой реальным, неприятие себя; с другой стороны, вечное стремление к воображаемому блестательному, недостижимому идеалу расщепленной личности) болезнь позволяет пациентам уйти от необходимости следовать созданному идеалу собственного Я. Они

полнее принимают себя такими, какие есть, путем смягчения системы невротических требований к себе (фиксия того, какими они должны быть, вместо принятия того, какие они есть на самом деле) не из-за ограничения личностных и других ресурсов, а в связи с заболеванием. Другими словами, это больные со сниженной самооценкой, непосильными, завышенными требованиями к себе и тягостным сознанием своей несостоятельности, защитой от которой становится приступ БА. Основным в клиническом проявлении БА является появление астматических симптомов в характерных для данного пациента условиях. Причины появления такого приступа могут быть обусловлены декомпенсацией психологической защиты от эмоционального напряжения вследствие «просачивания» в сознание травмирующей информации, указывающей на неадекватное восприятие образа «Я» больного (преобладание внутриличностного конфликта) в случае неадекватного требования к себе пациентов с психастеноподобным механизмом.

При истероподобном механизме больных отличает повышенный уровень притязаний к значимым лицам микросоциального окружения (семья, производственный коллектив, медперсонал) и искажение образа «Мы» в семьях в случаях привычного манипулирования лицами значимого окружения, когда желаемого результата больной достигает с помощью приступа. Рисунок поведения этих больных отличается тенденцией перекладывать ответственность за себя и за то, что с ними происходит в жизни, на окружающих, повышенными требованиями к окружающим и сниженными к себе, защитным манипулированием лицами значимого окружения.

Пациенты с психастеноподобным вариантом БА отличаются повышенной тревожностью, блокированием эмоций, несформированностью собственной ценностной системы, зависимостью от лиц значимого окружения и низкой способностью к самостоятельным решениям. Приступ БА может появиться при необходимости принять ответственное решение из-за нарастания тревоги. «Условная приятность» приступа заключается в том, что он избавляет пациентов от этой необходимости.

В случае «шунтового» механизма приступ появляется у робкого, тревожного больного при вовлечении его в качестве арбитра (или «стрелочника» — *shunter*) в конфликт родственников. В этом случае приступ необходим для разрядки непродуктивной невротической конфронтации членов семьи и для

получения внимания и заботы во время приступа инфантильным и зависимым астматиком. Таким образом, он заключает в себе черты и истероподобного механизма (манипулирование окружением и перекладывание ответственности на значимых других), и психастеноподобного (тревожность, зависимость, сложность словесного выражения своего эмоционального состояния и резкое увеличение уровня тревоги при необходимости принятия решений).

Итак, можно выделить личностные черты, предрасполагающие к развитию и фиксации дыхательных нарушений по нервно-психическому механизму. Это низкий уровень фрустрационной толерантности (недостаточная устойчивость к стрессам), инфантилизм, склонность к блокированию эмоциональных переживаний, хрупкость и незрелость психологической защиты, неадекватное представление о себе, увеличение коммуникативной значимости «языка тела» (соматические ответы), низкий уровень сознавания — замечания актуально переживаемых эмоций, желаний, потребностей — вследствие нарушения способности к словесному выражению чувств. Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание (тревожно-депрессивные, фобические, анозогностические, псевдоанозогностические, истерические, ипохондрические) предопределяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

Характерными ситуациями, способствующими заболеванию, являются те, которые требуют выражения враждебно-агрессивных или нежных и преданных чувств. Такому проявлению чувств противостоит, однако, защита в форме актуальных ситуационных мотиваций или в виде характерной хронической невротической реакции. Сильные и часто амбивалентные переживания презрения и нежности лежат в основе защиты и вытеснения. Типично также сближение с чувством особого ожидания (так называемая «астма первой брачной ночи»).

### ***Психотерапия***

Психотерапевтическое лечение БА направлено на повышение жизненных возможностей, способности брать на себя ответственность за свою жизнь. Это своеобразная «кислород-

ная подпитка», обеспечивающая глубокое, свободное дыхание. Психотерапия БА не бывает кратковременной, здесь время постепенно «отматывается назад». Если по этой дороге идут в ногу пациент, его психотерапевт и врач-пульмонолог, идти становится легче.

Целью психотерапии больных БА является также коррекция эмоциональных расстройств и неадекватных форм поведения. Достигают этого путем перестройки значимых отношений больного. Психотерапия особенно показана:

- больным, у которых этот механизм патогенеза является одним из ведущих;
- больным с сопутствующими нервно-психическими расстройствами и неадекватными реакциями личности (в том числе на болезнь), затрудняющими их полную реабилитацию;
- больным БА без выраженного нервно-психического компонента, находящимся в состоянии психологического кризиса, когда вероятность формирования этого механизма патогенеза возрастает (личностные и микросоциальные факторы риска, неразумные стили воспитания и реакции на заболевание членов семьи, наличие у родственников психосоматических моделей адаптации к стрессам).

При консультировании больного психотерапевтом, психологом или психиатром собирается тщательный психологический анамнез, который должен содержать данные о нервно-психических заболеваниях родителей больного (фактор наследственности и одновременно экология микросоциальной группы), о психосоматических заболеваниях членов семьи, данные о периоде беременности и взаимоотношениях в семье в этот период, а также о родах и взаимоотношениях в это время. Эти сведения позволяют сформировать представление о наличии моделей психосоматического реагирования в семьях, об отношении к беременности и формировании отношений матери к будущему ребенку, о характере той среды, в которой он должен появиться.

Далее подробно уточняются условия его раннего развития, наличие в детстве нервно-психических заболеваний. Исследованию подвергается микросоциальная среда: уточняются характер взаимоотношений с сибсами, с каждым из родителей или кровных родственников, стиль воспитания и взаимоотношения между родителями. Исследуются характерные перио-

ды развития пациента, успеваемость в школе, взаимоотношения с учителями и сверстниками. Особое внимание уделяется эпизодам нервно-психических нарушений, психотравмирующих обстоятельств и влияния их на личность пациента. Внимательно выясняются все факторы, оказывающие влияние на соматическую сферу, изучается индивидуально-личностный смысл астматических симптомов, их субъективное восприятие, то место, которое они занимают в структуре мировосприятия больного, в системе его адаптации к жизни.

Полезно взглянуть на астматические симптомы не только глазами больного, но и с позиций членов семьи (или другой микросоциальной группы). Это позволяет глубже понять «условную желательность» болезни, невротическую выгоду, которую она приносит больному, оценить конфликтогенно провоцируемые приступы удушья как способ патологической адаптации к микросоциальной среде. Кроме того, таким образом становится понятно как болезнь одного из членов семьи позволяет функционировать особым путем всей семье, создавая групповую форму психологической защиты.

Анамnestические данные должны быть подтверждены и уточнены данными психологического обследования. При этом в центре внимания оказывается исследование особенностей личности больного, характерологические особенности, особенности эмоционального реагирования и микросоциального окружения. Для исследования личности больного существует большое количество тестов, выбор которых должен осуществляться в соответствии с целями исследования и рабочей гипотезой.

Анализируя информацию, полученную анамnestическими, клинико-психологическими и экспериментально-психологическими методами, психотерапевт формирует представление о когнитивных особенностях личности — особенностях, способствующих формированию личностных конфликтов, созданию неадекватного, нереалистичного образа Я и семьи, защищенно искажающих восприятие пациентов и, таким образом, участвующих в формировании нервно-психического механизма патогенеза БА. Когнитивные особенности проявляются через эмоциональные реакции. Таким образом можно узнать, что кроется за блокированием эмоциональных переживаний и снижением осознавания — замечания актуально переживаемых эмоций и потребностей. Тестовый материал структурирует клинические наблюдения, органически связывая его с други-

ми данными. Очевидным становится центральная роль тревоги, которая рождается из неадаптивных стереотипов поведения и эмоциональных нарушений (блокирование эмоций или их растормаживание).

Анамнестические и тестовые данные об особенностях семейной системы показывают, как эти особенности больных формируются и как функционируют в рамках семейной системы, создавая «семейные мифы» (групповая форма защиты), и для чего служат правила и ценностные ориентации в таких семьях. Понимание этих важных моментов объясняет индивидуально-личностный смысл конфликтогенного симптома бронхоспазма у больного и дает ключ к построению терапевтического вмешательства (Бронхиальная астма, 1996).

Большинство астматиков вначале склонны к соматической трактовке своего заболевания, к преодолению которого они еще не готовы. Это соответствует бытующему мнению о болезни и постулатам соматической медицины; но речь идет также о собственной потребности больного противостоять опасному чувству зависимости и изгнать его из сознания.

Важная задача при установлении показаний для психотерапии состоит в отделении пригодных для лечения пациентов от непригодных. Катамнестически эффективным лечение оказывается скорее у больных со сравнительно тяжелыми соматическими проявлениями болезни, у которых имелись выраженные, особенно фобические, трудности в переработке болезни или агрессивные и депрессивные симптомы и которые испытывали ограничения в своем социальном положении, вызванные заболеванием. Малоэффективным может оказаться лечение больных с недостаточной выраженностью соматических и психических проявлений болезни, особенно если у них имеются защитные антифобические симптомы, поэтому их было трудно привлечь к интенсивному сотрудничеству в рамках групповой терапии.

Задачи психотерапии при *истероподобном* варианте БА: перенесение с окружающих на больного ответственности за разрешение его эмоциональных проблем и сознательное принятие ее астматиком; формирование адекватного уровня требований к больному в зависимости от его актуального психологического и соматического состояния; создание условий для разумной, принимающей без гиперпротекции, реакции микросоциальной среды на астматические симптомы; санкционирование зрелых способов поведения и адаптации.

Основной акцент в психотерапии пациентов с *неврастеноидным* вариантом БА делается на формировании приемлемой, доброжелательной микросоциальной ситуации, которая предоставляет возможность для углубленного самопознания и стабилизации самооценки. Это создает условия для отказа больных от завышенных, непосильных требований и жизненных целей, способствует устраниению тягостного сознания несостоятельности в осуществлении тех желаний, от которых прежде защищали астматические симптомы.

У больных с *психастеноидным* вариантом БА основное внимание уделяют формированию собственной ценностной системы больного, его зрелости и способности к независимому поведению, умению принимать самостоятельные решения в отношении своих личных проблем.

Психотерапевтическая тактика у больных с *шунтовым* вариантом БА состоит в провокации на первых этапах кризиса, когда взаимодействие членов семьи организуется таким образом, что они вынуждены иметь дело с всплывающими конфликтами, конфронтация с которыми раньше избегалась. При этом мы устранием из конфликтной ситуации астматика. Необходимо отчетливо отразить содержание кризиса, способствуя развитию такой ситуации, в которой возникает возможность и необходимость развития членами семьи новых отношений и коммуникативных стереотипов. Скрываемые проблемы всплывают и становятся доступными воздействию на них.

Для психотерапевтической коррекции на личностном и микросоциальном уровнях необходимо выяснить субъективное значение факторов, подкрепляющих патологическую адаптацию пациентов к конфликтным ситуациям, и восприятие астматических симптомов как самим больным, так и значимыми лицами его окружения. Можно добиться полной и стабильной редукции дыхательных нарушений, провоцируемых по нервно-психическому механизму, путем направленных сдвигов в системе отношений личности, в структуре и функционировании микросоциальной системы, а также преодоления элементов условной необходимости астматических симптомов для самого больного и значимых лиц окружения. Сдвиги на социальном уровне тесно взаимосвязаны с позитивной динамикой на личностном уровне. Последняя проявляется гармонизацией личности больных, выработкой у них зрелых способов поведения в стрессовых ситуациях.

Результаты использования различных направлений пси-

хотерапии для лечения БА рассмотрены в указанных работах (Wientjes, 1993; Timmons, Ley, 1994; Buchholz, 1994; Creer, 1991; Erskine-Milliss, Schonell, 1981).

Симптоматическая психотерапия (гипнотерапия, аутогенная тренировка) противопоказана больным с нервно-психическими заболеваниями психотического регистра. В остальных случаях противопоказаний нет. Применение патогенетической терапии ограничено уровнем развития интеллекта. Лицам с низким его развитием, а также лицам с психопатическими нарушениями патогенетическая психотерапия не показана. Осложнения при правильной психотерапевтической тактике не встречаются.

Для индивидуальной и групповой патогенетической психотерапии эффективны такие методы, как гипносуггестивная терапия (Brown, Fromm, 1988; Isenberg et al., 1992), аутогенная тренировка. Традиционно их относили к симптоматическим. Однако применение в процессе гипнотического сеанса регрессии возраста, психодраматических и других приемов, направленных на вскрытие невротического конфликта, отреагирование блокированных переживаний практически относятся к элементам патогенетической психотерапии и могут существенно облегчить переживания больного. Буль (1991) полагает, что в процессе сеанса гипнотерапии возникает «конкурирующая доминанта» по отношению к патологической доминанте, появляющейся благодаря болезни. Большинство авторов отмечают у своих пациентов субъективное улучшение без объективных изменений. Важным достоинством этого метода является отсутствие противопоказаний (за исключением больных с психотическими нарушениями, у которых гипнотическое воздействие может быть включено в структуру бреда).

Упражнения дыхательной терапии, аутогенной тренировки могут быть полезны прежде всего для расслабления диафрагмы, что позволяет преодолевать приобретенные неправильные формы дыхания. Прочное место в лечении БА заняла дыхательная терапия в разных формах. К ним относятся техника вдоха в интервалах между приступами (дыхание методом зевка при закрытом рте), сосредоточение на сильном брюшном дыхании, и прежде всего техника выдоха при так называемом торможении губами, т. е. преодоление легкого периферического сопротивления губ во время выдоха. Кроме того, используется техника дыхания и положения тела во время астматического приступа. Дыхательная терапия, как и все соматические

методики, нацелена на снятие напряжения и отвлечение и тем самым на изменение психической установки. Эти сосредоточенные на теле упражнения могут стать хорошим подспорьем для начала диалога с больным. Впоследствии больные часто обнаруживают более сильную потребность в беседах, чем они проявляют это вначале.

В более ориентированной на тело дыхательной терапии, в аутогенной тренировке или функциональном расслаблении больной находит меньше возможностей выражения своего специфического конфликта с терапевтом.

Deter (1986) сообщает о лечении астматиков *ориентированной на болезнь групповой терапией*, в которой амбулаторно используется следующая терапевтическая концепция:

1. Информация о патофизиологии и терапии различных форм астмы. Рассяснение болезни, которое по разным причинам проводится недостаточно часто, имеет целью, с одной стороны, снятие страха, с другой — мотивацию больного к поведению, адекватному заболеванию.
2. Обучение адекватным заболеванию типам поведения. Это в особенности необходимо при многофакторной обусловленности приступа, т. е. психические симптомы, которые здесь выступают особенно отчетливо, например, чрезмерный или отрицаемый страх, способствуют неправильному поведению пациента в болезни.
3. Освоение техник расслабления и дыхания. Тем самым, наряду с приемом медикаментов, больные получают возможность или самостоятельно устраниить приступ, или удерживать его нарастание до прихода медицинской помощи.
4. Открытые разговоры в рамках группы. Больные получают возможность обменяться личным опытом и испытать чувство защищенности в группе.
5. Стимулирование взаимодействия в группе. Оно может получить известную собственную динамику и вести к эмоциональному обмену между членами группы и ведущими. Терапевт имеет задачу частичной вербализации бессознательных процессов и помочь самоисследованию больных.

\* \* \*

Полезной методикой психотерапии БА является нейролингвистическое программирование.

## Нейролингвистическое программирование при бронхиальной астме

В теории данного метода лечения различные нервно-психические нарушения и деструктивные реакции рассматриваются как негативные программы пациентов, заложенные или лицами окружения в различного рода стрессовых ситуациях или в результате самопрограммирования самими пациентами. В соответствии с этими взглядами разработан широкий набор высокоэффективных способов перепрограммирования, касающихся личности больных, поведенческих стереотипов, системы ценностей пациентов. Наиболее простая методика — это использование речевой тактики метамодели (это набор речевых приемов для создания лучшей коммуникации). Она удерживает пациента от погружения в себя, помогает вызвать его на более ясную коммуникацию и подвести к осознанию ранее неосознаваемых проблем. Для определения деструктивных поведенческих стереотипов успешно используют технику «взмаха», а в случаях, когда пациенту необходимо помочь преодолеть ситуации, связанные с переживанием страха, используют методику визуально-кинетической диссоциации.

В нейролингвистическом программировании считается, что аллергия целом и астма в частности весьма похожа на фобию иммунной системы. Подобно фобии, аллергия обычно начинается в детстве с неудачного столкновения с аллергеном, а потом эта реакция преследует человека всю жизнь.

Астма — это один из наиболее опасных видов аллергий. При этом организм реагирует сужением бронхиол, что приводит к затруднению дыхания. Причина может быть самой незначительной, но реакция может оказаться очень серьезной, даже угрожающей жизни. Астма недостаточно хорошо изучена. Она вызывается самыми разными аллергенами, и эмоциональное состояние тоже играет здесь не последнюю роль. Интенсивность и частота приступов может меняться, и некоторым людям иногда удается оставить их в детстве.

Аллергии часто включаются якорями. С другой стороны, физическое присутствие аллергена оказывается необязательным — можно получить аллергическую реакцию, просто думая о нем. В связи с этим возникает надежда: если мы можем воздействовать на иммунную систему таким образом, чтобы аллергическая реакция появлялась без аллергена, то должна существовать и возможность воздействовать на нее так, чтобы вылечить аллергию.

В НЛП существует процедура работы с аллергией. Она работает лучше в том случае, если реакция возникает на конкретное, легко определяемое вещество.

Метод лечения аллергии, разработанный НЛП, разрушает якоря, действующие на иммунную систему, прерывая связь между стимулом (аллергеном) и реакцией (аллергией).

Первый шаг заключается в том, чтобы установить rapport. Вы можете признать опыт другого человека. Ведь вам вместе придется изменять аллергическую реакцию.

Теперь начните создавать якорь на состояние комфорта и защищенности. Попросите пациента вспомнить приятную ситуацию, в которой он чувствовал себя совершенно расслабленным. Помогите ему найти состояние, не связанное с аллергической реакцией. Когда вы увидите по его лицу и дыханию, что он расслабился, помогите ему легко прикоснуться рукой к другой руке в определенной точке. Это будет тактильным якорем на это состояние. Скажите ему, что каждый раз, когда он будет чувствовать это прикосновение, оно будет напоминать ему расслабленное состояние, и что он сможет погружаться в него в любой момент на протяжении всей процедуры.

Отвлеките его внимание и прервите это состояние. Потом попросите его снова прикоснуться к тому же самому месту на руке и убедитесь, что он опять вернулся в то же приятное расслабленное состояние.

Повторяйте этот процесс до тех пор, пока условное прикосновение не начнет надежно переводить его в это расслабленное состояние. Теперь вы закрепили расслабленное состояние якорем — прикосновением к руке — и можете быть уверены, что если во время процедуры ваш пациент почувствует дискомфорт, он сможет вернуться в приятное нейтральное состояние. Это «спасательный круг» на случаи непредвиденных обстоятельств.

На следующем шаге попросите пациента лишь слегка вспомнить аллергическую реакцию, чтобы вы смогли увидеть, как она выглядит. Спросите его, на что это похоже, когда он вступает в контакт с аллергеном. Обратите внимание на изменения его дыхания, цвета кожи и в особенности влажности глаз. Это первые признаки аллергической реакции. В НЛП эта операция называется «калибровкой» реакции: вы проверяете аллергическое состояние, внимательно наблюдая за тем, как оно выглядит, чтобы позже легко его узнать.

Если вы уже увидели реакцию, прервите это состояние.

Расскажите анекдот, отвлеките его внимание и заставьте подвигаться.

Следующий шаг — объяснить ошибку иммунной системы. Скажите своему пациенту, что сам аллерген не представляет никакой опасности, что его иммунная система наилучшим образом защищает его, но при этом реагирует на неподходящий стимул. Она может продолжать так же защищать его, но не реагировать столь бурно именно на это вещество. Она научилась такой реакции, и теперь может научиться другой, более подходящей. Говорите об аллергене, как об «этом веществе», а не «аллергене». Назвав его по-новому, он начнет думать о нем по-другому. Расскажите ему о медицинских исследованиях иммунной системы, о том, как замечательно она работает и как может учиться новым реакциям. Если сможете, приведите пример человека, который расстался со своей аллергией.

Следующий шаг может потребовать некоторого времени. Какова вторичная выгода этой аллергии? У аллергии тоже есть своя выгода. Она может определять, что человеку есть, с кем дружить и куда ездить в выходные. Она может помогать ему избегать определенных ситуаций. Быть может, ею пользуются, чтобы управлять другими людьми или привлекать к себе внимание. Бывает, что аллергия на сигаретный дым оказывается надежным способом заставить кого-нибудь бросить курить, не прибегая к чрезмерной настойчивости. Человек, страдающий от аллергии, организует свою жизнь, руководствуясь распорядком лечения. Когда аллергия будет вылечена, ему придется вносить новый порядок в свою жизнь, принимать решения, изменить диету и обращать внимание на такие вещи, которые раньше оставались незамеченными. До тех пор, пока эти вопросы не будут решены, аллергия, скорее всего, будет продолжать свои действия.

Вы можете закончить, например, таким вопросом: «Если бы все эти вопросы (диета, ситуации и т. п.) разрешились удовлетворительно и ваша жизнь стала более наполненной, захотели бы вы расстаться с аллергией?» Внимательно прислушайтесь к любому сомнению, прозвучавшему в его интонации, и продолжайте лишь в том случае, если ваш пациент ясно ответит: «Да».

Далее найдите какое-нибудь вещество, с помощью которого вы будете переучивать иммунную систему. Попросите пациента подумать о веществе, очень похожем на аллерген, но не вызывающем аллергическую реакцию. Например, у че-

ловека может быть аллергия на укусы пчел, но не муравьев, или на пыльцу трав, но не деревьев. Заставьте пациента полностью ассоциироваться с тем воспоминанием, когда он был в контакте с безобидным веществом. Следите внимательно за его дыханием, глазами и цветом кожи, чтобы сразу заметить любой признак аллергической реакции. Если такие признаки появились, выберите другое вещество.

Когда вы найдете хороший пример и пациент полностью ассоциируется с тем воспоминанием, когда он был в контакте с этим веществом, закрепите это состояние вторым якорем — прикосновением к определенному месту на руке, отличному от «спасательного круга». Это будет ресурсный якорь.

Теперь вы готовы начать учить его иммунную систему реагировать на бывший аллерген так же, как она реагирует на безобидное вещество. Аллерген является якорем для аллергической реакции, а вы замените его новым якорем для нейтральной реакции. Во время этой операции вы должны защитить своего пациента от аллергической реакции, поэтому попросите его диссоциироваться, наблюдая за самим собой через стеклянный или пластиковый прозрачный экран. Попросите его сделать этот экран воздухонепроницаемым и достаточно толстым для того, чтобы он не пропускал аллерген. Попросите пациента использовать при этом ресурсный якорь, прикоснувшись к руке, и увидеть самого себя по другой сторону экрана в такой ситуации, где ему может встретиться аллерген. Пусть он очень постепенно вводит аллерген в пространство по другую сторону от экрана. Необходимо, чтобы он смотрел на самого себя, расположенного с другой стороны экрана и чувствующего себя совершенно спокойно в контакте с бывшим аллергеном. Продолжайте держать ресурсный якорь. Наблюдайте за пациентом очень внимательно и остановитесь сразу же при первых признаках аллергической реакции.

Когда он сможет видеть себя, не проявляющего никаких аллергических реакций в присутствии аллергена, вы будете близки к завершению. Попросите пациента позволить экрану раствориться и исчезнуть. После этого пусть он перенесет изображение самого себя, спокойно относящегося к присутствию аллергена, из-за экрана обратно в свое собственное тело и объединится с ним.

И последнее — проверка. Уберите ресурсный якорь и попросите пациента представить себе присутствие аллергена прямо сейчас; заметьте, появляются ли какие-нибудь призна-

ки старой аллергической реакции. Обычно она пропадает совсем или в значительной степени уменьшается.

После этого пусть он представит себе свой контакт с аллергеном в будущем. Это последняя проверка, и в НЛП она называется «присоединение к будущему». При этом человек мысленно проигрывает новую реакцию в воображаемой будущей ситуации. Внимательно следите за любыми проявлениями старой аллергической реакции.

Лучше всего, если вы проверите аллергическую реакцию прямо на месте, если это возможно, уместно и ваш пациент дал согласие. Будьте особенно осторожны, если прежняя аллергическая реакция была сильной. Пусть безопасность станет основным вашим критерием.

\* \* \*

Наилучший эффект психотерапевтического воздействия на БА получен при использовании гештальт-терапии (индивидуальной и групповой) и семейной психотерапии (СПТ) с привлечением к лечебному процессу родственников больного. Оба эти метода относятся к патогенетическим, т. е. воздействуют на причинно-следственные связи. Использование этих методов ограничивается интеллектуальным уровнем пациентов. Лица, имеющие примитивное развитие личности, для такой терапии не подходят. В прочих случаях для подобного воздействия необходимо активное желание и заинтересованность самого пациента, т.к. в процессе терапии пациентам приходится возвращаться к тягостным и болезненным событиям их жизни и по-новому, т. е. продуктивно их переживать. Если пациент сталкивается с собственным травматичным опытом, не имея ресурсов для его преодоления, он может отказаться от дальнейшей терапии. Только опыт и высокая квалификация терапевта могут удержать пациента в русле позитивных изменений.

### Гештальт-терапия

Гештальт-терапию проводят в несколько этапов. В задачи первого этапа входит установление доверительного, партнерского, эмпатического контакта с больными, что позволяет обучить их основным процедурам гештальт-терапии и начать индивидуальную терапию. Такая терапия эффективна в ситуа-

ции острой проблемы или обострения длительно существующего конфликта. Основное стремление гештальт-терапии — восстановление самосознания с тем, чтобы оно приносило пациенту развитие и выбор цели. Акцент делают на понимании важности сиюминутной жизни и контактов с настоящим в континууме «здесь и сейчас». При обсуждении значимых для пациентов событий (с помощью техники фокусирования) мы сталкиваемся с моментом, в котором возникает дискомфорт, тревога или страх, которые побудили пациента уклониться от этого момента, вытеснить его из сознания. Сознание может расширяться в подсознание (работа на субличностных уровнях) так, что пациент в страхе объясняет то, что ранее не было понятно, предлагает интересные мысли и наблюдения. Упражнения на пребывание в состоянии осознавания окружающего направляют пациента к тупику, где силы сопротивления равны тому, что им противостоит. Пациенты с помощью терапевта учатся поведению в ситуациях фruстрации, эмоционального тупика. Когда они не в состоянии обеспечить себя сами, а поддержки из среды не поступает, надо самостоятельно найти выход и таким образом увеличить степень самодостаточности. Так восстанавливается сознание необходимости активного поведения, действий, которые до этого были в очевидном параличе.

Для многих пациентов актуальны групповые формы психологической защиты, т. е. использование астматических симптомов для поддержания психологического гомеостаза семьи. Это обстоятельство предполагает наличие второго шага терапии — перенесение терапии в группу.

Групповые формы работы позволяют решить проблемы группового и индивидуального самосознания, с помощью различных технических приемов отработать проблемы коммуникации больных, в которых особое место занимают телесные коммуникации (психосоматическое реагирование). Группа позволяет выявлять и исследовать попытки пациента манипулировать ее членами, в результатерабатываются навыки более продуктивного взаимодействия, а манипулирование разрушается.

Переходом к третьей ступени работы может быть смягчение фобических реакций при соприкосновении с ранее отвергаемыми актуальными переживаниями. Шаг за шагом исследуют и прорабатывают возможные источники травматичного опыта от менее интенсивных к более сильным. Эта работа позволяет лучше интегрировать личность с помощью такого

важного терапевтического инструмента, как группа. Она становится для пациентов источником нового положительного и продуктивного опыта взаимодействия. Потребность в манипулировании вскрывается и разрушается по мере формирования нового навыка взаимоотношений. Такой опыт позволяет реализовать третью ступень гештальт-терапии, на которой в группу привносят семейные проблемы. Дальнейшая работа может представлять собой семейную гештальт-терапию, где роль семьи берет на себя терапевтическая группа. В этом взаимодействии пациенты приобретают новый опыт выхода из семейных кризисных ситуаций. Постепенно разрушается убеждение их в том, что они нуждаются в помощи, и пациенты понимают на собственном опыте, что они уже обладают всем необходимым для самостоятельного преодоления кризисных ситуаций.

Таким образом, гештальт-терапия позволяет реализовать основное содержание психотерапевтического воздействия на личностном и микросоциальном уровнях, учитывает многоаспектность функционального диагноза, воздействуя на глубокие эмоциональные связи и этим улучшая непосредственный и удаленный результат лечения больных.

### **Семейная психотерапия**

Хорошие непосредственные и удаленные результаты дает применение в лечении БА семейной психотерапии. Процесс терапии направлен на разрушение личностных конфликтов индивидуумов, служивших основой формирования БА, нервно-психических расстройств и личностных реакций, тормозивших их полноценную реабилитацию. Воздействие на личность больного осуществляется путем изменения его взаимоотношений с членами семьи с учетом выявленных семейных характеристик, типологии, свойственных семьям больных БА проблем и конфликтов. Понимание роли больного члена семьи в стабилизации структурных и функциональных особенностей семейной системы позволяет достигнуть хорошего терапевтического результата при направленном воздействии на эти семейные характеристики. Успех терапевтических мероприятий часто оказывается параллельным изменениям, происходящим в семейной системе.

Важной задачей семейной психотерапии является повышение автономии семьи за счет преодоления эмоциональной взаимозависимости больных и их родственников. Достигается

это, с одной стороны, решением их эмоциональных проблем, с другой — благодаря отказу больного от реагирования на конфликты «поиском эмоциональной опоры вовне».

В семейной терапии больных БА условно можно выделить 4 этапа: *диагностический, ликвидация семейного конфликта, реконструктивный и поддерживающий*. На диагностическом этапе акцент делается на уточнении роли заболевания в стабилизации патологического уровня семейных отношений, на выявлении особенностей взаимодействия и эмоционального климата семьи, способствующих вовлечению дыхательных расстройств в структуру эмоциональных реакций больного.

Средства воздействия, используемые для решения терапевтических задач, условно можно разделить на вербальные и невербальные (мимика, пантомимика, интонации). Эти характеристики отражают собственное эмоциональное состояние терапевта и играют большую роль в поощрении пациентов к соответствующим формам поведения. При терапии больных БА существует большая опасность втягивания врача в давно сложившуюся систему эмоционального взаимодействия в семью, характеризующуюся рассогласованностью вербальной и невербальной коммуникации. Поэтому перед психотерапевтом стоит важная задача: отдавать отчет переживаемым им чувствам с целью их осмысления и последующей коррекции.

Предпочтительно не давать членам семьи конкретных советов и не принимать за них решений. Задачей терапии как раз является формирование, как правило, неразвитой способности к принятию решений с полной индивидуальной и групповой ответственностью.

Важно правильно оценить значение эмоциональных переживаний, благодаря которым пациенты в ключевых к развитию приступа ситуациях начинают задыхаться, несмотря на внешнее понимание происходящего. Некоторые эмоциональные стереотипы могут быть преодолены при помощи технологий НЛП («взмах», «визуально-кинетическая диссоциация»). Для устойчивого освобождения от конфликтогенных приступов требуется длительное взаимодействие с терапевтической средой.

В процессе терапии больных с истероподобным вариантом БА приходится сталкиваться с тремя стадиями отношения членов семьи к астматическим симптомам (Мишина, 1983).

1. Стадия давления «семейного мифа», когда члены семьи защищают представление об абсолютной соматической

обусловленности астматических симптомов больного. На этой стадии используют тактику «терапевтической провокации семейного кризиса» или методику «подчеркивания различий».

2. Стадия преодоления «семейного мифа» и признания членами семьи адаптационного или манипуляционного характера астматических симптомов. Часто это сопровождается вскрытием подавляемых обид и гнева в связи с особым положением больного в семье. Акцент делается на осознании членами семьи связи между симптомами БА и беспомощностью больного и поиске других, более адекватных способов удовлетворения вполне естественных потребностей, продуктивных путей реагирования на конфликт. Проводится конструктивный анализ негативного опыта прошлого. На этой стадии родственники переходят к активному сотрудничеству.

3. Стадия вскрытия элементов «условной приятности» астмы для членов семьи или осознания ее места в их психологической защите. На этой стадии членов семьи подводят к необходимости принятия решений с полной ответственностью (индивидуальной и групповой) в отношении способов преодоления трудных ситуаций во внесемейной сфере.

Основной акцент в терапии больных с неврастеноподобным вариантом БА делается на создании принимающей атмосферы (сначала — во время работы с терапевтом, а затем — в семье), которая создает возможность для углубленного самопознания и стабилизации самооценки. Для этого используют возможности гештальт-терапии и НЛП в рамках семейной терапии. В результате больной оставляет непомерные претензии и тягостное сознание несостоятельности жизненных целей, от решения которых его прежде защищали астматические симптомы. С другой стороны, такое отношение к себе является следствием некритических мотивов членов семьи, и в терапевтические задачи входит преодоление их негативного влияния.

Предлагается три направления семейной психотерапии больных БА с психастеноподобным вариантом:

1. Преодоление ригидно-управляющего типа отношения к больному родителям, апеллирующих к гипертрофированному чувству долга перед ними крайне совестливого, зависимого астматика.
2. Смягчение нетерпеливо-требовательного отношения к пациенту высокозначимого индивидуума (часто партнера

по браку), санкционирующего линию поведения больного, расходящуюся с ожидаемой родителями.

**3. Формирование собственной ценностной системы больного, его зрелости и способности к независимому поведению, умению принимать самостоятельно решения в отношении своих личных проблем.**

На первых этапах терапии больных с «шунтовым» вариантом БА провоцируется развитие семейного кризиса и организуется взаимодействие членов семьи таким образом, что они вынуждены иметь дело со всплывающим конфликтом, конфронтация с которым ранее избегалась. При этом мы устранием больного с арены конфликтов. Необходимо отчетливо отразить содержание кризиса для развития ситуации, в которой члены семьи смогут образовать новые, продуктивные отношения. С больным проводят индивидуальную работу, подобную терапии больных с психастеноподобным вариантом заболевания.

### Телесно-ориентированная психотерапия

Поначалу телесно-ориентированные приемы и процедуры были представлены главным образом методами, почерпнутыми из арсенала так называемой поведенческой медицины (Erskin, Schonell, 1979; Lehrer et al., 1986): релаксация, аутогенная тренировка, систематическая десенситизация, биологическая обратная связь и т. д. Проблема собственно телесно-ориентированной терапии при астме возникла лишь в последние десятилетия в связи с феноменом Алекситимии — неспособности больного к вербализации своих чувств и переживаний (Brown et al., 1981; Dirks et al., 1981; Sifneos, 1973). Алекситимия, рассматриваемая как патогенетический фактор психосоматического заболевания, весьма затрудняет процесс психотерапии, а в ряде случаев делает его и вовсе невозможным. Определенный терапевтический «прорыв» с данной категорией больных может быть достигнут лишь с привлечением более широкого круга невербальных, телесно-ориентированных методов психотерапии. Применение телесно-ориентированных методов, открывая телесный и эмоциональный опыт и усиливая способность пациента к вербализации чувств и телесных ощущений, как бы прокладывает путь к собственно вербальным методам психотерапии. Пациентам гораздо легче говорить о себе, сидя на полу во время какого-либо из телесно-ориентированных упражнений, чем на формализованных групповых сессиях. Эмоции, высвобождающиеся и интенсифицирую-

щиеся телесно-ориентированными приемами, могут поддерживаться и успешно прорабатываться далее, в ходе других видов терапии, что обеспечивает ступенчатость, преемственность, некую единую нить терапевтического процесса.

Однако не следует забывать и о возможном деструктивном потенциале телесно-ориентированной терапии, имеющей целый ряд противопоказаний, несоблюдение которых вызывает те или иные нежелательные последствия.

Среди них чаще всего упоминаются следующие: декомпенсация с высокой степенью агрессивности, появление панических состояний, преждевременное высвобождение вытесненных представлений, утрата контакта с реальностью, возникновение чрезмерных состояний релаксации и т. п. Пациенты определенного личностного склада (имеющие слишком заниженную самооценку, серьезные нарушения образа тела, нарушения половой идентичности) могут усиленно сопротивляться такого рода терапии, усматривая в ее приемах нечто провокационное. Телесно-ориентированная терапия, допускающая существование состояний, когда исчезает граница между Я и не-Я и актуализируется весьма сложный комплекс переживаний, сопровождающий любое нарушение границ, требует крайней осторожности в применении. Являясь мощной техникой сближения, многие телесно-ориентированные приемы резко усиливают несамодостаточность пациента, провоцируют появление сексуально окрашенных эмоций (возникающая так называемая «волна близости»). Вместо ожидаемой релаксации наступает напряжение, а без последующей вербализации переживания пациента могут стать скорее декомпенсирующими, нежели целительными (Семенова, 1995).

## 1.2. СИНДРОМ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ

### *Картина личности*

Больные, как правило, отличаются анксиозно-депрессивным основным фоном характера с ипохондрическими и фобическими чертами. Свой латентный страх они часто скрывают за выраженным фасадным поведением. Они чрезвычайно нормативны и импонируют как милые, адаптивные пациенты с высоким чувством долга. Их собственные притязания они обычно отодвигают на задний план (Любан-Плоцца и др., 2000).

В поведенческом выражении своих эмоций больные силь-

но стеснены. В особенности они неспособны переживать и отреагировать агрессивные побуждения. Больные описывают себя как людей, которые должны «все в себе пережевывать» или «слишком много хлебнуть». Тенденции безропотно воспринимать обиды и неспособность постоять за себя нередко воспринимаются как стесненность (Rose, 1976).

Больные склонны к зависимым отношениям с доминирующим партнером. Они воспроизводят при этом усвоенный в детстве шаблон поведения. Преимущественно больные происходят из семей, в которых они при заботливых, но эмоционально фruстрирующих родителях подвергаются не учитывающему индивидуальные особенности нормативному воспитанию (Bach, 1969). Связь с более слабым родителем была сильнее, т. к. здесь предоставлялись относительно лучшие возможности отношений. Агрессивные побуждения по отношению к доминирующемуителю, переживаемые как экзистенциальная угроза, подавляются ребенком.

Таким образом приобретается опыт, что безопаснее всего жить с гораздо более сильным партнером, даже если ценой этой безопасности становятся постоянно подавляемые собственные притязания. Даже если поведение партнера становится оскорбительным или фruстрирующим, каждый протест следует сдерживать, т. к. бунт все равно не имеет смысла. Биография этих больных показывает, что они вновь и вновь направляют себя в такие отношения беспомощной зависимости, одновременно переживая бессильный страх при угрозе потери таких значимых лиц окружения, отношение к которым сохраняется амбивалентным (Rose, 1976).

Конфликтная ситуация, провоцирующая приступ, содержит элементы реальной или воображаемой фruстрации или обиды, с одной стороны, страх потери зависимых отношений, обеспечивающих безопасность, с другой. Нередко приступ следует за ситуациями, требующими от больного направленной вовне, самоутверждающей и агрессивной активности, которую он не в состоянии продуцировать вследствие общего чувства беспомощности и бессилия или из страха потери лишающего власти, но гарантирующего безопасность, значимого лица.

### **Психотерапия**

Чтобы понять имеющиеся нарушения и проводить лечение, психосоматический анализ каждого нарушения функции дыхания должен раскрывать роль дыхания и значимость той

или иной формы его нарушения, исходя из общей ситуации больного. Речь при этом идет не только о тривиальном психосоматическом, а о значительно более сложном, системно связанным сочетании соматических, психических, социальных и иных значимых факторов (Любан-Плоцца и др., 2000). Относительно часто при выраженных невротических и психосоматических заболеваниях (истерия со страхами, кардиофобия) приходится слышать о перенесенных в подростковом возрасте невротических дыхательных приступах.

Если симптоматика сохраняется долго и конфликтный генез невротического характера дезактуализируется, следует думать об индивидуальной или групповой терапии, хотя обычно склонить к ней больных бывает трудно. Могут использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, психодрамы, семейной психотерапии.

При хронических гипервентиляционных состояниях показана дыхательная терапия или аутогенная тренировка по методике Шульца — перевод ненормального (большой частью грудного) дыхания на более легкое диафрагмально-брюшное. При аутогенной тренировке большей частью бывает достаточно достигнуть первой основной ступени — упражнения по концентрации внимания на переживании покоя и тяжести, которые при правильной технике аутогенной тренировке вначале снимают напряжение в мышцах рук, а затем постепенно вызывают расслабление всей мускулатуры.

Результаты использования различных направлений психотерапии для лечения гипервентиляционного синдрома рассмотрены в указанных работах (Han et al., 1996; Nixon, 1994).

### **Позитивная психотерапия при заболеваниях дыхательной системы**

**Астма и гипервентиляционный синдром** — способность при помощи симптома настойчиво обращать на себя внимание (хрипеть, кашлять, хватать воздух, синеть).

**Расстройства и физиология.** Значение дыхания известно еще со времен сотворения мира. Господь, вдохнув в сотворенного из земли человека жизнь, дал ему душу и дух. Индивидуальная жизнь начинается со вдоха, с первого крика новорожденного младенца и заканчивается с последним выдохом, когда умирающий «выдыхает из себя жизнь».

Полярность жизни, непрерывная смена напряжения и расслабления, наступление и движение, становление и завер-

шение, отдача и прием — все это в процессе дыхания можно увидеть яснее, чем в любой другой функции человеческого организма. Мы видим это непосредственно: при активном втягивании воздуха — как напряжение и при (обычно пассивном) выпускании его — как расслабление.

Процесс дыхания происходит самопроизвольно, автоматически, под влиянием разнонаправленных импульсов нервной системы. Дыхание может также осуществляться произвольно под влиянием сознания. Глубина, частота и тип дыхания могут регулироваться сознательно: мы можем, если захотим, дышать быстрее или медленнее, глубже или поверхностнее. Мы можем также на некоторое время задерживать дыхание и по желанию дышать грудью или животом.

И наконец, на дыхание бессознательно оказывают влияние наши эмоции. Любые движения души более или менее заметно отражаются на дыхании. «Дыхание перехватывает» от ужаса, «легко дышится» при радости. Если нарушены отношения с окружающими, то говорят о «плохой атмосфере», о «тяжелом» или «душном» воздухе, которые затрудняют нам дыхание и жизнь.

Загрязнение воздуха, прежде всего в крупных городах, это важный фактор риска заболеваний дыхательной системы.

**Актуальный конфликт.** По содержанию речь часто идет о требованиях *пунктуальности и справедливости*, т. е. о концепциях, которые через ЦНС оказывают воздействие на дыхательный центр. Приступ удушья сопровождается сильнейшим страхом: больному не хватает воздуха. Страх задохнуться, умереть охватывает все существо человека. Этот страх, в свою очередь, усиливает спастическую реакцию.

**Базовый конфликт.** Люди с синдромом нервной гипервентиляции часто происходят из семей, где очень высоко ценились достижения: «соберись», «постарайся», «без труда не вытащишь и рыбку из пруда». Одновременно с этим поощрялись сдержанность, скромность и самообладание как необходимые личностные качества: «возьми себя в руки», «что подумают люди?» (*учтивость, контакты*). При более близком рассмотрении оказывается, что приступ астмы провоцируется одновременным предъявлением больному слишком многих требований (*достижения*) и при столкновении с *несправедливостью*. Так как вследствие подавления агрессии он не может открыто конfrонтировать с окружением, не может аргументированно изъясниться или выругаться, а сдерживается (конфликт *веж-*

ливость/прямота), он особенно следит за мнимыми или действительными реакциями своего окружения. После приступа астмы многие больные испуганно оглядываются по сторонам, не заметили ли «люди» что-нибудь. Это усиливает их страх. Через ЦНС происходит усиление спазма и тем самым усугубление порочного круга.

**Актуальные и базовые концепции.** Взаимосвязь между эмоциональным состоянием и дыханием известна каждому из нас. От ужаса может «перехватить дыхание» или «дух захватывает». Какое-нибудь событие может «нагнетать атмосферу». Если кто-нибудь сердится, то у него возникает потребность «выпустить пар». Если исходить из существующей литературы по психосоматике, то астматическое заболевание основывается на нерешенной связи, на конфликте амбивалентности и на личностных особенностях. Пациент с нейрогенным нарушением дыхания обладает особой способностью при помощи дыхания, а не слов (*учтивость*) показать окружающим, что он ущемлен, чувствует себя напряженно.

**Актуальная способность:** «искренность/честность».

**Определение и развитие.** Способность открыто выражать свое мнение, говорить о своих потребностях или интересах. Правдивость и добросовестность относятся к честности. Честность в партнерских отношениях называется верностью, в социальных коммуникациях — открытостью и откровенностью. В том возрасте, когда ребенок начинает говорить, он еще не может четко различать представления и действительность. Если взрослый не понимает логику переживаний ребенка и наказывает его за ложь, то в дальнейшем это может оказаться воспитанием нечестности.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас может более откровенно высказать свое мнение? Есть ли или были ли у вас собственные проблемы или проблемы с партнером из-за нечестности? Как вы реагируете, если кто-то вас обманывает? Насколько вы правдивы, прибегаете ли вы иногда ко лжи во спасение? Много или мало рассказываете вы о себе другим людям (*открытость*)?

**Синонимы и расстройства:** говорить прямо и откровенно, без обиняков; резать правду в глаза; сказать все начистоту; что на уме, то и на языке; проглатывать обиды; держать язык за зубами.

Болтовня, наговор, перенапряжение; тщеславие; заносчивость; межличностные конфликты; агрессия; приступы потливости; повышение артериального давления; головная боль.

**Особенности поведения:** говорить то, что считаешь нуж-

ным, но так, чтобы не обидеть партнера. Некоторые люди, которые сегодня недовольны вашей откровенностью, после будут вам за это признательны. Иногда бывает, что с партнером вам легко быть искренним, но на работе, когда речь идет о делах, это не так-то легко удается, или наоборот. Обычно в разных сферах жизни человек по-разному искренен и честен. Понаблюдайте, в каких ситуациях и в связи с какими актуальными способностями вам особенно нелегко быть искренним.

## ***Опросник к бронхиальной астме и синдрому гипервентиляции***

1. Можете ли вы «выпустить пар» при гневе или «кому-нибудь что-нибудь насвистеть»? Можете ли вы вспомнить еще какие-либо пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
2. Кто и когда сообщил вам о вашем заболевании?
3. Регулярно ли вы принимаете предписанные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
4. Сдерживаете ли вы себя, потому что для вас важно, «что подумают люди»?
5. Можете ли вы сказать о своей работе, что вы чувствуете себя ограничиваемым, задавленным, перегруженным?
6. Какие особенности поведения (актуальные способности) коллег, сотрудников, шефа действуют вам «на нервы»? Как вы реагируете? Можете ли вы открыто говорить об этом? Или вы «задерживаете дыхание»?
7. Характеризуются ли ваши отношения с окружающими «плохой атмосферой», «спертым» или «напряженным» воздухом, что «затрудняет ваше дыхание»? Являются ли определенные люди «отдушиной» для вас?
8. Можете ли вы вывести кого-либо «на чистую воду»?
9. Знаете ли вы или можете вспомнить такие желания, может быть, детские мечты, которые вы никогда не могли воплотить в жизнь? Что препятствует их реализации? Что бы вы стали делать и как бы стали жить, если бы у вас не стало проблем?
10. Что для вас является смыслом жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти)?
11. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

## **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**З**аболевания сердца и сосудов в экономически развитых странах являются самой частой причиной смерти. В последние годы кардиологи все большее значение придают психосоциальным факторам риска и их связи с соматическими факторами (Burns, Katkin, 1993; Burns et al., 1993; Cohen et al., 1994; Contrada, 1994; Dembroski, MacDougall, 1983; Miller et al., 1996). Образ жизни, установки личности и положение человека в его профессиональном и семейном окружении важны для кровообращения и его физиологической регуляции. Издавна известны такие соматические факторы риска, как неправильное питание, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, в которых отражаются особенности личности (Бройтигам и др., 1999).

Психосоматический компонент в первую очередь характерен для следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы:

- эссенциальная артериальная гипертония;
- ишемическая болезнь сердца;
- нарушения сердечного ритма;
- сердечный невроз страха.

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности, хотя в норме человек этого не осознает. При физических и психических нагрузках работа сердца начинает восприниматься в виде усиленного сердцебиения или тахикардии. В отличие от моторики или дыхания, деятельность сердца и сосудов исключена из непосредственного человеческого восприятия. И только при определенных пограничных состояниях и нарушениях сердце воспринимается осознанно. Даже в случаях тяжелых нарушений, например при врожденном пороке сердца, сердечные феномены субъективно воспринимаются лишь на поздних стадиях декомпенсации. Однако и в этих случаях возникает своеобразная неопределенность: «сердце

хотя и мое, но оно какое-то неопределенное и не поддающееся управлению, как, например, конечность». Это чувство неопределенности уже содержит в себе зародыш страха. На этом основывается предположение о возможности фобического развития личности.

Психическая сфера так же определяет функции сердца и сосудов, как и соматическая. Активность и покой, сон или бодрствование, душевная живость и возбуждение, выраженные внешне или подавленные чувства связаны с различными состояниями системы кровообращения. Связь деятельности сердца с эмоциями отражена во множестве идиом и поговорок.

Несмотря на то что изменения работы сердца в равной степени проявляются и при положительных, и при отрицательных чувствах, патологические нарушения в сердечно-сосудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными эмоциями, которые приводят к тому что, например, при страхе одиночества, при опасности нападения возникает ощущение, будто сердце начинает стучать в горле и в области головы. Происходящий при этом выброс адреналина вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда, что, в свою очередь, приводит к состоянию беспокойства и страха.

Если из-за внешних задержек или внутреннего торможения уже подготовленная активизация кровообращения не реализуется, в ряде случаев при этом в течение длительного времени может сохраняться возбуждение в ожидании выполнения действия. Возможна и обратная ситуация: вытесненная из сознания установка на действие приводит к замещающему ее напряжению в системе кровообращения.

Сердце обычно связывают с любовью. Возникает вопрос: почему разрыв отношений, потеря близкого человека нередко приводят к сердечным заболеваниям? Если мать не дает своему ребенку достаточно тепла, он проявляет к своей кукле чувства, которые хотел бы ощутить в своей матери. Кукла становится заменой близкого человека.

Некоторые кардиологи предполагают, что иногда сердце превращается в символ близкого человека и на него переносятся все те чувства, которые по каким-то причинам не могут быть выражены открыто. Человек боится показать другим свое недовольство. Женщина не решается возражать любимому человеку и для того, чтобы уменьшить тоску и избежать де-

прессии, тиранит собственное сердце, вымешая на нем свое раздражение.

Главную роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний играют подавляемая враждебность (Barefoot et al., 1996; Barefoot et al., 1994; Benotsch et al., 1997; Siegman, Smith, 1994; Siegman et al., 1992) и поведение типа А (Booth-Kewley, Friedman, 1987).

### 2.1. ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

#### *Картина личности*

Поскольку в большинстве случаев четко датировать начало заболевания не представляется возможным, трудно говорить и о вызывающей ее ситуации. Однако в качестве причинных ситуаций описаны определенные внутренние конфликты (Gentry, et al., 1982; Irvine, et al., 1991; Saab, Schneiderman, 1993). Артериальная гипертония часто начинается тогда, когда человек пребывает в ситуации хронического напряженного ожидания (Grace, Graham, 1952). Типичные высказывания гипертоников: «я должен быть готов ко всему», «я такой, что принимаю на себя все трудности», «никто меня не удержит, я готов на все». Провоцирующими ситуациями часто бывают длительные состояния страха, нехватка времени и нарастающее напряжение. Кроме того, описываются ситуации, в которых имеется возможность разрядки враждебности и агрессивности, но этого не происходит в силу торможения или щепетильности.

Многочисленные эксперименты как с животными, так и с людьми показали, что при страхе, гневе и озлобленности повышается давление и что хроническое эмоциональное перенапряжение может приводить к стойкой гипертонии (Coehrer, 1971, Groen et al., 1971, Angermeier, Peters, 1973; Cannon, 1953; Reindell et al., 1971). Общепринято мнение, что у гипертоников существует связанные со страхом хронически подавляемая агрессия.

Для больных гипертонией описывают типичную невротическую личностную структуру с преобладанием навязчивых состояний, в результате чего часто возникают внутренние и внешние конфликты, что затрудняет эмоциональную разрядку (Groen et al., 1971).

Тот факт, что эссенциальная гипертония часто встречается у членов одной семьи, может интерпретироваться в смысле «психологического наследования» (Hermann et al., 1989). Экспериментальные исследования показывают, что больные гипертонией склонны к повышению давления даже в тех ситуациях, которые у нормотоников не вызывают никаких изменений давления (Hodapp, Weyer, 1982).

По данным Александера (2002), центральным пунктом психодинамики пациента с эссенциальной гипертонией является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством. В то же время существуют трудности самоутверждения. Пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности. В детстве они обычно склонны к приступам ярости и агрессии. Бывший прежде агрессивным ребенком, взрослый человек становится подчеркнуто уступчивым, не может за себя постоять. Понимание возможности потерять из-за своей агрессивности расположение родных и близких заставляет ребенка контролировать свою враждебность и скрывать ее. Больные артериальной гипертонией постоянно проявляют раздражительность, если сталкиваются с непреодолимым сопротивлением. Их жизнь навязывает им роль «ломовой лошади». Они застревают на многие годы на одной работе и редко меняют фирму, даже если им недоплачивают. Если они добиваются начальственного положения, им трудно стать авторитетом для других. Они выполняют работу за других, вместо того чтобы наладить дисциплину. Из этого сверхсовестливого и доводящего до крайностей поведения с излишним чувством ответственности рождаются усиленные чувства гнева, неприязни и агрессивности, со временем требующие все больших усилий для их сдерживания. Так развивается порочный круг, который приводит к хроническому состоянию напряжения. Характерная ситуация, провоцирующая заболевание, представляет собой жизненные конфликты, которые мобилизуют враждебность и стремление к самоутверждению и одновременно создают невозможность их свободного выражения.

Первоначально эти черты были обнаружены в наблюдавшемся поведении больных. В дальнейших исследованиях показано, что в сравнении с нормотониками у них изменено восприятие конфликта и стресса. Например, летные диспетчеры подвергаются угрозе повышения давления не только то-

гда, когда идентифицируют себя со своей профессией и являются адаптивными и обходительными с сослуживцами, но и когда они не воспринимают и отрицают производственный стресс (Rose et al.. 1978).

В формировании гипертонии играет роль и непосредственное взаимодействие в семье, что показано в исследованиях конфликтного поведения в семьях с отцом-гипертоником, в которых изучалась семья как клиническое единство, исходя из системного видения симптомов (Baer et al., 1959, 1983; Baer, 1983).

Структура личности члена семьи — например, конфликтно-агрессивный импульс гипертоника — затрагивает поведение взаимодействия семьи в целом («семейное накопление» эссенциальной гипертонии). В каждой семье между родителями и детьми формируются правила, по которым регулируются конфликты; в семьях с отцом-гипертоником дети имеют менее эффективные возможности для перенесения и решения конфликтов, о чем свидетельствует преобладание в этих семьях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами). Разнообразные исследования указывают на то, что ограниченное восприятие конфликта и стресса и избегание конфликта коррелирует с появлением повышенного давления крови, т. е. это типы поведения, которые дети в процессе социализации в семье приобретают от гипертоника-отца. Эта точка зрения могла бы наряду с генетическим компонентом открыть дополнительный аспект возможного воспроизведения эссенциальной гипертонии (Theorell, 1990; Любан-Плоцца и др., 2000).

Семейное взаимодействие характеризуется своего рода запретом на речь или коммуникацию, затрагивающим также и невербальную сферу, вследствие чего преобладают понимающие, наблюдающие, контролирующие, сдерживающие активности, в то время как отдающие, сообщающие, участвующие выражения появляются редко (Kroger, Petzold, 1985).

Единой личностной структуры для всех больных артериальной гипертонией не установлено. Впрочем, при широком распространении и большом разнообразии форм болезни этого и не следует ожидать.

И все же среди психосоматически обследованных предварительно отобранных пациентов постоянно повторяются определенные личностные черты. Гипертоники описываются

как люди трудолюбивые, приверженные долгу, общительные, с большим чувством ответственности. В связи с этим у них возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально отстраниться. В своей специфической установке на скромность они отказываются от своих потребностей в пользу других, желая получить от них одобрение и не провоцировать агрессию или неприязнь. Именно эти признаки, описываемые независимо друг от друга разными исследователями как готовность помочь, стеснительность, хронически подавляемая агрессивность, и составляют манифестные свойства личности, которые имеют большое значение для формирования характерных реакций подавления потребностей, воспринимаемых как опасные. Манифестные особенности восприятия окружающего и поведения у многих гипертоников представляет собой форму защиты от собственных агрессивных побуждений (Cottington et al., 1986; Diamond, 1982).

У большинства пациентов с эссенциальной гипертонией обычно нет должного осознания своей болезни. С психоаналитических позиций внешне неправильное невротическое поведение идеологически оправдывается стремлением к активности и помощи людям. Но и при этой неблагоприятной исходной ситуации в отдельных случаях можно добиться изменений, если благодаря дозреванию личности устраивается ее односторонняя направленность и человек в целом начинает ориентироваться в жизни по-новому.

Манифестные черты личности больного с артериальной гипертонией, его трудолюбие и упорядоченное поведение, контактность, аккуратность и добросовестность импонируют, делают его, казалось бы, приятным, уступчивым пациентом. Однако следует помнить, что гипертоник в большинстве случаев не вербализует свою агрессивность, честолюбие и стремление к соперничеству, которые часто остаются латентными. Это можно почувствовать, если пытаться оказывать длительное влияние на образ жизни больного. Его малая податливость при необходимой длительной терапевтической программе, в процессе которой пациент обычно не может реализовать свои потребности и даже не может выразить свои суждения и отношение, противоречащие терапевтической программе, часто осложняет отношения психотерапевта и больного. В трудовых и семейных кризисных ситуациях, и прежде всего при латентных конфликтах в отношениях с психотерапевтом, больные

легкоранимы, но не могут словесно выразить свою агрессивность. Они просто уходят от лечения, не появляются к назначенному сроку. Это, казалось бы, немотивированное прерывание лечения приводит к развитию у них чувства вины и его проекции. Для контрперенесения психотерапевта важно, чтобы он знал об оппозиционных тенденциях своего пациента и вызывал его на разговор, помогая ему справиться с чувством вины или с напряжением во время лечения. Благожелательное отношение, при котором терапевт и сам не чувствует себя ущемленным, и не делает ненужных упреков, определяет возможность продолжения терапии.

Для взаимоотношений психотерапевта и больного важно вовремя заметить, что пациент склонен подавлять собственные критические потребности и выявлять их лишь косвенно, например, в форме немотивированного прерывания лечения.

### ***Психотерапия***

Ситуация отношений психотерапевта и больного часто характеризуется конфликтом агрессивности/зависимости со стороны больного.

Условия для лечения гипертоника характеризуются:

- низкой мотивацией, поскольку жалобы поступают в основном на незначительные субъективные симптомы;
- хорошими возможностями лекарственной терапии;
- личностными факторами, характеризующимися конфликтом агрессивности/зависимости, что может приводить к напряжениям в отношениях психотерапевта и больного и выражаться в ненадежности взаимодействия.

Для поддерживающего лечения рекомендуется раннее вовлечение социального поля, недирективное отношение психотерапевта к больному, не активирующее конфликт агрессивности/зависимости, активное сообщение психотерапевтом информации, усиление собственной ответственности и самостоятельности, а также самовосприятия (например, за счет самостоятельного измерения давления).

Психотерапевтическое лечение представляется целесообразным и показанным лишь тогда, когда больной имеет соответствующее давление страдания. Релаксация и поведенческие методы хорошо зарекомендовали себя как средство под-

держки медикаментозной терапии, поскольку таким образом удается существенно снижать дозы лекарств.

В рамках программы поведенческой терапии следует добиваться собственной ответственности пациента при использовании метода биологической обратной связи и применении методик снятия напряжения. Пациенты должны понять, какие ситуации, трудности, конфликты приводят к повышению артериального давления, научиться контролировать свои успехи и неудачи. Необходимо уточнить, соответствуют ли эти успехи канонам классической рефлекторной теории и идет ли речь о прямом образовании условных связей, а не просто о научении больных общим успокаивающим приемам.

Могут успешно использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

## 2.2. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ИНФАРКТ МИОКАРДА

### *Картина личности*

Психические факторы в целом действуют только совместно с известными соматическими факторами риска (гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, избыточная масса тела). Определено три основных варианта таких связей:

- Эмоции и душевные нагрузки оказывают прямое влияние на коронарное кровообращение, проницаемость эндотелия и (через катехоламины) непосредственно на сердце.
- Психосоматические влияния существенны для возникновения артериальной гипертонии; одновременно они оказывают влияние на обмен жиров и вызывают как общий атеросклероз, так и атеросклероз коронарных сосудов.
- Психосоматические факторы приводят к злоупотреблению курением и алкоголем и оказывают воздействие на

поведение в виде повышения пищевой потребности, что приводит к ожирению.

Коронарные больные придают мало значения предвестникам инфаркта миокарда. В противоположность больным с вегетативной дистонией и кардиофобическим неврозом, эти больные вытесняют свои неприятные ощущения и до поры до времени склонны считать их пустяками. Коронарные больные отличаются толерантностью к симптомам своей болезни и даже безразличием к ним. Вторжение угрозы самой жизни вследствие болей отвергается и вытесняется, нарциссическая обида исчезает лишь перед самой катастрофой (Lesperance et al., 1996).

К коронарным заболеваниям предрасполагают определенные типы поведения.

Roseman, Friedman (1959) впервые описали угрожаемое инфарктом поведение как поведение типа А, которым эта группа больных на основе своих личностных характеристик реагирует на различные ситуативные требования. Они противопоставили этому поведение типа Б, которое занимает противоположный полюс на шкале поведения.

Более поздние исследования показали, что признаки типа А и Б являются объективно наблюдаемыми элементами поведения, но скорее представляют собой общие факторы риска психосоматических заболеваний и не дают возможностей каузального объяснения коронарной недостаточности.

Petzold (1976) указывает на то, что человек с поведением типа А может пользоваться творческим покоем, но при неуспехе он склонен к навязчивым раздумьям и все более нарастающему внутреннему напряжению, которое открывает переход к поведению, характерному для больных с инфарктом.

Впоследствии тип А был разделен на три подкласса. В первый входят люди замкнутые, заторможенные, сдержанные в мимике и жестах. Они редко выходят из себя, но зато, если уж разойдутся, долго не могут успокоиться. Вторая группа — это люди, которые хорошо умеют прятать свои чувства, но очень нервные внутри. Третья группа — люди, которые привыкли бурно выражать свое отношение ко всему, что происходит. Они общительны, размахивают руками, жестикулируют, громко говорят и смеются. Они часто срываются, сердятся, начинают ругаться, но тут же забывают причину своей злости.

Традиционно считалось, что враждебно настроенные лю-

ди чаще болеют ишемической болезнью сердца (ИБС). Еще в начале XX века психоаналитики определяли гнев, враждебность и связанные с этим интрапсихические конфликты как потенциальные причины гипертонии и патологии, определяемой сейчас как ИБС. Наконец, попытки обнаружить ключевые элементы внутри так называемого поведения типа А привели к необходимости рассмотрения враждебности в качестве его основного элемента (Dembroski, 1986; Dembroski et al., 1989).

Много исследований было проведено в 70 — 80-х годах. Их результаты варьируют в зависимости от исследовательских моделей и методов. Так, были получены данные, подтверждающие связь враждебности с тяжестью ИБС (Barefoot et al., 1994; Dembroski et al., 1985; Hecker et al., 1988; MacDougall et al., 1985; Matthews et al., 1977). По Freyberger (1976а), выраженное стремление к социальному успеху у угрожаемых по инфаркту лиц проистекает из невротической аномалии развития и в этом случае служит компенсации. Если описанная психическая предрасположенность сочетается с определенными социальными ситуациями, то с психосоматической точки зрения риск инфаркта накапливается, поскольку одновременно у пациента «идет навстречу» соматический компонент в виде латентной или манифестной сердечной недостаточности.

Пусковые социальные ситуации, которые в соединении с психической предрасположенностью могут вызвать инфаркт, часто означают переживание потери объекта.

Межличностные разочарования с выраженным характером расставания и профессиональными неуспехами с отчетливым эмоциональным компонентом потери представляют для потенциального больного инфарктом в особенности большую угрозу, поскольку у пациента одновременно имеется нарциссическое нарушение.

Нарциссическое нарушение представляет собой важное условие для неудовлетворительной переработки потери объекта. Такой пациент переживает ее как грубую нарциссическую обиду. Появляется неустойчивость таких душевных качеств, как внутренняя уверенность и чувство благополучия, обозначаемая также как «лабильное самовосприятие» и имеющая отчетливо депрессивную окраску. Это лабильное самовосприятие, в скрытом или явном виде, обнаруживается у тех потенциальных больных инфарктом, которые характеризуются описанными психодинамическими процессами. Лабильное чувство

самовосприятия, воспринимаемое в том числе как чувство неполноценности, представляет существенный внутренний мотив для стремления к социальному успеху, т. к. тем самым пациенту удается выстроить более или менее стабильное компенсаторное псевдосамовосприятие (Freyberger, 1976а).

Schafer (1976) различает 2 фактора, которые определяют риск инфаркта: с одной стороны, атеросклероз и, с другой, стресс. На усиление этих факторов оказывают воздействие также образ жизни пациента, связанный с питанием, алкоголизацией, курением, гиподинамией, а также состояния страха, напряжения, агрессивности и измотанности, которые в свою очередь могут иметь следствием поведение повышенного риска. Речь здесь никогда не идет об объективно значимых факто-рах, а лишь об их субъективном переживании больным (Blohmke, 1976).

Первоначально Dunbar (1943), а позже и другие исследователи описали личностный профиль коронарных заболеваний с позиций глубинно-психологически обоснованной казуистики: упорное желание работать, стремление достичь вершин в своей профессии, значимого социального положения, готовность приспосабливаться к социальным нормам со склонностью к перенапряжению. К факторам риска относятся напряженный жизненный ритм, стремление к успеху и социальной значимости, беспокойно-напряженная деятельность.

Спешка, нетерпение, беспокойство, постоянно напряженная лицевая мускулатура, чувство цейтнота и ответственности характерны для будущих больных инфарктами. Идентификация больных со своей профессией столь сильна, что ни для чего иного времени у них не остается. Они просто одержимы манией работы. Это объясняется тем, что больные лучше ориентируются в ориентированном на социальный успех мире профессии, чем в личном, семейном мире, чью межличностную близость они не могут переносить Rosemann, Friedman, 1959; Dunbar, 1954 и Jenkins, 1972.

Частой причиной перенапряжения является недостаточная для выполняемой деятельности квалификация, так что риск инфаркта у новичка выше, чем у опытного работника (Jenkins, 1972). Конфликты, связанные с перегрузкой, они пытаются разрешить так же, как все конфликты: призывами к себе самим больше торопиться, быть сильными и совершенными. Страх в конце концов потерпеть неудачу им малодоступен

и тщательно скрывается за фасадом кажущейся компетентности. Больные ИБС несопоставимы с типичными невротиками в узком смысле этого слова. У них нет заторможенности, эмоциональной лабильности, неуверенности в себе; едва ли можно пробудить у них осознание конфликтов с последующим их переживанием и соответствующим поведением. Вместе с тем у таких больных психическая уравновешенность все же не сохраняется. В современном мире, в котором особенно ценятся работа и успех, их поведение можно оценить как сверхпригодительное, сверхнормальное. Они больше других следуют принципам современного индустриального общества, в котором преобладают активная деятельность, конкуренция, соперничество. У многих из них отмечаются целеустремленность в работе, тенденция к активности, безусловное стремление руководить и доминировать, быть у всех на виду, не оставаться в тени. Возможно, что эта экстраверсия является характерной невротической защитой от лежащего глубже орального желания зависимости, а активность в стремлении помогать людям, как это бывает у гипертоников, видоизмененной и защитной формой желания «орально» обеспечить и удовлетворить себя. Они не способны пассивно и доверительно «предлагать» себя окружающим людям, они должны своей активной деятельностью доказывать свое превосходство и свою ценность. Часто вследствие идентификации себя с миром отца они приходят к строгому «сверх-Я», принуждающему их к деятельности и приспособлению. Их отношение к объективному миру характеризуется стремлением к доминированию и защитой своего желания самопожертвования, увлеченности.

Развитие ИБС характеризуется с психосоматических позиций как последовательное чередование определенных стадий — синдромов гиперактивности, сверхкомпенсации и крушения (Ladwig, 1986).

**Синдром гиперактивности.** В определении профиля подверженной коронарным заболеваниям личности честолюбие и трудолюбие рассматривается как константа независимо от различия взглядов разных психосоматических научных школ. «Целенаправленная и усердная личность» (Dunbar, 1943), «тщеславный чувствительный человек с ананкастными чертами и сильным стремлением к признанию и престижу» (Aresin, 1960), человек с «выраженными признаками навязчивой ригидности» (Hahn, 1981) — во всех этих характеристиках совмещают-

ся черты поведения, определяемые специальными психологическими исследованиями как интенсивная длительная потребность в успехе, честолюбиво-конкурирующее поведение, постоянное желание признания (Rosenman, 1964). Считается, что эти люди в психофизиологическом плане характеризуются симпатико-тонической регуляторной доминантой. Им достаточно небольшого внешнего раздражителя, чтобы достичь оптимального уровня стимуляции. В экспериментах с дефицитом времени удалось установить, что у людей с поведением типа А появляются более выраженные учащение пульса и повышение систолического АД, чем у лиц с поведением типа В.

Поведение людей реализуется не в безвоздушном пространстве, а в сфере межличностных отношений. Первично честолюбивая и трудолюбивая личность проявляет экспансию и злость как доминирующий стиль поведения. Трудные ситуации переживаются такими людьми как испытание их способности к решению проблем. Кроме того, они рассматривают свое окружение как неполноценное и препятствующее нормальному ходу работы. У них преобладает чувство гневливой раздражительности. Легко можно представить, что люди с таким избытком потребности в соперничестве, враждебности, агрессивности, чувством нехватки времени и нетерпеливостью (Dembroski et al., 1977) могут ожидать от окружающих реакций противостояния. Так складывается выраженное агрессивное, эгоистическое поведение.

**Синдром сверхкомпенсации.** В рискованной карьере синдром сверхкомпенсации достигается следующим образом: постоянное внешнее давление, которое провоцируется соответствующим поведением, приводит к хроническому перенапряжению. Сохранение стабильности поведения требует стратегии постоянного нарастания издержек. Возможным выходом из положения является увеличение продолжительности работы (сверхурочные часы), что расценивается как объективный показатель перегрузки и подтверждается многочисленными наблюдениями как индикатор такой стратегии нарастания издержек. Возникающий при этом синдром нарушения ночного сна также оценивается как чувствительный показатель качества изменения соотношения между субъективным самочувствием и объективно существующими формами перегрузки.

**Синдром крушения.** Если синдром сверхкомпенсации характеризуется как перманентная вынужденная необходи-

мость в реактивном усилении приспособления, следствием которой является хроническая опасность превышения приспособительных возможностей, то синдром кручения означает не столько острое клиническое состояние, сколько характерные, часто труднообратимые последствия «надлома жизненной линии», которые могут приводить к страданию предрасположенной к этому личности. Агрессивное, эгоистическое поведение продолжается, но оно становится только фасадом: такой человек проявляет свой стереотип гиперактивного агрессора, но за ним скрывается механизм неудачной и неполной когнитивной переработки тяжелых жизненных событий. Пациент из группы риска реагирует на превышение способностей приспособления механизмами защитной компенсации, теряет внутрипсихический механизм контроля над вызванными стрессом функциональными процессами, демонстрирует эмоциональную сдержанность и социальную приспособленность. Однако его эмоциональное состояние перед развитием инфаркта миокарда определяется как истощение и депрессия (Appels et al., 1988).

Депрессия с ее источником в разнополюсном и многократно «развалившемся» синдроме гиперактивности также является общепризнанным фактором риска развития ИБС и инфаркта. Среди больных инфарктом миокарда у пациентов с тяжелыми депрессивными состояниями артериальная гипертония встречается в 2 раза чаще, чем в общей группе больных. Такие люди, долгое время направлявшие гиперактивность и враждебность вовне, в конце концов обращают их против самих себя.

## ***Психотерапия***

Трудности лечения больных с коронарными заболеваниями обусловлены структурой их личности. Со стороны психотерапевта проблемой является распознавание ориентированной на успех установки как конфликтного поведения. Способность к успеху и ориентировка на него слишком поспешно отождествляются со здоровьем: кто много работает, считается здоровым.

Больные склонны к отрицанию своих конфликтов. Можно говорить о психических скотомах, затрагивающих у потенциально инфарктных больных, с одной стороны, постоянную

перегрузку вследствие внутренней навязчивости стремления к успеху, с другой стороны — выраженный вред здоровью злоупотреблением табаком и пищей. Механизм отрицания затрудняет формирование внутренней мотивации к терапии (Freyberger, 1976а).

В зависимости от истории развития личности и актуальной ситуации возможны три основных направления лечения:

- индивидуальное консультирование, сообщение информации о здоровом образе жизни с особенным учетом когнитивных процессов;
- обучающие, ориентированные на симптом методики (аутотренинг, функциональная релаксация), которые вовлекают тело в терапевтический процесс, избегая работы с сопротивлением;
- психотерапия, работающая с сопротивлением и переносом.

Показания к психотерапевтическому ведению после инфаркта имеются лишь в тех случаях, когда больной испытывает давление страданием, с которым он не в состоянии справиться сам и поэтому обращается за психологической помощью. Если больной не может обойтись «простым советом», когда терапевт дает рациональные и научно обоснованные предложения по изменению образа жизни, многократно повторяет их, а больной, несмотря на внешне демонстрируемую готовность, не в состоянии им следовать.

В зависимости от показаний к психотерапии больных инфарктом можно разделить на импульсивных, адаптивных и регрессивных больных. Для первой группы хорошо оправдали себя занятия спортом под (коронарные группы). Они учитывают двигательные потребности больных. Для второй группы рекомендуется комбинация элементов групповой терапии с аутотренингом. Для третьей группы больше всего подходят психотерапевтические методы, поскольку давление страданием у этих больных можно продемонстрировать на зависимых тенденциях поведения и депрессивных реакциях.

У больных с коронарным инфарктом следует собирать биографический анамнез с целью выявления эмоциональных нарушений (вегетативные расстройства других органных систем, психические симптомы, как страх или навязчивости) и выяснения того, как ведет себя больной относительно своих внутренних побуждений и чувств (Petzold, 1976).

Могут использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии. Хорошие результаты дает использование методов поведенческой терапии (Orth-Gomel, Schneiderman, 1996).

## 2.3. КАРДИОФОБИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ

### *Картина личности*

Конфликт, который с большим постоянством обнаруживается при кардиофобическом неврозе, это конфликт разрыва у высокоамбивалентной личности, которая обнаруживает, с одной стороны, способность к самозащите, а с другой — ограниченность своих возможностей и угнетающую зависимость. Конфликт в виде разрыва четко связан с вызывающей его ситуацией (смертью близких, отъездом, болезнью) — со всем, что угрожает одиночеством в представлении больного. Существует также связь с депрессивным типом реагирования личности с сильной амбивалентной установкой, причем в фантазиях постоянно фигурирует агрессивное желание смерти и одновременно ожидание чудесного спасения (Бройтигам и др., 1999).

Имеющаяся склонность к симбиотическим отношениям, депрессивно-симбиотические фантазии на тему слияния у больных с кардионеврозом вызывают внешние и внутренние трудности при разрыве тесных связей с матерью и отцом. Так же тяжело может восприниматься смерть окружающих, которую пациенты переживают так, как если бы это была их собственная судьба.

Что касается психодинамических условий, то в первую очередь следует выделить фиксацию и симбиотические отношения с матерью, прежде всего у молодых мужчин. Среди больных с кардиофобией много единственных в семье детей, часто растущих без отца. Здесь также много младших сыновей, которые очень привязаны к матери. Ситуация единственного ребенка, сына, который имел мало возможностей завязать отношения вне семьи и был вынужден длительное время ограничиваться контактами с одним человеком, играет причинную роль в дальнейшей несамостоятельности и сложностях при разлуке. Фрейд впервые констатировал, что это не столько отвержение само по себе, сколько общая изнеженность,

которая делает позже человека не способным отказаться от любви или хотя бы временно довольствоваться меньшим. Чрезмерная ранняя привязанность предрасполагает к неврозу. Общие нейропсихологические данные указывают и на то, что каждое привыкание — это одновременно и отказ, так как оно слабо подготавливает человека к естественным трудностям жизни. Особенно неблагоприятно действует привязанность или чередование привыкания и резкого прерывания его.

Мнение о том, что у больных кардиофобией сенсибилизирующими являются перенесенные в раннем детстве травмировавшие их переживания разлуки (Bowlby, 1960), не считается бесспорным. Проблема разлуки не соответствует реальной чрезмерной нагрузке. Конфликт заключается в предвосхищаемой пациентом ситуации разлуки, которой он должен желать и одновременно опасаться. Собственные фантазии и внешние изменения представляют собой «ситуации искушения». Эти ситуации, имеющие значение одиночества, вызывают психосоматические оттенки враждебности и страха, которым соответствует симпатикотоническая готовность. Если при этом кризис протекает в виде сосудистого приступа, то он может привести к кардиофобическому неврозу.

Что касается личности, то, как и при других психосоматических заболеваниях, имеется два противоположных типа личности (поведения): тип А, который демонстрирует непосредственно симбиотическую зависимость, и тип Б, который не терпит этих унизительных ситуаций и ведет себя подчеркнуто независимо, проявляя демонстративные псевдонезависимые реакции в своих осознанных и неосознанных поступках (Richter, Beckmann, 1973).

У подавляющего большинства больных можно наблюдать обычную зависимость, нарастающее сокращение жизненных связей, щажение себя, характерную для фобий вообще позицию ухода от трудностей. Некоторые прекращают работать, не в состоянии жить самостоятельно, без поддержки психотерапевта и близких. Они избегают сексуальных контактов, занятий спортом и в конце концов любых физических усилий, которые связаны с учащением сердцебиения. Многие полностью фиксированы на наблюдениях за своей сердечной деятельностью, читают всю относящуюся к этому литературу, ходят от психотерапевта к психотерапевту, распространяют свои самонаблюдения на другие части тела. Считается, что ипохондрик всегда найдет причину изучать себя, и даже здоровый

человек имеет достаточно материала для ипохондрической переработки ощущений в своем организме. Но именно при кардионевротическом страхе большую роль играет психофизиологический порочный круг: вследствие страха или тревоги происходит выброс адреналина, это приводит к тахикардии и повышенной возбудимости с повышением АД, уменьшается полезный эффект работы сердца, наступает гипоксия, которая в свою очередь вызывает страх и тревожное беспокойство с проекцией на сердце. Увеличение частоты сердечных сокращений и сердечные сенсации снова вызывают страх.

Тип простой зависимости, как и тип чрезмерной защиты и отрицания, можно обнаружить с помощью психологических тестов. Richter и Beckmann (1973) описали его как типы А и В в профилях MMPI. Различие между типами обнаруживается в шкале D этого теста как выражение депрессивных симптомов, очень характерных для типа А, тогда как у типа В они остаются скрытыми за счет гиперкомпенсации.

Для пациентов с гиперкомпенсацией и выраженной защитой характерны попытки побороть свою слабость активностью и физическими усилиями. Они не терпят, когда медикаментозное или другое лечение, направленное на расслабление и пассивность, вызывает у них «слабость», что имеет значение при выборе стратегии лечения.

Событие, которого больше всего боится больной с кардиофобическим неврозом, это инфаркт миокарда, который у таких больных развивается не чаще, чем среди населения в целом. Этому соответствуют и катамнезы при функциональных сердечно-сосудистых нарушениях, поскольку симптоматика развивается, как правило, на основе специфической формы динамически лабильной регуляции АД. Многие катамнезы, достигающие 20 лет, показывают явно меньшее число органических заболеваний сердца, чем можно было бы ожидать (Christian, 1990).

Прогноз у нелеченых больных как в отношении симптоматики, так и в плане жизненного развития неблагоприятен. Отмечается склонность к хронизации, расширению симптоматики, большинство больных оказываются в менее благоприятной социальной ситуации. Часто пациенты с кардиофобическим неврозом болеют десятилетиями и полностью погружены в свои ипохондрические переживания. Но встречаются и более благоприятные формы течения, при которых приступы страха возобновляются только в наиболее неблагоприятных ситуациях.

### **Психотерапия**

Необходимо объяснить пациенту, что он болен лишь в определенном смысле, что его сердечные жалобы хотя и так же реальны, как и его страх, но являются следствием, а не причиной болезни. Психотерапевт должен убеждать больного в том, что он, безусловно, не умрет от сердечного приступа или инфаркта миокарда и, по данным статистики, у него очень большие шансы выздороветь. Следует помочь пациенту переработать вызвавшую болезнь ситуацию в ее «сценическом» содержании и психодинамическом значении, что удается в большинстве свежих случаев. С этого этапа начинается психотерапевтическое лечение.

Методом выбора является раскрывающая психотерапия, которая не только устраняет симптоматику, но и помогает больному в преодолении конфликтной ситуации и ускорении процесса созревания личности. Больные, которые начинают лечение рано, обычно сравнительно молоды и податливы, у них еще не развились стойкая фиксация при переработке болезни. Жизненное развитие еще не завершилось и возможен прогресс, поэтому они могут с успехом лечиться методом психотерапии. При депрессивно-невротических состояниях и тенденции к неблагоприятной регрессии больше показана групповая терапия, которая вообще имеет лучший прогноз (Sent, 1988). Психологический доверительный контакт с психотерапевтом остается важным методом терапии для большинства больных.

Могут использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

## **2.4. НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА**

### ***Картина личности***

Чаще всего приступы бывают спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами. У 25% пациентов со здоровым сердцем отмечается тесная связь между появлением приступа и жизненными коллизиями. Приступы часто возникают в периоды внутреннего напряжения и при кумуляции

эмоций. Соматическое возбуждение и усиление сердцебиения, беспокойство, нарушения ритма занимают место конфликта самоотвержения и могут толковаться как фрагменты подавленной психофизической реакции.

В личностном плане чаще встречаются пациенты, склонные контролировать свои чувства, подавлять их, рассматривать их проявление как слабость: «Я не показываю, что со мной творится».

Пациенты склонны к тому, чтобы упорно защищать свой эмоциональный мир. В то же время они избегают противостояния, борьбы, споров и склонны к рационализированию. Провоцирующими приступ ситуациями для них являются ситуации искушения, которые близки к «эмоциональной самоотдаче» или к скрытой агрессии, которая при угрожающем крушении защиты разряжается в виде приступа.

## ***Психотерапия***

Могут использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

## **Позитивная психотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы**

### ***Инфаркт миокарда и функциональные нарушения деятельности сердца***

**Инфаркт миокарда** — способность принимать любую нагрузку близко к сердцу. **Кардиофобия и функциональные нарушения сердечного ритма** — способность реагировать на тревоги и конфликты всем сердцем, принимать все близко к сердцу (стремление к близости и защищенности)

**Расстройства и физиология.** Существует связь между сердцем и страхом. Посредством вегетативной нервной системы сердце напрямую связано с чувствами. Гормональным путем, через усиленное выделение адреналина, волнения и конфликты также могут приводить к повышению артериального давления, частоты сердечных сокращений и, таким образом, к многообразным ощущениям в области сердца. При всех сильных эмоциях сердце также не остается в стороне: как при любви и радости, так и при гневе, злости и страхе. Страх может вызвать сердцебиение и боль в сердце, и, наоборот, боль и из-

менения сердечного ритма могут вызвать страх. Оба процесса усиливают друг друга и бесконтрольно переходят в приступ. Больным воспринимаются только физиологические корреляты страха, т. е. соматические симптомы и концентрирующийся на них страх, а не лежащие в основе эмоции, конфликты и желания.

**Актуальный конфликт.** С помощью телесной симптоматики больной бессознательно обретает уверенность в близости и внимании окружающих. Сфера *тело/ощущения* у таких пациентов хорошо развита; она находится в центре внимания, особенно то, что касается эстетики. Отмечаются каждое впечатление и малейшее неприятное ощущение. Тело получает уход и заботу, какие ему уделялись в детстве. В стиле поведения доминируют пассивность в любых отношениях и избегание по принципу: «Кто ничего не делает, тот не делает ошибок». Часто в профессиональной деятельности также не возникает никакого определенного интереса. Только небольшая часть больных с заболеваниями сердца пытается преодолеть тенденции к скованности в сфере «деятельность» посредством форсированных стремлений к независимости, что часто стоит очень многих усилий. Часто встречаются сложности в супружеских отношениях. Таким людям с большим трудом удается найти нужную дистанцию для сосуществования близости и самостоятельности одновременно. Эти трудности, однако, лишь в редких случаях приводят к разводу или расставанию, так как больной ни при каких обстоятельствах не вынесет одинокого существования. Из страха перед разочарованием контакты с другими людьми чаще ограничиваются. Тем не менее контакт с психотерапевтом очень важен. Уверенность в том, что психотерапевт находится рядом, уже сама по себе действует на пациента успокаивающе. В сфере «фантазии» постоянно пересекаются мысли о собственном организме и его функциях, о болезни и смерти. Страхи имеют тенденцию расширяться, в finale их развития стоит депрессия: «мир плох», «жизнь не имеет смысла», «зачем все это?».

**Базовый конфликт.** Если проследить историю развития больного с точки зрения моделей для подражания, то с большой регулярностью можно столкнуться с воспитанием, в котором предполагалась крайняя привязанность, особенно к матери или бабушке, а самостоятельное существование или обособление избегались как опасные. Самые близкие люди

часто представлялись как тревожно-забоченные, хотя они не всегда взаимодействовали друг с другом, а использовали ребенка с целью вынесения своих страхов, напряжения и желаний. Они, таким образом, способствовали возникновению у ребенка амбивалентной или негативной концепции жизни. Всего нового и неизвестного следовало остерегаться, экспансивные стремления ребенка подавлялись («дома ты знаешь, что имеешь»).

В отношениях родителей друг к другу очень большая роль отводилась участию, вовлеченности партнера. Ребенок впитывал, что неучастие, независимость или разлука могут вызвать страхи и чувство вины и по возможности их следует избегать. Контакты с другими людьми также рассматривались как угроза семейному единству и поэтому не поддерживались. Очень тщательно следили за соблюдением приличий и традиций. *Фантазия*, развитая в высшей степени, больше была направлена в прошлое. Представления о будущем, наоборот, были связаны со страхами: страх перед болезнью, разлукой, смертью, войной и другими ударами судьбы. Так ребенку с намерением уберечь его от опасностей и горя часто прививалась односторонняя жизненная позиция.

**Актуальные и базовые концепции.** Установлено, что в анамнезе больных с заболеваниями сердца наряду с непосредственно влияющими соматическими факторами важны и определенные психосоциальные условия. При этом особую роль играют установки, ожидания, стиль поведения и проистекающие из этого психосоциальные конфликты. Как подтверждают психотерапевты-практики, жалобы на сердце как следствие конфронтации на работе или проблем в воспитании предъявляются довольно часто. С точки зрения позитивной терапии, наряду с общими, неспецифическими стрессорами существуют специфические, вызывающие перенапряжение ситуации. Они зависят от усвоенных в процессе воспитания психосоциальных норм, которые в качестве установок, ожиданий и стиля поведения тесно связаны с эмоциональной жизнью. Такие специфические стрессоры следует рассматривать как существенные экстракардиальные причины заболеваний. Реактивность сердца в случае страха или эмоционального напряжения известна уже давно.

**Актуальная способность:** «пунктуальность».

**Определение и развитие:** способность придерживаться

ожидаемого или условленного расписания. Формы: пассивная пунктуальность (следование ранее составленному расписанию, ожидание, что другие будут пунктуальными); активная пунктуальность (самостоятельное распределение времени и пунктуальное поведение). В то время как в психоанализе аккуратность считается первым культурным достижением, в позитивной психотерапии таковой является пунктуальность. Кормление, умывание и ритмы сна и бодрствования определяют распределение времени младенца. В процессе развития ожидание пунктуальности и пунктуальное поведение модифицируются посредством приобретения дальнейшего специфического опыта (например, опоздание в школу).

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас (вы или ваш партнер) больше ценит пунктуальность? Бывают ли или были у вас сложности, связанные с непунктуальностью, и если да, то с кем? Как вы реагируете, если кто-то не приходит в установленное время? Рассчитываете ли вы или ваш партнер все с точностью до минуты? Кто из ваших родителей (бабушек, дедушек) больше ценил пунктуальность и четкое планирование времени?

**Синонимы и расстройства:** срочность, своевременность, точность, опоздание, отсрочка.

Страх ожидания, давление времени, постоянный страх не успеть, необязательность, стресс, тревога.

**Особенности поведения:** не назначать деловых свиданий без календаря деловых встреч; кому-либо честно сказать, что нет времени, часто лучше, чем заставлять его ждать. Если кто-то опаздывает, это все-таки лучше, чем вообще не прийти. Девиз: «Хорошо, что ты все-таки пришел».

### **Опросник к инфаркту миокарда и функциональным нарушениям ритма**

1. У вас доброе сердце? Вы чистосердечны? Приходят ли вам на память еще какие-нибудь пословицы или крылатые выражения, связанные с вашим состоянием?
2. Когда и от кого вы впервые узнали о вашем заболевании?
3. Занимаетесь ли вы спортом?
4. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как действуют эти лекарства, что вы можете от них ожидать и какие побочные эффекты возможны?
5. Часто ли у вас бывают конфронтации на работе? Вызыва-

ет ли это боль в сердце, влияет ли на ваш сердечный ритм или на ваш страх?

6. Чувствуете ли вы себя перегруженным?
7. Чрезмерно ли вы бережете свое тело?
8. Часто ли вы контролируете свою сердечную деятельность?
9. Говорите ли вы со своим партнером о здоровье и страхе?  
Есть ли другие темы для разговоров (какие)?
10. Есть ли проблемы в ваших партнерских отношениях? Они сводятся к обычным «мелочам»? Или речь идет о таких проблемах в отношениях, как наличие времени, терпение, доверие, надежда, нежность, сексуальность?
11. Выражал ли ваш партнер желание расстаться?
12. Поддерживаете ли вы общение помимо семьи?
13. Ваши мысли сконцентрированы на вашем теле?
14. Побуждает ли вас новое и неизвестное к решению проблем?  
Ваши представления о будущем чаще полны страхов? Или ваше воображение чаще занято мыслями о прошлом?
15. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
16. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

## **Гипертония**

**Гипертония** — способность на перманентное внешнее давление реагировать повышением давления внутри организма.

**Расстройства и физиология:** диаметр кровеносных сосудов регулируется вегетативной нервной системой, которая тесно связана с нашими эмоциями. Психическое напряжение может приводить к сокращению гладкой мускулатуры сосудов и тем самым влиять на повышение артериального давления. Психические нагрузки при малой активности симпатической нервной системы могут также способствовать снижению давления.

Повышение артериального давления можно представить как необходимую и полезную реакцию: организм приводится в состояние повышенной готовности; он начинает работать на полную мощность и готов к физическому сопротивлению, тяжелой мышечной работе и быстрейшему реагированию. Если по какой-либо причине не происходит отреагирования на-

копившегося напряжения, нет эмоциональной разрядки, то в этой фрустрирующей ситуации спастическое состояние сосудов сохраняется и давление крови остается повышенным. При определенных длительных конфликтах и соответствующей предрасположенности это может приводить к заболеванию.

Больных гипертонией сравнивают с хищниками, запертymi в клетке, которые мечутся из угла в угол в поисках шанса для нападения или побега. Человек, который не научился последовательно справляться со своей агрессивностью, вынужден постоянно пересиливать себя, стараясь быть вежливым, внимательным и услужливым. Гипертоник утруждает себя из своего подспудного честолюбия, он хочет всё сделать «на все 100», он не может перепоручить свою работу другому. В профессиональной деятельности ему часто не удается добиться всего того, чего бы ему хотелось, так как он не может осуществить свои представления и ожидания. Внешне он кажется скромным, уступчивым и даже кротким, однако вежливое обхождение с окружающими держит его в постоянном напряжении. Он действует сдержанно, но не хладнокровно. Он постоянно ощущает себя обязанным что-то сделать. Ему очень важно, чего от него ожидают и что о нем говорят другие люди. Это открывает дорогу трудностям в общении, а также сексуальным нарушениям. В четвертой сфере переработки конфликтов, в сфере *фантазий*, мы можем обнаружить беспокойную форму обращения к воображению, т. е. ажитированную депрессию, когда нервозность в позитивном смысле может быть представлена как поиск — но еще не как знание о «что» и «где».

Родителей гипертоники часто характеризуют как требовательных, контролирующих и не балующих вниманием и поддержкой. Они ожидали от ребенка уступчивости и послушания при суровом и жестком воспитательном процессе. Многие будущие гипертоники, боясь из-за агрессивного поведения потерять любовь родителей, старались подавить в себе агрессивные импульсы. Отношения родителей между собой были лишены нежности. Чувства, как и конфликты, вытеснялись и скрывались. Постоянные проблемы между родителями, разлуки и развод требовали от ребенка повышенной приспособляемости (учтивости в смысле подавления агрессии). Общение с окружающими часто зависело от критерия соответствия и достижений. В отношении измерения «пра-Мы» часто приходится сталкиваться с равнодушием или даже сопротивлением религиозным темам и с амбивалентным мировоззрением.

Например, человек работает, зарабатывает деньги и экономит их, говоря: «Кто знает, что будет дальше, все равно все не имеет смысла».

Больные гипертонией отдают предпочтение родительским концепциям типа «гости стоят много хлопот и денег», «умный уступит первым», «главное — это спокойствие».

Выражения типа «быть под давлением», «у него вскипела кровь», «взвиться до потолка от ярости» характеризуют взаимосвязь между подавленной злостью или гневом и повышением давления.

Постоянно приходится сталкиваться с характерными для гипертоников концепциями, которые были внушены им еще в детстве родителями: «будь внимателен», «соберись», «готовность решает все», «сначала пропусти других» или «только если ты обходителен, мы тебя любим». В процессе социализации особенно выраженным являются актуальные способности: *учтивость* («для меня существует только тот человек, который ведет себя прилично»), *слушание* («необходимо уметь приспосабливаться и отказываться»), *трудолюбие/деятельность, справедливость и обязательность*.

Перестраивать следует прежде всего *откровенность/учтивость, терпение, время, доверие и привязанность*.

### **Актуальная способность: «терпение».**

**Определение и развитие:** способность принимать себя, других и ситуацию такими, как есть. Терпение равнозначно способности ждать, принимать собственные пути партнера, несмотря на возникшие сомнения и первоначальные ожидания, выносить частичное удовлетворение своих потребностей и уделять время другим. Развитие этой способности зависит от оценки сопутствующих актуальных способностей. Принципиально нетерпеливых людей не существует. Скорее есть люди нетерпеливые в отношении  *пунктуальности, аккуратности, бережливости, верности или трудолюбия/деятельности* и т. д.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас более терпелив, а кто быстрее выходит из себя? В каких ситуациях и по отношению к кому вы и ваш партнер становитесь нетерпеливы? Что вы ощущаете, когда ваш партнер теряет терпение? Умеете ли вы ждать? Легко ли вы теряете самообладание? Кто из ваших родителей был более терпелив? Как реагировали ваши родители, если вы вдруг проявляли нетерпение?

**Синонимы и расстройства:** стучать по столу кулаком; чаша

моего терпения переполнена; словно кипятком ошпарили; выходить из себя; держать себя в руках; мириться с чем-либо; не терять самообладания; переносить; перетерпеть; быть хладнокровным; оставаться невозмутимым.

Нетерпение; терпение из страха; непоследовательность; сверхчувствительность; завышенные ожидания; честолюбие, неумение слушать; невнимательность; высокомерие; головная боль; бессонница; тревога.

**Особенности поведения:** от нетерпения не стоит заниматься «самоедством». Можно об этом поговорить: напишите, чего вы не терпите и чем вы выводите из равновесия вашего партнера; обсудите это с партнером в специально отведенное для этого время. Когда вы расскажете партнеру о своей проблеме, дайте ему время подумать над вашими и своими концепциями. Не стоит довольствоваться утверждением, что вы — нетерпеливый человек. Подумайте, в каких ситуациях и по отношению к кому ваше терпение покидает вас. Если вы уже потеряли терпение, иногда лучше это себе простить, чем испытывать постоянное чувство вины за свое несдержанное поведение.

Стадия расширения системы целей дает каждому из партнеров возможность детально проанализировать свои отношения: какие формы партнерства я уже пережил? Какие формы партнерства мы практикуем сегодня? Чему позитивному мы уже научились в наших отношениях? С какими проблемами мы сталкивались? Как каждый из нас представляет себе продолжение наших отношений или разлуку, например, развод? Каждый из партнеров обладает теперь возможностью выразить свои пожелания. Анализ этого помогает больному осознать проблематику отделения и индивидуализации.

### Опросник к гипертонии

1. Хотите ли вы, чтобы все было сделано «на 100%»? Случалось ли вам «закрывать глаза» на мелкие неточности? Чувствуете ли вы иногда «давление на себя», бываете ли «под высоким напряжением»?
2. Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
3. Кто и когда сообщил вам о вашей болезни?

## **Сердечно-сосудистые заболевания**

- 4. Используете ли вы для снятия напряжения физическую нагрузку?**
- 5. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?**
- 6. Заставляет ли вас ваше честолюбие делать все самостоятельно? Можете ли вы перепоручить дело другому?**
- 7. Считаете ли вы себя постоянно обязанным быть «при деле»? Испытываете ли вы длительно чье-либо давление? Какие «мелочи жизни» (актуальные способности) заставляют вас «вскипать»?**
- 8. Случаются ли в ваших партнерских взаимоотношениях такие «мелочи», которые выводят вас из себя («заставляют лезть на стенку»)? Какие (аккуратность, опрятность, пунктуальность, бережливость и т. д.)? Как вы и ваш партнер преодолеваете такие ситуации?**
- 9. Стаетесь ли вы подавлять агрессивные порывы? На почве каких «микротравм» возникают эти агрессивные чувства?**
- 10. Считаете ли вы контакты с людьми утомительными, похищающими драгоценное время или требующими расходов?**
- 11. Пережили ли вы в последние 5 лет горе разлуки вследствие развода, переселения, смерти близких? Кто оказывал на вас «давление»?**
- 12. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?**
- 13. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?**

## ПСИХОСОМАТИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**С**тиль питания есть отражение эмоциональных потребностей и душевного состояния человека. В первое время нашего существования прием пищи — основная жизненная функция. Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия. Во время кормления ребенок ощущает утешение телесного неблагополучия. Кожный контакт с теплым, мягким материнским телом при питании дарит младенцу ощущение того, что он любим. Кроме этого, он губами и языком ощущает сосание материнской груди как нечто приятное. Сосанием большого пальца руки ребенок пытается позднее повторить этот приятный опыт. Таким образом, в переживании младенца остаются нераздельными чувства сытости, защищенности и любви (Любан-Плоцца и др., 2000).

Существует опасность, что у грудных детей остаются нарушения развития, если они слишком рано оказываются непонятным для них образом фruстрированы в их витальных потребностях. Если такой ребенок в конце концов получает питание, он часто глотает поспешно, не испытывая насыщения. Этот тип поведения является ответом младенца на незащищенные, нарушенные отношения с матерью. Предполагается, что таким образом закладывается основа для позднейшего развития тенденций к захвату, зависти и ревности.

Еще более решающей, чем метод кормления, является установка матери к своему ребенку. На это указывал уже З. Фрейд. Если мать не обращается с любовью к ребенку, если она при кормлении в мыслях далека от него или спешит, это может иметь следствием развитие у ребенка агрессивности по отношению к ней. Эти агрессивные побуждения ребенок часто не может ни отреагировать, ни преодолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к амбивалентной установке к матери. Взаимно противоположные движения чувств обусловливают различные вегетативные реакции. С одной стороны, организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно от-

вергает мать, это ведет к обратной нервной реакции, к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития.

Таким образом, прием пищи находится не только в тесной связи с потребностью в любовной заботе, он является также коммуникативным процессом. Это находит свое выражение уже в том, что прием пищи предполагает регулярную работу других людей. Большинство людей предпочитает есть в обществе. Психотерапевт должен учитывать это, когда он требует от больного пожертвовать определенной частью своих гастрономических привычек: они относятся, как составная часть его жизни, к его радостям, быть может, к немногим радостям. Тот, кто должен ограничивать себя в еде или придерживаться определенной диеты, часто чувствует себя неполноценным человеком, отлученным от пиршественного стола полной жизни. Поэтому необходимо постоянно разъяснять больным, почему мы должны требовать от него подобной жертвы. Лучше всего вызвать у больного воодушевление к достижению этой цели. Советы должны быть точными и ясными. Лучше всего давать указания в письменном виде и не в стандартной форме, а с фамилией пациента и составленными специально для него замечаниями.

В остальном рекомендуется всегда расспрашивать больных, приходящих на прием с жалобами на нарушения питания или заболевания желудочно-кишечного тракта, об их пищевых привычках. Они могут дать ценную информацию о том, почему в животе ощущается тяжесть, пропал аппетит или мучит жгучий голод.

Клиническое нарушение восприятия своего тела сопровождается явно выраженной депрессивной симптоматикой или социальной фобией. На фоне клинического нарушения восприятия своего тела развиваются тяжелые психосоматические нарушения питания, такие как булимия и нервная анорексия.

Удовлетворенность своим телом зависит прежде всего от стабильного чувства уверенности в себе. Кто хорошо ощущает свое тело, настроен оптимистически, уверен в себе, тот не станет легкой добычей рекламы и того стандартного образа, который диктуется установившимися в обществе нормами и предписаниями. Такие люди знают, что их внутреннее самочувствие зависит не только от того, как они выглядят внешне (Cash, 1997).

## 3.1. ОЖИРЕНИЕ

### *Картина личности*

Ожирение может быть вызвано родителями, когда они систематически на любое внешнее выражение ребенком потребности отвечают предложением пищи и ставят свое проявление любви к ребенку в зависимость от того, ест ли он. Эти структуры отношений ведут к недостатку силы Я, в результате чего фрустрации не могут переноситься и прорабатываться и должны лишь стираться за счет «подкрепления» (Bruch, 1957). У больных с ожирением часто наблюдается очень тесная привязанность к матери, доминирование матери в семье, в которой отец играет лишь подчиненную роль (Petzold, Reindell, 1980). Мать своей чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие и готовность к социальному контакту и фиксирует ребенка в пассивно-рецептивной позиции (Brautigam, 1976).

Психодинамически повышенное поступление калорий объясняется как защита от негативных, в особенности от депрессивно окрашенных эмоций и страха.

Какой-то единый тип больных описать не удается. У больных проявляются черты внутренней задерганности, апатично-мрачного отчаяния и признаки бегства в одиночество. Процесс еды сдвигает — хотя и временно — негативные эмоции в свободную от депрессии фазу.

Больные чувствуют себя несовершенными, ранимыми, несостоятельными. Гиперфагия, снижение активности и, как результат этого, избыточный вес дают известную защиту от глубокого чувства недостаточности: став массивным и внушительным, человек с ожирением кажется себе более сильным и защищенным. В отдельных случаях имеется отчетливая временная связь появления и усиления тяги к еде с какой-то фрустрацией.

За счет регressiveного приравнивания значений любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой за отсутствие любви к себе.

Клинико-катамнестический метод позволил выявить значительную частоту стрессов в личных и семейных отношениях, т. е. сфера межличностного взаимодействия представляется наиболее проблемной для больных с ожирением. Они обнару-

живают повышенную сенситивность в отношении межличностных конфликтов.

У больных с ожирением обнаружено заметное повышение устойчивой личностной тревожности, которая рассматривается как базальное психическое свойство, предрасполагающее к повышенной сенситивности к стрессовым воздействиям. Ситуативная (реактивная) тревога достигает по степени выраженности невротического уровня.

Отличительной особенностью психологической защиты у таких больных является преобладание механизма психологической защиты по типу реактивных образований (гиперкомпенсации). Содержательная характеристика этого варианта психологической защиты предполагает, что личность предотвращает осознание неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств, поступков путем преувеличного развития противоположных стремлений. Происходит как бы трансформация внутренних импульсов в их субъективно понимаемую противоположность. Для больных также типичны незрелые протективные механизмы психологической защиты, один из которых сопряжен с агрессией, перенесением на окружающих собственных негативных представлений (проекция), а другой — с переходом к инфантильным формам реагирования, ограничению возможностей альтернативного поведения (рессия).

Следует исходить из того, что факторы, которые приводят к ожирению у одного человека, не обязательно действуют на другого. В психологическом отношении также обнаруживаются разные конstellации. Чаще других называют следующие причины ожирения:

- Фruстрация при утрате объекта любви. Например, к ожирению могут приводить, чаще у женщин, смерть супруга, разлука сексуальным партнером или даже уход из родительского дома («пансионное ожирение»). Общепризнанным является тот факт, что утрата близкого человека может сопровождаться подавленностью и одновременно повышением аппетита («закусить горькую пиллюю»). Дети часто реагируют повышенным аппетитом при рождении младшего ребенка в семье.
- Общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к импульсивной еде.

Ситуации, требующие усиленной деятельности и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленной еде или курению.

Во всех этих «выявляющих ситуациях» еда имеет значение замещающего удовлетворения. Она служит для укрепления связей, безопасности, ослабляет боль, чувство утраты, разочарования, как у ребенка, который с детства запомнил, что при боли, болезни или потерях ему давали сладости для утешения. Многие страдающие ожирением в детстве имели подобный опыт, который привел их к неосознанным формам психосоматических реакций.

Для большинства больных ожирением имеет значение то, что они всегда были толстыми, уже в младенчестве и раннем детстве были склонны к полноте. При этом любопытно, что во фruстрирующих и жестких жизненных ситуациях кормление и излишняя еда могут стать регулирующим напряжение фактором как для родителей, так и для их подрастающих детей. Ожирение и еда как замещение удовлетворения являются, таким образом, проблемой не одного человека, а всей семьи.

Эти ситуационные условия необходимо связывать с особенностями личности пациента и с ее переработкой.

В психодинамической интерпретации можно отдать предпочтение концепции регресса с фиксацией на оральном удовлетворении. Еда является замещением отсутствующей материнской заботы, защитой от депрессии. Для ребенка еда — это больше, чем просто питание, это самоутверждение, снятие напряжения, материнская поддержка. У многих больных с ожирением наблюдаются сильная зависимость от матери и боязнь разлуки с ней. Поскольку 80% родителей больных ожирением также имеют избыточную массу тела, то можно думать о факторе предрасположенности, а также об особенно интенсивных связях в семье и о соблюдении традиций, о стиле отношений, когда отвергаются прямые проявления любви, а их место занимают оральные привычки и связи. Приемные дети меньше склонны к ожирению при ожирении родителей, чем родные (Meyer, 1967).

Описаны определенные формы раннего детского развития и семейной среды у детей со склонностью к ожирению. Матери таких детей проявляют гиперопеку и сверхпривязан-

ность. Родители, которые все разрешают и ничего не запрещают, не могут сказать «нет», компенсируют этим свои угрызения совести и чувство, что они мало дают своим детям. Отцы в таких семьях слабы и беспомощны (Bruch, 1973). Оральная избалованность часто мотивируется избавлением родителей от чувства вины за свое эмоциональное отчуждение, за равнодушие и внутреннее неприятие ими ребенка. Кормление детей — это единственное возможное средство выражения расположения к ним, которое родители не в состоянии проявить разговором, прикосновением, игрой с ними. Оральный отказ является результатом разных форм поведения как сверхзаботливой, так и равнодушной матери.

### ***Психотерапия***

Курсы похудания, как правило, оказываются неэффективными, если не удается побудить больного к смене инстинктивно-эмоционального поведения, при котором гиперфагия и избыточный вес перестали бы для него быть необходимыми. Успехи терапии на практике столь низки потому, что игнорируется баланс наслаждения больного, для которого в целом более приемлемым и переносимым является сохранять свой избыточный вес, чем разбираться со своими проблемами. В ходе диетического лечения свыше 50% больных демонстрируют такие симптомы, как нервозность, раздражительность, повышенную утомляемость, широкий круг депрессивных проявлений, которые могут также проявляться в виде диффузного страха.

Причинами частого неуспеха психотерапевтического лечения ожирения могут быть:

- Исключительно симптоматически ориентированный подход с разъяснением органических и функциональных нарушений не только неадекватен проблеме больного с ожирением, но также нередко имеет следствием то, что он в конце концов чувствует себя не столько больным, сколько неразумным и эмоционально отвергаемым.
- Отсутствие тщательного анализа поведения, его условий и мотиваций при лечении поведенческого нарушения.
- Трудности при преодолении социологических факто-

ров, например, семейных или национальных привычек к употреблению высококалорийной пищи.

- Пациенты гораздо чаще не выполняют назначения психотерапевта, чем можно подумать. Именно это поведение больных раздражает терапевта, в особенности потому, что он предполагает, что больной, который не следуя предписаниям, не готов к сотрудничеству. Во многих работах, однако, показано, что больной часто не в состоянии понять или запомнить указания терапевта, поскольку они слишком сложны, но не осмеливается просить разъяснения или повторения.

Как можно мотивировать больного к сотрудничеству и к соблюдению терапевтических предписаний? Важнее всего активное участие больного в терапии. Для этого психотерапевт должен сначала найти мостик контакта с больным. Чем лучше он сможет понять больного, тем легче ему это удастся. Он должен определить, как глубоко личностно затронут больной потерей, ставшей для него привычной, найти возможности совладания с конфликтом и получения удовольствия другими способами.

Затем должен быть создан план индивидуального лечения с учетом личных и производственных обстоятельств. Пациенту должна быть дана возможность тренировки и контроля не-привычного для него пищевого поведения.

### *Поведенческая терапия*

Большинство авторов свидетельствуют об эффективности поведенческой психотерапии, направленной на изменение неадекватных поведенческих стереотипов (Basler, Schwoon, 1977; Brownell, 1983; Stunkard, 1980).

Принцип похудения чрезвычайно прост — ограничить потребление калорий, по современным диетологическим представлениям, в первую очередь — жиров (Гинзбург и др., 1997). Самое трудное — воплотить этот принцип на практике. Программа поведенческой психотерапии, предлагаемая Uexküll (1990), включает пять элементов:

1. **Письменное описание поведения во время еды.** Пациенты должны подробно записывать, что они ели, сколько, в какое время, где и с кем это происходило, как они при этом себя чувствовали, о чем говорили. Первая реакция пациентов на эту утомительную и отнимающую много времени процеду-

ру — ропот и недовольство. Однако обычно спустя две недели они отмечают значительный положительный эффект от ведения подобного дневника. Например, один коммерсант, проводящий много времени в дороге, впервые начал анализировать, что он злоупотребляет едой в основном только в автомобиле, где у него заготовлены большие запасы сладостей, орешков, картофельных хлопьев и пр. Осознав это, он убрал из автомобиля съестное и смог после этого значительно похудеть.

**2. Контроль стимулов, предшествующих акту еды.** Он предполагает выявление и устранение провоцирующих еду стимулов: легкодоступных запасов высококалорийной еды, сладостей. Количество таких продуктов в доме необходимо ограничивать, а доступ к ним делать трудным. На случай, когда невозможно противостоять желанию что-то съесть, под рукой должны быть низкокалорийные продукты, такие, как сельдерей или сырая морковь. Стимулом к еде может быть также определенное место или время суток. Например, многие люди едят, сидя перед телевизором. Как и в экспериментах Павлова по выработке условного рефлекса у собак, включение телевизора служит своеобразным условным стимулом, ассоциирующимся с едой. Чтобы сократить и контролировать излишние условные стимулы, пациенту советуют есть только в одном месте, даже если речь идет всего лишь об одном кусочке или глотке. Чаще всего таким местом служит кухня. Целесообразно создать также новые стимулы и усилить их исключительное воздействие. Например, пациенту можно посоветовать использовать для еды отдельную изысканную посуду, серебряные столовые приборы, салфетки бросающегося в глаза цвета. Пациентов просят использовать эту посуду даже для самых незначительных приемов пищи и перекусов. Некоторые пациенты даже берут свои столовые приборы с собой, если они едят вне дома.

**3. Замедление процесса еды.** Пациентов учат навыку самостоятельно контролировать прием пищи. Для этого их просят считать во время еды каждый глоток и кусок. После каждого третьего куска нужно откладывать столовый прибор, пока этот кусочек не будет пережеван и проглочен. Постепенно паузы удлиняются, достигая сначала минуты, а затем и дольше. Лучше начинать удлинять паузы в конце еды, так как тогда они переносятся легче. Со временем паузы становятся длиннее, чаще и начинаются раньше. Пациенты учатся также отказываться во время еды от всех одновременных занятий,

таких, как чтение газеты или просмотр телепередачи. Все внимание должно быть сосредоточено на процессе еды и на получении удовольствия от пищи. Необходимо создать вокруг уютную, приятную, спокойную и расслабленную атмосферу, и, конечно же, избегать разговоров за столом.

**4. Усиление сопутствующей активности.** Пациентам предлагается система формальных поощрений за изменение своего поведения и похудение. Пациенты получают очки за каждое достижение в изменении и контроле своего поведения: ведение дневника, подсчет глотков и кусков, паузы во время еды, прием пищи только в одном месте и из определенной посуды и т. д. Дополнительные очки можно заработать, если, несмотря на большое искушение, им удалось найти альтернативу еде. Тогда все предшествующие очки могут, например, удвоиться. Накопленные очки суммируются и превращаются при помощи членов семьи в материальную ценность. Для детей это может быть поход в кино, для женщин — освобождение от домашней работы. Очки можно переводить также в деньги.

**5. Когнитивная терапия.** Пациентам предлагается спорить с собой. Терапевт помогает при этом подыскать подходящие контраргументы в монологе пациента. Например, если речь идет о похудении, то в ответ на утверждение: «Нужно так много времени, чтобы похудеть», контраргумент мог бы звучать так: «Но я все же худею, а теперь я учусь сохранять достигнутый вес». Относительно способности к похудению сомнение может быть таким: «У меня никогда ничего не получалось. Почему должно получиться сейчас?» Контраргумент: «Все имеет свое начало, а сейчас мне поможет эффективная программа». Если речь заходит о целях работы, то в ответ на возражение: «Я не могу прекратить украдкой хватать кусочки еды», контраргумент может быть таким: «А это и нереально. Я просто буду стараться делать это пореже». По поводу возникающих мыслей о еде: «Я постоянно замечаю, что думаю о сказочном вкусе шоколада», можно предложить такой контраргумент: «Стоп! Такие мысли только фрустрируют меня. Лучше подумать о том, как я загораю на пляже» (или о любой другой деятельности, которая особенно приятна пациенту). Если возникают отговорки: «В моей семье все полные. У меня это наследственное», контраргумент мог бы быть: «Это осложняет похудение, но не делает его невозможным. Если я выдержу, то добьюсь успеха».

## *Суггестивная психотерапия*

Закрепляет установку на правильное пищевое поведение и наиболее эффективна у пациентов с психологической защищенной по типу регрессии, истероидными личностными особенностями.

На всех этапах лечения используются элементы нейролингвистического программирования как современного направления поведенческой психотерапии необихевиористской ориентации. НЛП способствует «подстройке» к пациенту и повышению эффективности взаимодействия с ним на основе клинически выявляемых психических характеристик.

Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии и семейной психотерапии.

## *Позитивная психотерапия*

**Ожирение** — способность здесь и теперь доставить себе что-то приятное

**Расстройства и физиология.** При быстром похудании никогда не исчезает жировой слой, снижение веса при этом происходит главным образом благодаря эффекту обезвоживания. Склонность к ожирению часто бывает наследственной, но ее проявление можно регулировать. Симптомом серьезного органического заболевания ожирение является менее чем в 5% случаев (болезнь Кушинга, гиперинсулинизм, аденома гипофиза и др.), но и здесь степень ожирения поддается контролю. Именно при ожирении, которое больные с удовольствием представляют как следствие органических нарушений («железы не работают»), психические и психосоциальные факторы играют решающую роль. В дополнение к назначению контролируемой диеты или курса голодаания следует спросить, что заставляет человека есть больше, чем это необходимо. Наряду с опытом из раннего детства, что еда является чем-то большим, чем просто поступление питательных веществ (например, внимание матери, «усыпление» потребностей, уменьшение чувства неудовольствия), это еще и те концепции, которые мы перенимаем в процессе воспитания: «ты должен хорошо

есть, чтобы стать большим и сильным», «пусть лучше лопнет плохой живот, чем пропадет хорошая еда» (*бережливость*). Они отражают наше отношение к еде и наше пищевое поведение. Принцип «человек есть то, что он ест» наделяет процесс принятия пищи особым значением. Общение, внимание, защищенность и надежность достаются по принципу «путь к сердцу мужчины лежит через желудок». В рамках пятиступенчатой позитивной психотерапии при помощи позитивного подхода и содержательного анализа (осознание пищевых концепций) закладываются основы полного смысла терапии. Ожирение понимается как положительное отношение к Я, как актуализация ощущений, прежде всего вкуса, эстетики блюд, как щедрость и широта натуры в отношении питания, как приверженность устоявшимся традициям в питании («хорошего человека должно быть много»).

### Опросник к ожирению

1. Есть ли у вас впечатление, что вы часто «едите себя за что-то» или «путь к сердцу ведет через желудок»? Собираете ли вы «забот полный рот» или считаете, что «все полезно, что в рот полезло»? Приходят ли вам на память другие пословицы и крылатые фразы по поводу вашего заболевания?
2. Что значит для вас то, что каждый человек обладает своим собственным равновесием, к которому он возвращается, несмотря на любые диеты? Что диета может стать даже причиной последующей избыточной полноты, так как при отказе от нее жировые клетки не только заполняются, но еще и размножаются? Что проблемы с массой тела нельзя решить только диетами, не заботясь одновременно о других причинах?
3. Регулярно ли вы принимаете предписанные вам лекарства? Знаете ли вы, как действуют эти лекарства, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
4. Есть ли у вас профессиональные проблемы, которые вы компенсируете едой? Каких актуальных способностей они касаются?
5. Что должен был бы делать партнер, чтобы вы похудели?
6. Скрепляет ли «еда душу и тело» для вас или вашего партнера?
7. Возникает ли во время еды «стихание» потребностей и

«отодвигание» чувства неудовольствия, как это бывает у маленьких детей?

8. Едите ли вы на людях так же, как и другие, так как вам стыдно просить добавки или того, что вы больше любите (учтивость)?
9. Что бы вы стали делать, если бы у нас разразился голод?
10. Надеетесь ли вы, что проблема голода в мире в обозримом будущем будет решена? Что вы можете сделать для этого?
11. Можете ли вы при помощи части тех денег, что тратите на еду, удовлетворить другие свои потребности или потребности других людей (например, образование, устройство жилья, досуг, путешествия, прием гостей, пожертвования)?

## 3.2. НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

### *Картина личности*

Термином «анорексия» определяется возникающее в пубертатном периоде (почти исключительно у девочек) болезненное состояние, связанное с желанием похудеть, стать изящной и оставаться такой.

Исследования картины личности при анорексии приведены во многих работах (Probst, 1997; Bulik et al. 1999; Strober, 1991; Casper, 1990; Heinberg, 1997; Wichstrom, 1995; Jager et al., 1991; Leon et al., 1995; Nagel, Jones, 1992).

При хроническом течении имеется локальный страх, который можно назвать фобическим, перед нормальной едой, увеличением массы тела и достижением средних показателей, необходимых для сохранения здоровья. Первичных соматических или гормональных нарушений обычно не обнаруживается. В основе этого нарушения лежит подростковый конфликт развития без осознания последнего и без реалистической установки в отношении собственного соматического состояния.

По личностной структуре и внутреннему созреванию женщины с анорексией оказываются не готовыми к своей зрелости. Больше, чем другие девушки, они переживают физическое созревание, прежде всего менструации и рост молочных желез, как свою подготовку к исполнению женской роли, считая ее чуждой и чрезмерной для себя. Нередко это приводит к амбивалентности в отношении своего полового созревания у женщин (реже у мужчин), проявляющейся в характер-

ном для пубертатного периода стремлении вести аскетический образ жизни, причем молодые люди внутренне и внешне дистанцируются от половых ролей и от эндогенно возникающих потребностей и интенсивно ищут другие занятия.

Личностная предрасположенность манифестирует при анорексии особой дифференцированностью в интеллектуальной сфере и ранимостью — в эмоциональной. Примечательны также прослеживаемые в анамнезе сенситивность и недостаточная контактность, хотя девочки ничем не привлекают к себе внимания. На языке теории неврозов, у больных анорексией женщин чаще наблюдаются черты шизоидной личности. Во многих случаях еще до начала болезни обнаруживаются аутистические установки и социальная изоляция. В процессе развития болезни преобладают все более тяжело воспринимаемые, сходные с бредом шизоидные аутистические признаки.

Больные часто являются единственными дочерьми, имеют братьев и сообщают о чувстве неполноценности относительно их (Jores, 1976). Часто они производят впечатление внешне социально компенсированных, добросовестных и послушных вплоть до полной подчиняемости. При этом они, как правило, обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Их интересы духовны, идеалы аскетичны, трудоспособность и активность в деятельности высоки.

Провоцирующей ситуацией для нарушенного пищевого поведения нередко является первый эротический опыт, который больные не могут переработать и переживают в качестве угрожающего; сообщается также о сильном соперничестве с сибсами и страхах расставания, которые могут активироваться вследствие смерти бабушек/дедушек, разводов или ухода сибсов из родительского гнезда.

Психодинамический процесс существенно определяется амбивалентным конфликтом близости/дистанции с матерью, к чьей близости они стремятся, одновременно опасаясь ее (Zioiko, 1985). С одной стороны, пациенты направляют против себя самоуничтожающую агрессию, которой они наказывают себя за импульсы расстаться с матерью, воспринимаемые как «предательство». С другой стороны, отказ от пищи является попыткой достижения любовной заботы или, если это не удается, средством по меньшей мере разозлить других членов семьи, в т. ч. мать, и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль. И на самом деле, во многих семьях

подобных больных пищевое поведение пациентов является всепоглощающей темой, вызывающей преимущественно негативные реакции. В лечении больные пытаются перенести на клинический персонал эту схему отношений.

Сходная двузначность выступает, когда в отказе от пищи видят оральный протест. Он направлен в первую очередь на в действительности отдаленную, но в то же время не предоставляемую ребенку свободу мать. Соответственно амбивалентна и цель протеста: с одной стороны, он служит тому, чтобы поднудить к любовной заботе, с другой — пища отвергается на основании стремления к автаркии. Именно последовательно проводимое стремление к автаркии приводит, как это ни парадоксально, к самоуничтожению.

При нервной анорексии оральная агрессивность не только подавляется. Речь идет скорее об отрицании всех оральных потребностей, и Я пытается утвердиться и поднять свою ценность путем отвергания всех оральных побуждений.

При нервной анорексии представление «я должна похудеть» становится неотъемлемым компонентом личности. Эта особенность обнаруживается, однако, лишь при симптомах, вызванных психотическими процессами. При тяжелых формах нервной анорексии Я не борется с подавляющими его представлениями. Это объясняет отсутствие сознания болезни и отклонение всякой помощи.

Можно говорить о моносимптоматическом психозе, который ограничивается totally доминирующим представлением о том, что собственное тело должно быть уничтожено путем отвергания всех оральных устремлений (Selvini-Palazzoli et al., 1977; Selvini-Palazzoli, 1975). Нервную анорексию называют хронической формой самоубийства (Clauser, 1967).

Психодинамически отказ от пищи можно понимать также как защиту от всего инстинктивно-телесного, при этом манифестная защита сдвинута на оральный уровень. Навязчивое похудание часто интерпретируется как бегство от женственности, и в действительности отказ от пищи воспринимается как телесный успех, когда он оказывается препятствием развитию женских форм. Отказ от пищи служит также защитой от страхов беременности, что выражается в том, что многие пациентки обосновывают свое пищевое поведение тем, что «ни в коем случае не хотят иметь толстый живот».

Нервная анорексия является, однако, не только борьбой

против созревания женской сексуальности. Это также попытка защиты от взросления в целом на основе чувства бессиля перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых.

В дополнение к индивидуальной психодинамике большое значение для диагностики и терапии имеет поле отношений в семьях больных. Семейные отношения часто определяются атмосферой перфекционизма, тщеславия и ориентировки на социальный успех. Для них характерен семейный идеал само-пожертвования с соответственным соревнованием членов семьи (Wirsching, Stieglitz, 1982).

Процесс взаимодействия резко определяется контролирующими, гармонирующими и гиперопекающими импульсами. Эмоциональные конфликты отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. Атмосфера в семье представляется вследствие этого постоянно напряженной, однако вовне демонстрируется закрытая картина согласия и гармонии.

Для семей с больными анорексией описаны такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, ригидность и вовлеченность детей в родительские конфликты. Симптоматика анорексии понимается как борьба за власть дочерей с их родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело представляет для больной последнюю сферу, в которой она может ограничиться от требований родителей и удержать сколько-то автономии (Minuchin 1977; Minuchin et al., 1983). В такой семье каждый стремится навязать другому собственное определение отношений, другой же в свою очередь отвергает навязываемое себе отношение. Никто в семье не готов открыто перенять руководство и принимать решения от собственного имени. Открытые союзы между двумя членами семьи немыслимы. Перекрывающие поколения коалиции отрицаются на вербальном уровне, даже если их можно установить на невербальном. За фасадом супружеского согласия и гармонии находится глубокое обоюдное разочарование, которое, однако, никогда не признается открыто (Selvini-Palazzoli et al., 1977).

В целом в семьях заметно часто доминирует женский авторитет, будь это мать или бабушка. Отцы находятся по большей части вне эмоционального поля, так как скрыто или явно подавляются материами. Это снижает их ценность, восприни-

маемую семьей, на что они реагируют дальнейшим уходом, что дает материам простор для дальнейшего развертывания их доминирующих позиций.

Женщины с истерическими и депрессивными чертами личности имеют относительно лучший прогноз, чем больные с выражение шизоидной структурой личности. Готовность в процессе лечения к установлению психотерапевтических отношений и способность анализировать прошлые и возможные предстоящие конфликты относятся к благоприятным прогностическим критериям.

Пациентки обычно предпринимают энергичные попытки привлечь к себе внимание врача и персонала своей детской беспомощностью и в то же время утонченностью и рассудительностью. Но все попытки добиться действительного влияния на них, внедриться в их личность, установить общность вначале ими отвергаются. Они рассматривают лечение, особенно стационарное, которое вскрывает их ухищрения в связи с пищевым ритуалом, как что-то совершенно ненужное, поскольку не считают себя больными. Если поступление в стационар неизбежно, они стремятся сами определять ход лечения, добиваются определенных привилегий, прежде всего стараются отдалить момент искусственного кормления с помощью желудочного зонда.

Так же, как и установить взаимоотношения с больным, трудно найти общий язык с его родителями, которым сложно согласиться с признанием их сына или дочери больными. Для врача и медицинских сестер возникает опасность стать «козлами отпущения» для членов семьи пациента. Когда в семейно-терапевтической беседе участвует несколько терапевтов, это увеличивает шансы разделения ответственности в глазах отдельных членов семьи; становится легче понять, почему каждый на основании своего опыта и условий развития становится таким, каков он есть.

## Психотерапия

Для лечения анорексии различными авторами предлагалось множество терапевтических мер (Garner, Garfinkel, 1997; Jasper, Maddocks, 1992; Vandereycken et al., 1987; Cash, 1997; Srinivasagam et al., 1995). Уже это, а также и частые противоречия между отдельными рекомендациями позволяют убедиться

в неуверенности в успехе и в недостатке специфических методов. Обычно рекомендуется лечение в специальных центрах с хорошо взаимодействующим персоналом и комбинацией различных терапевтических мероприятий (Kohle, Simons, 1979).

Наиболее выраженный эффект дает семейная терапия. Обоснованная оценка семейной терапии дана в работе (Weber, Stierlin, 1989).

Специалисты по поведенческой терапии перешли от оперантного обусловливания к интегрированному воздействию. Метод включает на первом этапе применение поведенческой и обучающей техники, а на втором — лечение, направленное на психосоциальные проблемы (Basler, 1979). Первый контакт затрудняет холодная, пассивная и часто недоверчивая позиция больных. Уже Фрейд считал недопустимым амбулаторное лечение, т. к. «эти близкие к смерти больные имеют способность так овладевать аналитиком, что ему становится невозможным преодолеть фазу сопротивления». Терапия проходит трудно, в т. ч. из-за отсутствия сознания болезни у пациентов. Происходит «обмен ударами» с врачом, который пациент легко может выиграть достижением минимального веса (Ziolko, 1971). В стационаре следует обращать больше внимания и усилий не на самого больного, а на трудности в его отношениях с другими больными, персоналом и другими врачами. Эти трудности усиливаются с течением времени, а именно по мере того, как все более выступающее противоборство противоположных импульсов производит впечатление капризности и зловредности (Kuttemeyer, 1956).

В начале лечения по концепции поведенческой терапии находится фаза компенсаторного питания. Если не удается изменить пищевое поведение дальнейшим использованием поведенческих методов, следует использовать питание зондом по жизненным показаниям. Терапия основана на принципе оперантного кондиционирования пищевого поведения. Больные изолируются, ситуация питания обогащается присутствием терапевта. В то время как в начале лечения больной награждается за каждую прибавку веса, на последующей стадии вознаграждение дается за удержание рекомендованного веса (Schaefer, Schwarz, 1974).

Наряду с поведенческими концепциями применяются телесно-ориентированные методы лечения, которые позволяют провести коррекцию искаженных представлений о внешности, оптимальном весе, режиме питания и физической активности.

Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, танцевальной терапии.

### 3.3. БУЛИМИЯ

#### *Картина личности*

Булимия (бычий голод) обозначается как навязчивая еда/рвота или еда/дефекация (Drewnowski et al., 1994).

Как и нервная анорексия, булимия проявляется преимущественно у женщин. Ведущая симптоматика заболевания состоит в:

- частом появлении очерченных во времени приступов переедания;
- активном контроле веса путем частых рвот или использования слабительных.

Больные булимией внешне благополучны: у них идеальная фигура, они успешны и активны. Превосходный фасад скрывает, однако, крайне низкую самооценку. Они постоянно спрашивают себя, что от них ожидают окружающие, правильно ли они ведут себя. Они стремятся к большему успеху и часто путают любовь, которой они добиваются, с признанием (Genlinghoff, Backmund, 1989).

Структура личности пациенток с булимией так же неоднозначна, как и при анорексии. В целом булимию можно объяснить социальными противоречиями, в которых вырастают современные западные женщины. Исследуя исторические условия появления булимии, Habermas (1990) характеризует ее как «этническое расстройство» и в дифференциированном исследовании прослеживает корни этого заболевания. Он описывает типичный и нормативный конфликт среднего и позднего подросткового возраста, который имеет общие черты у всех женщин с булимией. Это, во-первых, уход из родительской семьи и задача развития своей самостоятельности; во-вторых, проблема развития в связи с неприятием своего сексуально созревшего тела и конфликт в связи с сексуальной идентификацией.

По первому впечатлению больные часто представляются сильными, независимыми, целеустремленными, честолюбивыми и выдержаными. Это, однако, значительно отличается от их самооценки, отмеченной чувством внутренней пустоты,

бессмыслинности и пессимистически депрессивного фона как следствия шаблонов мышления и поведения, ведущих в чувство беспомощности, стыда, вины и неэффективности (Habermas, Muler, 1986). Восприятие себя и «Я-идеал» резко расходятся, больные вкладывают это расщепление во внешне хорошую и плохо скрываемую картину.

Часто они происходят из семей, в которых коммуникация импульсивна и имеется значительный потенциал насилия. Структура отношений в семьях отмечена высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между собой, высоким уровнем жизненного стресса и малоуспешным проблемно-решающим поведением при высоком уровне ожиданий социального успеха.

В этой ситуации больные рано принимают ответственные задания и родительские функции. Собственные опасения не справиться и оказаться во власти произвола и ненадежности родителей контролируются и компенсируются заботливым поведением; слабые и зависимые аспекты собственной личности сдерживаются и, в конце концов, отреагируют в приступах переедания и избавления от еды.

Эмоциональная нестабильность, импульсивность со страхом потери контроля, низкая фruстрационная толерантность и высокий потенциал внутренней потребности в злоупотреблении определяют психодинамику нарушения. Больной часто не удается дифференцированно воспринять свое внутреннее состояние и осознать его, что приводит к диффузному чувству внутренней угрозы, полностью овладевающей больным.

Поскольку формулирование конфликта невозможно, происходит его сдвиг в оральную сферу. Питание меняет свое значение. Голод искаженно интерпретируется как угроза в результате потери контроля, контроль над телесными функциями чрезмерно обобщенно приравнивается к способности справиться с проблемами. Сам по себе приступ переедания имеет функцию снижения напряжения, интеграции, утешающего самоудовлетворения, которое, однако, действует кратковременно. Это воспринимается больным как потеря контроля, подвергающая радикальному сомнению ее автономию и способность справиться с жизнью. Рвота вызывается, чтобы поддерживать постоянство веса тела, что для больной является мерой и индикатором того, что самоконтроль и самоопределение вновь возвращены. Чувства стыда и вины в связи с этим часто являются причиной социального и эмоционального

ретресса, а также расщепления на внешне подаваемую благополучную и скрываемую плохую самооценку. Расхождение между восприятием и подачей себя может вызвать чувство внутренней пустоты и напряжения, которое активируется в нагрузочных пусковых ситуациях и вновь запускает реле болезни.

Булимики обычно:

- перфекционисты (стремятся все делать на «отлично»);
- склонны к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;
- импульсивны, хаотичны, готовы рисковать;
- имеют низкую и неустойчивую самооценку;
- не удовлетворены собственным телом;
- ставят себе нереалистичные цели;
- впадают в отчаяние, когда не удается этих целей достичь;
- строят личные отношения также по «булинической» схеме: пылкое увлечение — резкий разрыв;
- имеют неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи (еда как наказание, насилие кормление, скандалы и т. п.).

## ***Психотерапия***

Как и при психосоматических заболеваниях вообще, для выбора адекватного лечения в каждом отдельном случае булимии следует принимать во внимание особенности больного — возраст, мотивацию, хронизацию, способность к адекватной самооценке, физическое и психическое состояние, тяжесть расстройства личности, злоупотребление алкоголем, опасность суицидов и т. д.

Представители разных школ сообщают об эффективности практически любого лечения — от классического психоанализа до семейной терапии, от поведенческой терапии до индийской медитации, от феминистических групп до стационарной или пролонгированной амбулаторной терапии.

Сравнительные данные о показаниях и прогнозах при различных методах лечения можно представить следующим образом (Lacey, 1985; Fairburn et al., 1991; Fairburn et al., 1992; Ricca et al., 2000)

Амбулаторное лечение, при котором пациент остается в своих обычных условиях, адекватно для большинства больных женщин и часто бывает достаточным. Стационарное ле-

чение для страдающих булимией показано только в тех случаях, когда в картине болезни на первый план выступают выраженные аномальные черты личности, суицидальные тенденции, злоупотребление алкоголем и т. п.

При пищевом поведении, причиняющем ущерб организму, нельзя игнорировать симптомы и ограничиваться раскрытием неосознанных таящихся в раннем детстве повреждений. Как и при других нарушениях питания и формах наркомании, противопоказана непрямая раскрывающая психотерапия. Методом выбора являются системоцентрированные конфронтирующие и структурированные вмешательства и активное ведение лечения, направленное на преодоление симптомов, прежде всего в ограниченных во времени формах. Успех лечения стабилизируется последующими защищающими, сопровождающими и при необходимости... раскрывающими формами лечения.

Контролируемые методы когнитивно-поведенческого лечения с последующим катамнестическим исследованием дали положительные результаты, которые не были достигнуты при применении других методов (Fairburn, 1985; Fairburn et al., 1986; Fairburn et al., 1993; Spangler, 1999; Wilson 1999; Ricca et al., 2000).

При любых формах психотерапии должны быть включены следующие этапы.

1. В одной или нескольких диагностических беседах с пациенткой выясняются ее нынешнее пищевое поведение и общая жизненная ситуация, большей частью хаотическое и скрываемое от других и от самой себя пищевое поведение во всех его деталях — число приемов пищи, ее количество, приготовление к еде, ситуации, в которых возникало такое поведение, и прежде всего предшествующее этому настроение, а затем эмоциональный фон в нынешней жизненной ситуации с ее трудностями и конфликтами и внешними и внутренними обстоятельствами.
2. Пациентке предлагается новый режим приема пищи в форме письменной программы с четкой регуляцией частоты и времени приема, количества и вида пищи. Для этого в тетради, которую пациентка ведет ежедневно, отмечаются все детали питания.
3. На специально выделенной странице тетради описываются важнейшие события дня, настроение и прежде всего

ситуации, в которых возникают рецидивы булимии, с их зависимостью и связью с эмоциональным состоянием.

4. Развитие общей жизненной и конфликтной ситуации, а также симптоматика рецидивов булимии обсуждаются один раз в неделю в индивидуальной получасовой беседе с психотерапевтом (женщиной или мужчиной). План питания и жизни на следующую неделю составляется с учетом физиологической потребности. Пациентка взвешивается в присутствии своего психотерапевта, который, таким образом, «документирует» ответственность за ее массу тела и состояние здоровья.
5. Далее присоединяются групповые беседы с пациентками с булимией.

Этот этап лечения длится более 10 недель; беседы проводят после обеда или вечером в поликлинике индивидуально или в группах или комбинируя эти методики. Тактика лечения такова, что после 10-недельной интенсивной программы необходимо проводить индивидуальные беседы с пациентками вначале с малыми, а затем со все большими интервалами времени (через несколько недель, затем — месяцев), но всегда в твердо установленные сроки. Для пациенток то обстоятельство, что кто-то интересуется ими постоянно и разделит с ними ответственность, если они сообщат о последующих рецидивах, служит большой поддержкой. Как показывают многочисленные наблюдения, булимические приступы могут возникать и при последующих кризисных ситуациях.

**Семейная терапия**, как и при нервной анорексии, дает положительные результаты.

**Терапия испытанием.** Булимика помещают в условия соблазна или шока: отправляют в ресторан или магазин, битком набитый лакомствами, заставляют примерять купальники в бутиках и активно делать все то, что обычно вызывает у него приступы обжорства, но не поддаваться искушению. Если пациент вытерпит первое время, то обретет силы противостоять желаниям.

**Психотерапия межличностных отношений** лечит причины булимии, лежащие в межчеловеческих связях. Терапевт исследует, как саморазрушительные пищевые привычки помогают пациентке справляться со стрессом. Если обжорство наступает, когда человек должен был испытывать гнев, значит, он «заедает» свои чувства вместо того, чтобы выразить их (открытое проявление гнева кажется опасным или невозмож-

ным). Рвота может заменять «выпуск наружу» чувств, задавленных глубоко внутри.

Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии.

### *Позитивная психотерапия при нарушениях аппетита*

**Нервная анорексия и булимия** — способность обходиться малыми средствами, способность разделить тяготы мирового голода.

**Актуальный конфликт.** При психогенном голодании речь идет в меньшей степени о заболевании отдельного человека, скорее — о заболевании всей семьи, где голодающий становится носителем симптома. Своей болезнью он выражает то, от чего страдает вся семья, однако этого никто не может высказать или отваживается только думать об этом. С этой точки зрения больной является самым сильным в кругу своей семьи, потому что он отваживается, ставя под угрозу свою жизнь, обнаружить семейные проблемы и социальную несправедливость. Какими силами обладают именно эти слабые и беспомощные внешне люди, проявляется в той последовательности, с которой они отказываются от приема пищи и выражают протест, а также в их честолюбии, их активности и железном самоконтrole. Последний, конечно, часто приводит к противоположным действиям: чтобы не пришлось оправдываться перед собой из-за своего волчьего аппетита (*учтивость/искренность*), они зачастую поглощают горы еды, чтобы затем исторгнуть из себя.

**Базовый конфликт.** Семьи голодающих обычно относятся к семьям с прочным финансовым положением. Типично, что в этих семьях или у одного из родителей весьма высоко ценятся *аккуратность, опрятность, вежливость, достижение* и в отношении религии —  *послушание*. Установка по отношению к телу, чувственности и сексуальности, как правило, односторонняя, в направлении «одухотворенности», «дематериализации». В этой связи говорят об «аскетических семьях». Не существует радости от чувственных, «инстинктивных» прелестей жизни и нежности. Любовь служит лишь достижению и благополучию, друг для друга нет времени, контакты с внешним миром отсутствуют. Здесь доминируют концепции типа: «делу время — потехе час», «если ты что-то умеешь, тогда ты что-то

представляешь собой», «все, что на столе, следует съесть» и «что скажут люди» (*учтивость*).

**Актуальные и базовые концепции.** Когда выросшие в такой семье дети, обретая самостоятельность, покидают свой дом, то неизбежно попадают в конфликт между тем, чему они научились дома, и своими собственными желаниями и установками. Путь в соматику означает для них не «бегство», а скорее драматическую акцию, видимое для всех восстание против конвенций и конформизма демонстрацией автономности. Так, симптомы иногда могут отражать семейные конфликты (ощущение несправедливости: «почему именно я?»), а в других хорошо адаптированных к ситуации семьях они могут быть поняты как реакция на социальную несправедливость (например, голод в мире). Физическая очевидность заставляет семью реагировать на это в позитивном смысле: поставить проблемы, пересмотреть концепции. Таким образом, позитивная психотерапия видит в психогенном голодании не столько болезненное отсутствие аппетита или стратегию избегания пищи, сколько способность при помощи голодания обратить внимание на что-то в себе или вокруг себя.

Страдающие анорексией, с одной стороны, своим примером показывают, какими малыми средствами можно обойтись (аскетизм и одиночество). С другой стороны, они обладают альтруистической способностью готовить для других и разделять с другими мировой голод.

**Актуальная способность:** «справедливость».

**Определение и развитие:** справедливость — это способность уравновешивать все интересы в отношении себя самого и других. Несправедливым воспринимается при этом такое обращение, которое диктуется личными предпочтениями и отвержениями или частичными ориентациями вместо детальных размышлений. Общественный аспект этой актуальной способности — социальная справедливость.

Каждый человек обладает чувством справедливости. Способ обращения близких с ребенком, насколько они справедливы к нему, его братьям и сестрам и друг к другу, отражается в индивидуальном отношении к справедливости.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас больше ценит справедливость, в каких ситуациях и по отношению к кому? Считаете ли вы своего партнера справедливым (по отношению к детям, братьям и сестрам, другим людям, вам лично)? Как вы реагируете, если к вам относятся несправедливо (на работе, в

семье)? Есть или были ли у вас проблемы на почве несправедливости (вам кого-то предпочитали)? Кто из ваших родителей больше обращал ваше внимание или внимание ваших братьев и сестер на справедливость?

**Синонимы и расстройства:** соразмерный, заслуженный, объективный, беспристрастный, неприемлемый, необоснованный, в сравнении с..., чувствовать себя обойденным, ущемленным в своих интересах, уверенность в собственной справедливости.

Сверхчувствительность, соперничество, борьба за власть, чувство слабости, несправедливость/возмездие, месть, индивидуальная и коллективная агрессия, депрессия, пенсионные неврозы.

**Особенности поведения:** справедливость без любви видит только достижение и сравнение; любовь без справедливости теряет контроль над действительностью. Научись объединять справедливость и любовь. Обращаться одновременно к двоим означает обращаться к одному несправедливо.

### *Пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нервной анорексии и булимии*

#### **Ступень 1: наблюдение/дистанцирование.**

Какие предшествовали симптомы и жалобы? Где и как больной лечился до настоящего времени? Какие разъяснения давались ему в отношении болезни? — Позитивная интерпретация, первое появление симптомов, факторы, способствовавшие началу заболевания, транскультурные аспекты, пословицы.

#### **Ступень 2: инвентаризация**

События жизни, актуальный конфликт: какие события произошли с пациентом в последние 5—10 лет? Как они были переработаны? Больной должен назвать минимум 10 событий.

Четыре формы переработки конфликтов: какое влияние оказали эти события на общее благополучие, профессию, партнерские отношения, семью и другие межличностные отношения и перспективы на будущее? Какие формы переработки конфликтов предпочтительны?

Микротравмы: какие актуальные способности оказывают микротравмирующее действие? Они воспроизводят содержание и условия индивидуальных, семейных и социальных конфликтов (внутренний конфликт).

Модели для подражания («путешествие в прошлое» — базовый конфликт): как было принято решение реагировать на конфликты и события именно таким способом? Какие концепции и симптомы практиковались в семье из поколения в поколение (становление концепций, первоначальная семья, жизненная философия)?

### **Ступень 3: ситуативное ободрение.**

Какое позитивное влияние оказывают события и жизненные концепции на пациентку и ее семью? Позитивные (мало-конфликтные) сферы пациента и его семьи доводятся до сознания и последовательно поощряются. Медикаментозное лечение? Физикальное обследование? Диета? Релаксационные методы?

Наша способность идентифицироваться с другими и чувствовать, как они, складывается в результате восприятия нашего органического единства с обществом. Безусловно, один из аспектов болезни — стремление пациенток к этому чувству общности, однако они не могут достичь его вовсе или в желаемой форме. В этой связи нельзя оставить без внимания, что развод родителей, развод или разлука с партнером и сенсибилизация к вопросам *справедливость/несправедливость* в рамках семьи и в мире играют особенную роль, о чем идет речь и в процессе терапии.

### **Ступень 4: вербализация**

Какие еще проблемы следует решить? Какие три проблемы пациент хотел бы затронуть в ближайшие 3–5 недель? Проблемы и неразвитые сферы конкретизируются и вербализуются; обсуждается коммуникация с партнером по установленным правилам (семейная группа, партнерская группа, профессиональная группа).

### **Ступень 5: расширение системы целей.**

Какие цели есть у пациента и его семьи на ближайшие 3–5 лет (месяцев, недель, дней)? Что бы он стал делать в отношении здоровья, профессии, семьи и общества, если бы у него не стало больше проблем?

### **Опросник к анорексии и булими**

1. Бывают ли у вас такие состояния, как будто в желудке появилась «ненасытная прорва» или вам «перебили аппетит»? Бывает что-то противно «до тошноты», бываете ли вы «сыты по горло»? Приходят ли вам на память еще ка-

- кие-нибудь пословицы или крылатые выражения, связанные с вашим состоянием?
2. От кого вы впервые узнали о вашем заболевании?
  3. Знаете ли вы, что длительное соблюдение «диеты» может стать причиной избыточной массы тела в последующем, так как после диеты при обычном питании жировые клетки не только заполняются, но и начинают размножаться?
  4. Регулярно ли вы принимаете предписанные вам лекарства? Знаете ли вы, как действуют эти лекарства, что вы можете от них ожидать и какие побочные эффекты возможны?
  5. Знаете ли вы, как относятся к еде люди других культурных традиций?
  6. Какое место занимают в вашей жизни школа, профессия, достижения?
  7. Обсуждаются ли в вашем кругу другие темы, помимо профессиональных проблем?
  8. Важно ли для вас, «что подумают люди»?
  9. Цените ли вы в профессиональной деятельности аккуратность, опрятность, достижения, послушание, бережливость, обязательность?
  10. Приходит ли признание только за добродетельное поведение и достижения, а конфликты «заметаются под ковер»?
  11. Портится ли у вас аппетит, когда вы находитесь в кругу своей семьи? Положительно ли относится ваша семья к вкусной трапезе, нежности? Или речь идет об «аскетической» семье?
  12. Важно ли для вас, как выглядит ваш партнер? Каким вы представляете себе партнера? Какими качествами он должен обладать, чтобы быть вам приятным?
  13. Интересует ли вас проблема голода в мире?
  14. Что бы вы стали делать, если бы вдруг нас всех постиг голод?
  15. Какими духовными или культурными потребностями вы обладаете? Можете ли вы представить себе интеграцию духовных и материальных потребностей в повседневной жизни?
  16. Задумываетесь ли вы о глобальном будущем человечества (война и мир, экологический кризис и т. д.)?
  17. В чем для вас смысл жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизни после смерти)?
  18. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

## ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**П**оглощение и выделение — основные функции желудочно-кишечного тракта. Но они в своих проявлениях находятся в определенных отношениях с окружающим человека миром, связаны с его эмоциональным состоянием, с отношениями с другими людьми и с внешним жизненным пространством. Моторные, вегетативные, гуморальные и центральные процессы в этой соматической сфере нельзя изолировать от душевного состояния человека. Поэтому неудивительно, что такие действия человека, как процесс принятие пищи, жевание, глотание, переваривание и выделение остатков прочно входят в более тонкие уровни взаимодействия человека — с окружающими его другими людьми. Это находит свое отражение в повседневной речи — «тебе это не по зубам», «его трудно раскусить», «ты вряд ли это переваришь», «аж слюнки потекли», и т. д., не говоря уже о столь богатом отражении в речи процесса выделения — «с г... смешать», «ты в полном дерьме» и т. д.

Новорожденный ребенок в функционально-психологическом отношении является собой сплошной рот. Это самый главный инструмент взаимодействия новорожденного с окружающим. Так или иначе, но кормление и чувство сытости в дальнейшем, с развитием ребенка и становлением уже зрелой личности, служат не только для достижения насыщения, но и опосредуют собой заботу, чувство безопасности, переживание того, что тебя любят. Прием пищи и процесс насыщения остаются на всю жизнь замещающей возможностью удовлетворения, к которой можно всегда прибегнуть при любом разочаровании.

Эта внутренняя связь между психическим состоянием человека и процессом поглощения-выделения приводит к тому, что эмоциональное состояние человека при принятии пищи оказывает влияние на дальнейший процесс ее переваривания. Такие переживания, как агрессия, опасение, страх, депрессия, тормозят функции желудка и кишечника, нарушают мо-

торику и как следствие приводят сначала к функциональным, а при прогрессировании процесса — к органическим изменениям структуры желудочно-кишечного тракта. Агрессия, опасение, страх — биологически эти переживания связаны с функцией сокращения мышечных клеток. При опасности или агрессии возникает рефлекторный спазм, напряжение. Ни одно живое существо, кроме человека, не будет принимать пищу, находясь в этих состояниях, потому что для этого нужно вначале расслабиться — высунуться из своего панциря (натурального или мышечного). Современный же человек переносит законы хищного мира в мир социальных отношений. По сравнению с животным миром он более безопасен, но в нем «опасность» — это не столько опасность быть убитым ли съеденным, сколько опасность быть уволенным. Человек не только способен есть в состоянии подавленности, агрессии или страха, но и прибегает к поглощению большого количества пищи как к средству «успокоить нервы». В результате пища попадает в спазмированный, зажатый от стресса пищевод, желудок, кишечник. Следствием этого является широчайший спектр желудочно-кишечных расстройств, начиная от гастрита и заканчивая прободными язвами.

Опорожнение кишечника в обыденной жизни связывается с агрессивными чувствами, направленным против личности («обо...ли с ног до головы»). Анальная зона вообще связывается с подавленной борьбой против авторитета («ср... я на них хотел»). Во многих оборотах речи обнаруживается также непосредственная связь понятий кала и имущества, особенно денег (ассенизатор — «золотарь», «убери свое дермо»).

У многих животных дефекация связана с ситуацией спокойствия и безопасности. Враждебность не позволяет им выделить кал. Человек также стремится приурочить дефекацию к спокойному периоду дня, когда его не обременяют тяжелые проблемы и заботы. У животных выделение кала, как и мочи, используется как метка запахом и для ограничения своей территории. Кал здесь имеет отношение к собственности, к доверительной сфере, к обладанию.

В ранних психоаналитических постулатах конечная часть кишечника и анальная область считались эрогенной зоной. Маленькому ребенку, пока он не перешагнет барьер отвращения, игра с калом доставляет удовольствие; в отдельных случаях сохраняется фиксация на этих ранних детских пережива-

ниях. Позже задержка выделения кала также может переживаться с приятным чувством, а отказ от обладания вследствие вынужденной утраты кала связывается с потерей и переживаниями страха. Компоненты задерживания, сохранения кала, страх потерять что-то материальное, лишиться его выражены уже у детей. Выделение кала имеет характер подарка в отношении к любимому человеку (отец, мать, нянька и т.д.), который, в свою очередь, приучает ребенка регулировать свои выделения и приурочивать их к желательному моменту.

Вместе с тем неспособность что-то удержать, преувеличенная бескорыстная отдача вплоть до переживания полной утраты связаны с легким, даже слишком быстрым и частым выделением кала. Чувство подавленности, беспомощности, бессилия связано не только со страхом, но и с усилением деятельности кишечника (это хорошо знают солдаты перед лицом врага, артисты перед выступлением и студенты перед экзаменом). При эмоциональной диарее (частых поносах, не обусловленных патологическими процессами в толстом кишечнике) ведущей причиной являются более или менее осознанно пережитые ситуации страха и повышенного требования со стороны окружающих.

Наряду с пищевым поведением система пищеварения в особенности пригодна для соматического посредничества в выражении проблематики уверенности и защищенности, ибо еда представляет собой самую первоначальную форму собственности, гарантирующей существование, а пищеварение — самую первоначальную форму управления и пользования этой собственностью.

Эти основные тенденции по мере развития человеческой личности, ее душевного и физического созревания и формирования совести приобретают сложное выражение: чувство вины и покаяние могут выражаться в отказе от пищи или упорной рвоте. Волчий голод становится симптомом регressiveivного стремления к защищенности перед лицом превышающей возможности человека задачи.

К стремлению к защищенности и собственности могут присоединяться алчность и стремление к власти, в обращении с содержимым кишечника может разыгрываться проблематика отдавания и удержания, а также стремление к успеху и навязчивое послушание или, наоборот, упрямство и отвергание.

Болезни желудочно-кишечного тракта по своим регрессивным признакам сходны с получающими в последние годы все большее распространение депрессивными и наркологическими заболеваниями. В отличие от них, болезни желудочно-кишечного тракта более маскируют, чем выявляют душевные переживания. Страх, внутренняя нужда и неуверенность часто вытесняются желудочно-кишечными заболеваниями. Видимым в таких случаях остается лишь телесный синдром. Если, наконец, задетый орган или симптом выключается медикаментозным или хирургическим путем (язва желудка, язвенный колит), часто появляются психические симптомы — страх, депрессия, наркотические тенденции.

Психосоматическая медицина пытается понимать язык органов как выражение эмоциональных феноменов и отграничивать от факторов конституции и предрасположенности. Телесные феномены, относящиеся к пищевому поведению и пищеварению, соотносятся с определенными эмоциональными процессами (Staehelin, 1963):

- трудности овладения (стоматит, симптомы слизистой рта);
- неспособность что-то проглотить (нарушения питания, глотания);
- быть отвергаемым, презираемым (потеря аппетита, изжога, рвота, похудение);
- безуспешные хронические усилия что-либо переварить, усвоить (боли в желудке, чрезмерная перистальтика, пилороспазм, язва);
- хроническая невозможность что-либо переработать (боли, энтероколит, раздражимость толстого кишечника);
- невозможность отдать что-либо (хронические запоры);
- желание выбросить что-либо (хронический понос).

### 4.1. ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

#### *Картина личности*

В типологии язвенных больных, не ориентированной исключительно на модель психологии неврозов, предлагается следующее разделение (Overbeck, Biebl, 1975):

1. *Психически «здоровый» язвенный больной.* Личности с хо-

рошой функцией Я и стабильными объектными отношениями, которые при массивной неспецифической или специфической (идущей из сферы оральных переживаний) нагрузке при сильной регрессии Я, ресоматизации и определенной предрасположенности желудка заболевают язвой в качестве единой психосоматической реакции.

2. *Язвенный больной с неврозом характера*, формированием псевдонезависимых реакций или обсессивно-депрессивными чертами с оральными конфликтами, заметными окружающим (например, руководящий работник, распространяющий вокруг себя агрессивное напряжение). Конфликт декомпенсируется при хроническом течении вследствие особых переживаний обиды, неудачи, любовной потери после двухфазного вытеснения.

3. *Социопатический язвенный больной*. Пассивно-зависимые больные со слабым Я, чрезмерной зависимостью от объектов, склонные к прорыву инстинктов или параноидно-кверулятивным типам поведения, внешне проявляющие свои оральные конфликты как «асоциальные больные» (например, больные язвой алкоголики, рентные невротики), заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе. Их расстройство желудочно-кишечного тракта становится понятным как соответствующие их психическим потребностям органный модус или физиологические корреляты.

4. *«Психосоматический» язвенный больной*. Невыразительные личности с бедной фантазией, представляющиеся своеобразно ригидными и механическими в образе жизни и объектных отношениях, производящие при исследовании чувство полной пустоты отношений. Они в состоянии видеть в окружающих лишь самих себя и при специфических нагрузках и кризисах (часто — в связи с потерей объекта) привычно психосоматически реагируют. Часто наряду с язвенной болезнью наблюдаются и другие психосоматические нарушения, такие как лихорадка, сердечные симптомы, ревматизм и т. д. Кроме того, у таких пациентов констатируют учащение несчастных случаев и оперативных вмешательств.

5. *«Нормопатический» язвенный больной*, чрезмерно ориентированный на нормальность поведения, чрезмерно адаптивный, с отчетливыми ограничениями Я на основе выраженной тенденции отрицания (например, реальности собственного состояния истощения и физического самочувствия). Как ра-

бочие или мелкие служащие, часто работающие дополнительно по совместительству, они находятся в состоянии хронической саморазрушающей стрессовой перегрузки, на фоне которой часто молниеносно появляется язвенная симптоматика.

В отношении манифестного поведения в литературе различают *пассивный и гиперактивный* тип язвенного больного.

Пассивный язвенный тип склонен к субдепрессивному фону настроения и прямо выражает свои потребности в зависимости. Он считается манифестно-зависимым. Язвенный приступ наступает, «когда бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ» (Freyberger, 1972). При пассивном типе бессознательный страх быть покинутым стоит на первом плане и ведет к постоянному напряжению. Эти индивидуумы ищут обстоятельства и людей, которые их «не могут покинуть». Это люди, которые «не могут поверить», что жена их больше не любит. В результате каждое сомнение, отсутствие любящего взгляда может вызвать паническую реакцию. К таким напряжениям может вести и страх перед авторитарной отцовской фигурой. Шаги к самостоятельности и независимости не предпринимаются. Больной наслаждается преимуществами зависимости и отказа от всякого риска. Жизненная стратегия заключается в том, чтобы быть защищенным.

Этот манифестно-зависимый, пассивный язвенный тип часто происходит из семьи, в которой он был избалован очень заботливой матерью. Больному не удается достичь прерывания «психологической пуповины», стать независимым от матери. Он остается с желанием защиты и помощи, сильно привязанным к материнской фигуре, в то время как отец может занять лишь второстепенное положение, когда его «признают». Loch (1963) описывает неспособность некоторых больных учиться «выстоять в конкуренции с отцом», найти «признание и подтверждение себя как мужчины». Больные и при выборе партнера руководствуются своей потребностью в защищающей заботе. Мужчины этого типа часто выбирают в жены тип своих матерей.

При гиперактивном язвенном типе желания зависимости очень сильны, однако отвергаются больными. Они отказываются от своих желаний, происходящих из оральной сферы переживаний, и тем самым фruстрируют сами себя. Гиперактивный тип лишен покоя. Он агрессивно преследует свою цель, компенсаторно стремится к независимости и постоянно

стремится доказать свою силу. Пациент нуждается в таком подтверждении, поскольку не в состоянии обеспечить себе чувство защищенности иным способом, кроме достижения успеха. Этот тип ищет успеха, но в целом неуспешен, поскольку предметом его стремлений являются признание себя и престиж. Это — дон Жуаны достижений и успеха, они одновременно активны и неуверенны в себе.

Наглядное представление о конфликтах у больных с заболеваниями желудка дано Александром (2002): инфантильные желания зависимости имеют здесь специфическое содержание — получить путем пассивного питания любовь и внимание — побуждения, которые вступают в конфликт с возросшим Я. Орально-рецептивные желания, которые на межличностном уровне означают безопасность, близость, любовь, заботу, а на уровне еды — быть накормленным, могут не реализоваться по двум причинам. Они будут отвергаться из-за внутренней амбивалентности посредством активности, дето-любия, настойчивой самостоятельности и самоутверждения, агрессии против защищающих их и олицетворяющих материнство лиц путем переигрывания, отвергания, пренебрежения, сверхкомпенсации и/или будут фрустрированы вследствие внешнего отказа, может быть, вследствие утраты тех или иных лиц, доверительного окружения или вследствие перегрузки себя работой, самостоятельностью или ответственностью.

Пассивно-оральные желания у мужчин часто приобретают оттенок нежной привязанности, привлечения к себе внимания более сильных личностей и не допускают эдипова соперничества со всеми вытекающими из этого фruстрационными последствиями.

Как желаемое пассивно-оральное поведение, так и агрессивная орально-зависимая готовность желудка ведут к установке в плане «насыщения» или «переваривания», происходит хроническое повышение функций органа с гиперсекрецией.

Проследивая ранние детские модальности отношений с психоэтиологических позиций, можно видеть, что они ведут к фиксации на оральном либидинозном уровне. Опыт показывает, что как отказ, так и поощрение могут иметь место при фиксации на оральной стадии либидо. При этом следует учитывать, что каждое поощрение содержит в себе элемент отказа, поскольку оно вредит подготовке ребенка к последующим неизбежным требованиям жизни, формированию собствен-

ной активности и самостоятельности. Оно задерживает тренировку ребенка, в которой он нуждается, чтобы в последующем, руководствуясь собственными побуждениями и масштабом деятельности, иметь возможность развиваться самостоятельно.

Картина личности язвенных больных изучалась в многочисленных работах (Levenstein et al., 1992; Jain et al., 1995; Jess, 1994; Levenstein, 1999; Lydiard et al., 1994; McIntosh et al., 1983; Piper, Tennant, 1993; Raiha et al., 1998).

### ***Психотерапия***

Специфика психотерапии пациентов с пищеварительными расстройствами заключается в воздействии на нервно-психические составляющие этиопатогенеза заболевания, а также в выявлении и коррекции системы факторов «агрессии» и «защиты», действующих на психологическом уровне. При этом расстройство системы пищеварения рассматривается как интегральная характеристика нарушений в системе свойств личности, нейроэндокринной регуляции и исполнительной висцеральной системы органов пищеварения (Губачев и др., 1990), имеющая онтогенетическую природу (Симаненков и др., 1994). Основными задачами психотерапевтического воздействия является коррекция и предупреждение психологических нарушений, психологическая адаптация к условиям внешней среды, обучение здоровому образу жизни и навыкам преодоления стресса.

Большое значение имеет как нежелание психосоматического пациента признавать проблемы в психической сфере, так и страх перед психотерапевтом. Преодоление сопротивления выявлению психотравмирующих событий — серьезная задача, которая включает в себя несколько этапов: установление rapporta с пациентом, определение его основных трудностей, преодоление этих трудностей с целью ослабления накопившихся отрицательных эмоций и восстановления позитивной перспективы.

Одной из задач терапии психосоматического больного является освобождение его от жестких когнитивных установок, связывающих запретов, порожденных особенностями социально-психологических стрессоров, форм психологической защиты и компенсации, облегчение выхода эмоций через альтернативные каналы, которые не приводят к напряжению самого пациента и приемлемы для общества.

Мишенями психотерапевтической работы могут также являться:

- высокий уровень тревожности как показатель неуспешности переработки психологического конфликта;
- интегрированный комплекс отношений к болезни, свидетельствующий об относительности социально-психологической адаптации больных;
- дисгармонично организованные связи психологических характеристик личности, облегчающие и потенцирующие срыв адаптационно-компенсаторного психосоматического процесса;
- узость «спектра» используемых защитных механизмов и неадекватные поведенческие стратегии.

В данном случае психотерапия направлена прежде всего на осознание невозможности одновременно реализовать противоположные желания, а значит, это работа с выбором и приспособлением, ресурсами, семейной историей и многими другими составляющими человеческой жизни. Работа психотерапевта ориентирована на личностный рост, взросление пациента.

В острой фазе с больным не следует вести беседы, направленные на вскрытие конфликтов, но надо использовать все возможности для обсуждения необходимых изменений в поведении и быту. Лишь со временем в ходе психотерапии можно пытаться воздействовать на соматические функции, участвующие в патогенезе язвы. Для отношений с больным полезно, если лечащий врач сначала определит, к какому типу относится данный пациент. Пассивный тип язвенника ищет защиты в общении с врачом, в то время как с гиперактивным типом показана другая тактика: следует иметь в виду раздвоенность больного между его стремлением к независимости и одновременной потребностью в пассивной зависимости.

У язвенных больных хорошо зарекомендовал себя аутотренинг. Как и при многих других психосоматических состояниях, групповой тренинг дает больше преимуществ по сравнению с индивидуальным. В особенности гиперактивному типу важно узнать, что можно быть активным и в расслабленном состоянии. Положительный перенос на терапевта также дает преимущества при этой форме терапии.

Прежде всего следует обратить внимание на то, чтобы больной получал помощь, в которой он бессознательно нуждается. Это требует от врача понимания смысла симптома и

правильного истолкования часто предъявляемых требований дальнейших обследований, медикаментов или операции (пассивная позиция) в связи с жизненной историей и социальной ситуацией больного. В отношении этих желаний ни в коем случае нельзя идти на поводу у больного.

Язвенный больной нередко может парадоксальным образом психически стабилизироваться после хирургической операции, в этом смысле можно говорить о «психосоматике с ножом». После такой хирургической легализации болезненного статуса окружение начинает относиться к пациенту как к «настоящему больному». Теперь он может свободно выражать свои желания зависимости без страха получить клеймо неудачника, испытываемое некоторыми психосоматическими больными. С другой стороны, при оперативном лечении, в особенностях на ранних стадиях, существует специфическая опасность того, что психическая проблематика остается открытой, с возможностью смены симптомов, в то время как бессознательная динамика конфликта продолжает работать дальше. По Freyberger, Leutner (1974), после оперативного вмешательства на желудке смена компонентов нередко происходит в виде злоупотребления алкоголем, а также психоневротических и/или психосоматических симптомов.

### Семейная психотерапия

Вовлечение семьи способствует успешности терапии. Для этой цели Любан-Плоцца предложил для психосоматических больных семейную конфронтацию (Любан-Плоцца и др., 2000).

Семья образует органическое единство, причем заболевший член становится носителем семейных конфликтов. Оживление эмоциональных сил при семейной конфронтации может дать значительную экономию времени в лечении. Чем больше семья чувствует свою ответственность за помощь в лечении, чем больше больной чувствует себя понятым, тем больше шансов на выздоровление.

Вовлечение семьи в терапевтический процесс ценно и потому, что больные язвой часто имеют отягощенный в этом отношении анамнез. При этом отношения в семье, с партнером или детьми являются источником множественных конфликтов. Семейная конфронтация имеет также профилактический эффект, поскольку в известной мере способствует предотвра-

щению психологического наследования готовности к язве. Устранение трудностей взаимопонимания и внутрисемейных конфликтных ситуаций может предотвратить типичные для язвенного больного ранние нарушения взаимодействия у детей следующих поколений.

Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, когнитивной психотерапии.

## 4.2. ЗАПОРЫ

### *Картина личности*

Пациенты, страдающие запорами, часто обнаруживают так называемую анальную триаду Фрейда: упрямство — любовь к порядку — бережливость. Эти признаки и их крайности — нетерпимость, педантизм и сккупость — обнаруживаются прежде всего в рамках обсессивной структуры личности. Вероятно, исходная личность и воспитание любви к чистоте рано приводят к ригидному «сверх-Я», к интроекции (усвоению) родительских масштабов в качестве собственного мира ценностей.

Как причинная семейная ситуация обычно описывается детство со строгой матерью, которая очень требовательна к детям в отношении дарения и получения подарков. Все, что они сами получают в подарок, они должны в соответствии с требованиями родителей тут же разделить с другими. Эти дети и сами становятся чрезмерно требовательными в отношении дарения и получения подарков. С представлением о самоотдаче связываются фантазии о собственных обязанностях, что приводит к устойчивым защитным формам поведения, поскольку такие люди часто орально заторможены, т. е. не могут ничего себе позволить, и для них страх утраты становится тем более угрожающим. Матери часто не способствуют переживанию полноты, изобилия, поэтому оральные фрустрации и анальные страхи утраты объединяются и отдача может связываться с негативными эмоциями (Duhrssen, 1960). Пока не ясно, достаточно ли этих общепризнанных внешних условий для развития заболевания.

Хронические запоры наблюдаются по большей части у анксиозных и депрессивных, внешне спокойных, но внутренне напряженных, малообщительных и неуверенных в себе пациентов. Александр (2002) следующим образом обозначил их установку: «Я ничего не могу ожидать от других и поэтому могу им ничего не давать, я должен удержать то, что у меня есть».

Иногда запор развивается как компенсация чрезмерного наслаждения тратами. Здесь речь идет о добродушных людях, которые склонны раздавать на все стороны. Это, может быть, объясняет большую склонность к запорам у женщин, чем у мужчин: в женской социализации готовность к жертвам имеет, как и прежде, большое значение. Часто больные чрезмерно следят за деятельностью своего кишечника.

Schwidder (1965) наблюдал следующие связи переживаний при хронических запорах:

1. Телесный радикал протестной реакции.
2. Попытка удержать, чтобы овладеть, выстоять.
3. Отступление в страхе.
4. Страх и защита от слишком большой отдачи.
5. Связь дефекации с «грязными» побуждениями, воспринимаемыми с чувством вины или как опасные, и поэтому отвергаемыми.

Хронический запор в детстве следует понимать как протестную реакцию, в т.ч. как протест против чрезмерно педантичного обучения опрятности.

### **Психотерапия**

Основным элементом программы психотерапии является решение задачи психосоциальной адаптации с обязательным вовлечением больного в процесс диагностики и лечения. Диетические, физически активирующие и воспитательные меры могут оказаться неожиданно хорошее действие. Аутотренинг также хорошо зарекомендовал себя при лечении больных с хроническими запорами. Если эти меры оказываются безуспешными, показаны и обычно бывают успешными симптоматически ориентированные психотерапевтические беседы.

Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии и семейной психотерапии.

## 4.3. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДИАРЕЯ

### *Картина личности*

Личность характеризуют страх перед авторитарными фигурами и чувство беспомощной зависимости. Чувства бессилия, изнуренности компенсируются чрезмерным желанием признания себя и социального успеха.

В сфере личности доминирует желание признания собственной значимости и возможностей в сочетании с латентным сознанием чрезмерности требований и своей слабости. Имеется беспомощная зависимость от сильных объектов с рецептивными и оральными агрессивными желаниями.

Александр (1951) писал о хронической диарее: «Относящийся к симптуму вытесненный психологический фактор — это сильная потребность дарить и делать добро. Больной может вступать в отношения зависимости от других, но при этом он чувствует, что он должен что-то сделать, чтобы компенсировать все, что он получил. Но вместо реального действия он успокаивает свою совесть этой инфантильной формой подарка содержимым своего кишечника».

Несамостоятельное поведение больных с поносами, их склонность все отдать являются выражением страха, но это можно интерпретировать также как подчиненность перед более сильным, обычно перед авторитетом отца. Целью терапии является осознание больным своего конфликта и его влияния на психосоматические симптомы. Благодаря анализу своей жизненной ситуации пациенты в состоянии преодолеть внутренний конфликт между огромными ожиданиями, чрезмерными запросами и преувеличенным страхом перед авторитетами.

### *Психотерапия*

Чисто медикаментозные средства являются терапевтически недостаточными. Лежащий в основе конфликт может успешно прорабатываться в рамках индивидуальной и групповой психотерапии, если больной достаточно мотивирован для такого лечения.

Могут использоваться методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии и когнитивной психотерапии.

## 4.4. «СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ»

### *Картина личности*

Картина личности больных не единообразна, есть указания на тенденцию к обсессивно-невротической переработке переживаний при основной депрессивной структуре и на высокий уровень страха у этой группы больных (Schwidder, 1965; Reindell et al., 1981; Woodman, Noyes 1992).

В ситуации, вызывающей заболевание, и в темах конфликтов часто видна связь со страхами: перед экзаменами, при недоразумениях с учителями, руководителями или родителями. Характерно, что в большинстве случаев переживание страха вытесняется из сознания и проявляется изолированно на уровне соматической сферы. В картине личности часто обнаруживаются реактивные структуры: больные контролируют все проявления чувств, внешне выглядят бодрыми, подчеркнуто упорядоченными, умело скрывают свои страхи, причем нередко посредством молодцеватой и утрированно мужской манеры держаться. Все их поведение определяет латентный страх потерять свое лицо и выпасть из роли независимо от того, проявляют ли они агрессивность или слабость. Если ретроспективно проследить развитие личности, то можно обнаружить, что в своем моторном и эмоциональном развитии по отношению к родителям и другим людям больные оставались зависимыми, не могли достигнуть самостоятельности. Внутренне они остаются ориентированными на близость, понимание и гармонические связи с родителями и авторитетными лицами.

### *Психотерапия*

В первую очередь показаны диетические меры; лечение является отчетливо более успешным при комбинации с консультативно-поддерживающим психотерапевтическим вмешательством. Показана раскрывающая терапия, которая выявляет в ряде бесед подавленные фантазии и эмоции и актуализирует их в представлениях и чувствах. При этом происходят раскрытие и переработка конфликтной ситуации.

Успешно используются методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, психосинтеза и нейро-лингвистического программирования.

## 4.5. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ И БОЛЕЗНЬ КРОНА

### *Картина личности*

Уж при первом описании Крон (Crohn, 1932) и другие врачи обнаружили «психические побочные явления» у больных и поставили вопрос, не приводит ли к заболеванию или его осложнениям особая личная ранимость и насколько имеющиеся у больных психические изменения являются вторичными, возникающими как следствие тяжелого хронического заболевания.

Нельзя найти специфическую для всех больных структуру личности и конфликтов, однако в целом обращает на себя внимание тот факт, что очень немногие из этих больных могут добиваться признания и раскрываться. Это соответствует признакам депрессивной структуры личности. Связь с родительским домом, с матерью и отцом, ранимость вследствие разрыва с семьей — это основополагающие черты человеческого развития, и они находят отражение в ситуациях заболевания и структуре личности при многих невротических и психосоматических нарушениях, равно как и в рамках нормального развития.

Исследования Uexküll (1986), Wirsching и Stierlin (1982) и Wirsching (1984) показали, что семьи больных язвенным колитом или болезнью Крона отличаются особенной сплоченностью. Однако при этом семья очень сильно ограничивается от окружающего мира. Больные чаще происходят из семей с симбиотической структурой отношений, в которых мало говорят о чувствах. Petzold, Reindel (1980) выдвигают гипотезу о том, что пациенты с болезнью Крона феноменологически отличаются от больных язвенным колитом. В то время как больные с язвенным колитом поздно расстаются с родительским домом и сохраняют симбиотическую структуру отношений, отделение от родительского дома в случаях болезни Крона происходит раньше и выраженнее симбиотических отношений гораздо менее сильна. Больные язвенным колитом демонстрируют низкую тенденцию к индивидуации, а признаком пациентов с болезнью Крона является их выраженная способность к интроспекции. Сходство между двумя группами больных описывается относительно избегания агрессивных выяснений отношений и неспособности позволить себе расчувствоваться.

У больных колитами часто уже в самом начале заболева-

ния обнаружаются типичные особенности личности, которые, по-видимому, являются почвой для развивающегося в дальнейшем заболевания, что показал Engel (1958) в своем анализе большого числа историй болезни лиц разных национальностей. У них низкая самооценка, они чрезмерно чувствительны к собственным неудачам и характеризуются сильным стремлением к зависимости и опеке. В соответствии с этим они предпочитают межличностные отношения, которые дают им опору (ключевые фигуры). Потеря отношений с ключевой фигурой бессознательно переживается больным как угроза собственному существованию. В социальных стрессовых ситуациях потери отношений патогенными могут оказаться смена привычного окружения или изменения на работе, после чего происходит манифестация язвенного колита. Заболевание может, таким образом, рассматриваться как эквивалент реакции печали. Freyberger (1969) считает характерными для больных колитом инфантильность, готовность к депрессивным реакциям, нарциссизм и блокированную агрессию. Больным недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения. Они часто также стремятся к успеху при сниженных физических возможностях. Luban-Plozza, Meerloo (1968) говорили в этой связи о «кишечном самоубийстве».

Согласно данным многих авторов, этим больным присущи так называемые анальные черты характера типа точности, аккуратности, пунктуальности, чувства долга. Fain (1951) и Jores (1981) писали об эмоциональной бедности больных колитом: они не способны воспринимать и вербализовать эмоции и конфликты. Так как больные отвергают свои эмоциональные переживания, они неспособны к переработке потерь или расставаний. Marty, De M'Uzan (1963) и Junker (1972) описали связь между склонностью к соматизации и «эмоциональной неграмотностью» или эмоциональной незрелостью.

При большом количестве личностных вариантов следует обращать внимание прежде всего на типичную для отдельных больных связь повышенной ранимости с ситуационной обусловленностью болезни. При болезни Крона и язвенном колите в отдельных случаях можно наблюдать обозначаемую как «синдром смещения» взаимозаменяемость между эндогенными психозами и этими кишечными заболеваниями.

Язвенный колит относится к заболеваниям, при которых уже на ранних этапах обнаруживается ситуация, обусловли-

вающая их с психосоматических позиций. У 60% всех вновь заболевших или повторных больных колитом телесным проявлениям предшествуют депрессивно окрашенные жизненные ситуации с переживанием действительной или воображаемой потери объекта (Freyberger, 1969). По Weizsäcker (1951), манифестация и обострения страдания коррелируют с «катастрофами переживания» (Любан-Плоцца и др., 2000). У большинства больных непосредственно перед началом заболевания обнаруживаются тяжелые переживания в связи с такими обстоятельствами, как смерть близкого человека, утрата сексуального партнера или разлука с близкими людьми, а также с такими ситуациями, как смена привычного жилья, переезд на другое место жительства, хирургические операции. Наблюдается связь этих переживаний с болезненной реакцией в виде печали, т. е. прежде всего с недостатком изживания печали, а также особенно сильную тенденцию к привязанности. В отдельных случаях можно четко проследить, как переживания разрыва и утраты отрицаются из-за их психической значимости. К истинному изживанию печали относятся интенсивная эмоциональная реакция и психическая переработка утраты, которая охватывает как прошлые, так и текущие переживания. Примечательно, что и нормальные реакции печали участвуют в формировании психосоматических нарушений с желудочно-кишечными симптомами.

Такие же факторы встречаются при рецидивах. Так, Engel (1961) в 24 из 30 случаев отмечал переживания разлуки при возобновлении симптоматики болезни в ситуациях подавленной агрессии и гнева. Кроме того, описаны ситуации, связанные с повышенными требованиями к пациенту или с необходимостью самостоятельной деятельности. Эти ситуации также можно рассматривать в плане утраты безопасности и как уход от зависимости, которая до этого гарантировала защищенность. Как и при других психосоматических заболеваниях, при язвенном колите наряду с явно зависимыми больными описываются активно сверхкомпенсированные и псевдо-независимые больные.

### **Психотерапия**

Наряду с медикаментозным лечением в острой стадии необходима также поддерживающая психотерапия, направленная на облегчение тяжелого общего состояния и ослабление

ретрессивной установки больных. В начале долговременной поддерживающей психотерапии ставится задача выстраивания стабильных объектных отношений. Эта поддерживающая, ободряющая форма психотерапевтической беседы путем терпеливого выслушивания, активного консультирования и целенаправленных указаний к действиям в вопросах преодоления болезни требует стабильных взаимоотношений с больным. Целью укрепляющей «Я терапии» является стимулирование автономности и доверия к собственной компетенции. Пациенты с болезнью Крона, вследствие своей выраженной потребности к автономии, имеют тенденцию к более раннему по сравнению с больными язвенным колитом прерыванию терапии или вообще отказу от нее.

Психосоматические взаимосвязи требуют не только индивидуального подхода к диагностике, но и дифференцированных показаний к проведению психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий. Они включают суггестивные, гипнотические методики, гештальт-терапевтические техники, снятие напряженности с помощью аутогенной тренировки, функциональную разрядку и концентрированную терапию движениями вплоть до групповой терапии (закрытые группы, реже полностью открытые, которые имеют более слабую внутригрупповую сплоченность) и индивидуальную аналитическую терапию.

При язвенном колите обсуждается вопрос о необходимости очень раннего начала аналитической (основанной на эмоциональной зависимости) терапии, т. е. таких вариантов психотерапии, которые дают чувство безопасности и защиты. Раскрывающая терапия при выраженной тяжести клинической картины часто имеет лишь ограниченные возможности. Собственные мотивации больного, его не всегда достаточное благоразумие и хронизация внешней и внутренней жизненных ситуаций обычно затрудняют доступ к больному.

В группах апробированы невербальные и телесно-ориентированные методики. Аутогенная тренировка, функциональное расслабление все чаще замещают прежде общепринятое при язвенном колите лечение гипнозом.

Успешно используются также методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза.

## 4.6. НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ

Под обобщенным понятием «нарушения глотания» описываются функциональные нарушения актов приема пищи и глотания. Психосоматическое значение имеют следующие синдромы:

- заглатывание воздуха (аэрофагия);
- затруднение глотания с чувством давления в горле или без него;
- нарушения глотания со рвотой (так называемый рвотный невроз);
- «синдром комка» — страх глотания.

Общим для этих нарушений является то, что акт глотания, протекающий как рефлекторный процесс с последовательным расслаблением и напряжением мышц, не может регулироваться, хотя для этого нет органических причин.

Процесс глотания естественным образом приводится в действие благодаря приему пищи, но может возникать и вследствие «пустых глотков», т. е. при заглатывании воздуха или слюны. С этим связана возможность психосоматических нарушений. Если чувство отвращения к еде или вообще настроенность на протест очень сильны, то может возникнуть даже антипристальтика с готовностью к рвоте и ее появлением. Рвота — это врожденная защитная функция у животных и человека, которая устраниет вредное вещество путем антипристальтики. У человека это часто бывает связано с чувством отвращения. В процессе развития и воспитания чувство отвращения и отвержения смешается с еды и символически переводится на различные ситуации, личности и внутренние состояния. Но и при этом место внешней опасности и полезных шаблонных реакций может занимать своеобразная для человека внутренняя ситуация (Бройтигам и др., 1999).

«Синдром комка» проявляется ощущением инородного тела в горле, для которого нет органической причины и которое затрудняет акт глотания: «как будто ком стоит в горле» или «как будто кто-то сдавливает горло». Это ощущение существует независимо от акта глотания. Но чтобы устранить его, нужно глотнуть, благодаря чему возникает субъективное затруднение глотания, которое, однако, нельзя рассматривать как дисфагию, почти всегда обусловленную органической причиной.

Некоторые больные испытывают страх перед глотанием из опасения подавиться и таким образом погибнуть от удушья, но не предъявляют жалоб на ощущение кома в горле. Больной жует очень медленно и маленькими порциями, тщательно подготавливаясь к акту глотания, уходит от других людей, стараясь есть в одиночестве. При этих страхах на первый план выступает ситуация конфликта и разрыва отношений зависимости от родителей или партнера, когда амбивалентность связей концентрируется на чувстве зависимости от родителей с высокоамбивалентной установкой и с желанием смерти и соответствующим чувством вины.

При оценке функциональных моторных нарушений закономерно предположение, что в этой форме функциональных нарушений выражается бессознательная установка на уклонение от приема пищи. Это защитное напряжение сосредоточивается на верхнем отрезке пищевода, именно там, где начинается непроизвольный акт глотания.

Обычно при этом выявляются истерические конфликтные ситуации или депрессивные состояния с ипохондрическими чертами. Орально-агрессивные импульсы, собственная активность и протест подавляются. При депрессиях в 10% случаев как ее соматический эквивалент возникает давление в горле с нарушениями глотания. Ощущение комка в горле является классическим симптомом истерии. Именно у женщин глотание часто связано с сексуальными рецептивными фантазиями, которые отвергаются. Ком в горле, шар, который разрастается, чувство, будто кто-то сдавливает горло или в нем остаются кусочки пищи — все это характерные проявления депрессивных или истеричных больных. При истерических расстройствах прием пищи и глотание, как уже сказано, связаны с сексуальными фантазиями. При этом чувство страдания обычно малозаметно, а симптом подключается с целью получения выгоды от болезни. Страх перед глотанием пищи и даже собственной слюны у больных с депрессией и неврозом обусловлен амбивалентным конфликтом разлуки.

### ***Психотерапия***

Суггестивные и тренирующие процедуры полезны только при выраженных истерических состояниях («истерический ком»). Попытки медикаментозного лечения малоэффектив-

ны. Раскрывающая психотерапия является методом выбора, прежде всего для выявления психического отягощения и его переработки. Но страх перед глотанием после его преодоления может возвращаться при кризах по механизму «слабого звена».

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза.

## Позитивная психотерапия при желудочно-кишечных заболеваниях

### *Язва желудка и двенадцатиперстной кишки*

**Язва желудка и двенадцатиперстной кишки** — способность давать выход напряжению и конфликтам.

**Расстройства и физиология.** Неудовлетворенная или чрезмерно сильная потребность в привязанности и надежности, как и пища, перерабатывается желудком. Желудок реагирует так, будто человек голоден. Психологические причины отражены в следующих вопросах: почему человек вредит себе, например, чрезмерным потреблением кофе, алкоголя и никотина? Почему он не может решать свои проблемы иначе, как доставлять своему организму вещества, которые приносят кратковременное облегчение, создавая себе тем самым со временем новые физические, психические и социальные проблемы?

У большого числа страдающих заболеваниями желудка стремление к профессиональному успеху и деньгам вытесняют заботы о духовной пище.

Сфера контактов часто недостаточно развита. При расставаниях, потере защищенности часто происходит обострение болезни.

Стремление к привязанности, завышенные ожидания и притязания играют в сфере *фантазии* выдающуюся роль. При помощи воображения человек хотел погрузиться в лучший мир. В родительском доме пациентов с язвой желудка важную роль играли прежде всего *достижения и бережливость*. Чувства типа озлобленности и гнева не выражались открыто, а как бы «проглатывались», «съедались» (неправильно понимаемая *учтивость*). Иногда, однако, встречаются и такие родители, которые просто «перекармливали» своих детей едой и вниманием. С другими людьми семья обычно мало общалась («гос-

ти стоят времени и денег» ). Воображение было занято преимущественно сферой деятельности. Религиозные вопросы считались второстепенными.

В своем самом сокровенном больные по-прежнему тоскуют по тому, чтобы, как детей, их кормили, любили и оберегали.

Глубинная психология указывает на особую роль желудка и кишечника в развитии человека. Для ребенка кормление и укачивание означают заботу и любовь. Он узнает также, что процесс приема пищи связан с тем, чтобы нечто брать и отдавать, имеет общее с обладанием, владением, послушанием, озлобленностью и отвержением. Эти взаимосвязи находят свое отражение и в крылатых выражениях. Человек реагирует, «показывая зубы», «не может что-то переварить», что-то раздражает его «до рвоты», кто-то «постоянно язвит», от этого «делается дурно, тошнит», проблема «ест его поедом», выражение лица становится, «как лимон проглотил».

Не может быть совпадением, что от больных с язвой двенадцатиперстной кишки мы часто слышим выражения о проявлении гнева, желании мести и расплаты.

**Актуальная способность: «послушание».**

**Определение и развитие:** способность выполнять просьбы, распоряжения, приказы авторитетного лица. Послушание предполагает наличие прежде всего таких актуальных способностей, как *аккуратность, пунктуальность, трудолюбие/деятельность*. Послушание развивается посредством наказания или угрозы наказания, а также поощрения и похвалы за выполненные распоряжения или же на примере кого-либо из близких людей.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас больше ценит послушание, дисциплину? Кто из вас более склонен отдавать приказы? Нравится ли вам, когда другие (搭档, коллеги, начальник, родители) говорят, что вы должны делать? Есть ли и были ли у вас проблемы по поводу послушания или непослушания? Кто из ваших родителей больше ценил послушание? Как реагировали ваши родители на непослушание?

**Синонимы и расстройства:** следовать каким-либо советам, указам; самоотверженный, поджать хвост, не пикнуть; уступать без сопротивления; роптать; бунтовать; сопротивляться.

**Вера в авторитеты, единонаучалие;** кризис авторитарности; страх; агрессия; сопротивление; обгрызание ногтей; энурез; неумение сконцентрироваться.

**Особенности поведения:** крик и грубость никогда не обеспечат послушание и дружескую обстановку. Девиз: попробуйте взять вежливостью. Когда человек знает, почему он должен что-то сделать, он сделает это быстрее. Другой тоже может быть прав.

### **Опросник к заболеваниям желудка и двенадцатиперстной кишки**

1. Ощущаете ли вы «тяжесть в желудке», тяготит ли вас что-нибудь в нем?
2. Случается ли так, что вы чего-то «не перевариваете»? Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно своего заболевания? Что это за пословицы?
3. Кто и когда сообщил вам о вашем заболевании?
4. Занимаетесь ли вы каким-либо видом спорта?
5. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
6. Не «уязвляют» ли вас коллеги, начальство, подчиненные? По какому поводу?
7. «Грызет» ли вас разочарование в вашей профессии, например пренебрежение к вам или несправедливое игнорирование?
8. Считаете ли вы атмосферу у себя на работе «отвратительной», «тошнотворной», но не решаетесь при этом что-то сказать?
9. Бывает ли так, что вы «не перевариваете» то, что сделал ваш партнер или кто-то еще из близких?
10. Уделяете ли вы достаточно времени еде и питью, или на это «не стоит тратить времени»?
11. Является ли для вас трапеза также возможностью общения, беседы или вы все «проглатываете» в одиночестве?
12. Можете ли вы открыто выражать свои чувства? Или вы «перевариваете» их в себе, «проглатываете» их?
13. Смотрите ли вы в будущее с сомнением и тревогой?
14. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
15. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

### **Язвенный колит и болезнь Крона —**

способность реагировать на перегрузки и конфликты своим кишечником и избавляться от них тем же способом, что и от пищи.

**Поговорки и народная мудрость:** наложить в штаны от страха; дрожать от страха; дрейфить; получить нагоняй; покончить, разделаться с чем-либо; отпустить на все четыре стороны. Богатство или деньги и кал часто вместе упоминаются в разговорной речи: «золотарь», «деньги не пахнут»; увидеть во сне дермо — к деньгам.

**Расстройства и физиология.** Кишечник реагирует на эмоциональное состояние очень чувствительно. В состоянии психофизического расслабления кишечника выглядит обычно бледной, при этом она слабо кровоснабжается, мало перистальтирует, секреция пищеварительных ферментов снижена. При душевном напряжении кровоснабжение резко возрастает, тоже происходит и с перистальтикой, и с секрецией. Активная перистальтика оказывает изгоняющий эффект и приводит в результате к поносу.

Пациент с **болезнью Крона** перерабатывает свои конфликты преимущественно в сфере *тело/ощущения*. Тем самым он старается избежать конфликтной для него сферы *контактов*. Часто мы встречаем нервозного, нетерпеливого, сверхчувствительного и легко ранимого человека, чья способность расслабиться и наслаждаться блокирована. В сфере *разум/деятельность* он склонен к поведению с элементами навязчивостей и ярко выраженным самоконтролем. Его профессиональные достижения тесно связаны с его отношением к сфере контактов. Он стремится к тесному общению с узким кругом людей, желая близости, признания и защищенности; с другой стороны, он хотел бы остаться независимым, поскольку очень тесная близость кажется ему угрожающей. Сфера *фантазии* характеризуется прежде всего социальными ожиданиями и страхами. Установки к процессу пищеварения и дефекации формируются решающим образом уже в раннем детстве. Воспитанный в стремлении к чистоплотности, ребенок учится контролировать свои отправления, т. е. сдерживаться и опорожнять кишечник в одно и то же время.

При психотерапевтической работе с больными **язвенным колитом** отмечается обычно крайняя выраженность вторичных актуальных способностей при ограниченных и недостаточно

развитых первичных способностях. В семьях этих больных особо ценятся *аккуратность, чистоплотность, пунктуальность, послушание, трудолюбие, деятельность, обязательность, справедливость, вежливость*. Постоянно сталкиваешься с концепциями типа «каково на дому, таково и самому», «точность — вежливость королей», «без труда не вытащишь и рыбки из пруда» и др. Внешние контакты, расширение горизонтов и поездки обычно отвергаются под девизом «всего милей родимый дом». Вследствие амбивалентного отношения к родителям, прежде всего к матери, которое заключается в конфликтности процесса *привязанность/отделение*, недостаточно развиты первичные способности *доверие, вера, надежда, контакты и сексуальность*, однако, заложенные в каждом человеке, они могут быть перестроены.

Если с точки зрения психологии интерпретировать понос при болезни Крона, то это значит, что у больного человека часто бывают проблемы с распределением времени. Часто встречаются люди, которые так же, как и их пищеварительная система, уделяют недостаточно времени тому, чтобы анализировать, дифференцировать и спокойно воспринимать. Вместо этого они очень торопятся сделать выводы: «время — деньги». Пищеварение означает также способность выводить из организма ненужные вещества. С этой точки зрения частый стул и понос при болезни Крона могут рассматриваться как символическая попытка избавиться от чего-то, что не имеет большой ценности для больного, что несет опасность и тревогу (что-то, что нельзя «переварить»).

### Опросник к болезни Крона и язвенному колиту

1. Можете ли вы иногда сказать о себе, что «наложили в штаны от страха»? Позволяете ли вы иногда событиям «плыть по течению»? Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
2. Кто сообщил вам о вашей болезни?
3. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
4. Общаясь с коллегами, сотрудниками, начальством, достаточно ли времени вы уделяете тому, чтобы внимательно

## Глава 4

выслушать, спокойно все взвесить и «переварить», прежде чем начнете «анализировать»?

5. Есть ли у вас коллеги, которые вам «не по вкусу»?
6. Есть ли у вас профессиональные проблемы, которые «трудно переварить»? Какого рода эти проблемы? Каких актуальных способностей (микротравм) они касаются?
7. Какое влияние оказывает ваше заболевание на вашего партнера, вашу семью и другие межличностные отношения? Какое влияние оказывают ваш партнер и ваша семья на ваше заболевание?
8. Довольны ли вы отношениями с партнером?
9. Часто ли вы бываете с партнером «кислым»?
10. Ощущаете ли вы себя опустошенным?
11. Избегаете ли вы различных столкновений из-за страха перед возможными последствиями (*учтивость*) или стараешься открыто высказывать свое мнение?
12. Переживали ли вы в последние пять лет разлуку с кем-либо в результате развода, переселения, смерти? Есть ли у вас страх потерять кого-то из близких вам людей?
13. Что для вас является смыслом жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти)?
14. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?
15. Какие из этих вопросов особенно заинтересовали вас?

## БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

**П**ри эндокринной патологии нельзя говорить о специфической соподчиненности психических симптомов. Так называемая эндокринная психология пытается проанализировать дифференцированные соматопсихические взаимосвязи между действием гормонов в разные периоды жизни и человеческими переживаниями и поступками (Бройтигам и др., 1999). Наиболее распространенными из эндокринных заболеваний являются заболевания щитовидной железы и сахарный диабет.

### 5.1. ГИПОТИРЕОЗ

Под гипотиреозом подразумевается недостаточное снабжение клеток организма гормонами щитовидной железы. Ведущий симптом гипотиреоза — это замедление и изменение настроения и эмоционального реагирования. У больных наблюдается повышенная утомляемость, нарушение памяти, вялость, сонливость, зябкость, хрупкость волос и ногтей, понижение температуры тела, низкое артериальное давление, запоры. Важную роль в развитии гипотиреоза и других заболеваний щитовидной железы играет недостаток йода в рационе. У женщин гипотиреоз встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин.

#### *Картина личности*

У больных (Александер, 2002) наблюдается отсутствие заинтересованности и полная безынициативность как в своей повседневной деятельности — на работе, в школе, в ведении домашнего хозяйства. Отсутствие заинтересованности распространяется также и на социальную активность. В большинстве случаев гипотиреоз может развиваться после того, как пациент отказывается от достижения желаемой цели, оставляет надежду и подчиняет свою жизнь неприятному распорядку, к которому он чувствует внутреннее отвращение.

Такую психологическую ситуацию можно сравнить с эмоциональной сидячей забастовкой. Когда человек оказывается фruстрирован в своих подлинных желаниях и наклонностях и бывает вынужден заниматься скучной деятельностью вопреки собственному желанию, у него развивается собственная форма протеста. Такое эмоциональное состояние часто сопровождается агрессивными фантазиями, в которых эти люди отказываются от любых усилий и амбиций; они позволяют себе осуществлять свои желания только в воображении.

Специфическими при гипотиреозе являются, по-видимому, следующие факторы:

1. Отсутствие надежды на достижение какой-либо желаемой цели; фрустрирующая борьба против непреодолимых препятствий;
2. Отсутствие подлинных побуждений. Деятельность, особенно однообразная, которая выполняется в первую очередь под воздействием внешнего давления или вследствие внутренней компульсии, не на основе всепоглощающего интереса.
3. Роль тревожности менее стабильна. В ряде случаев под воздействием длительной фрустрации возникает компенсаторная агрессивность, которая приводит к тревожности. В дальнейшем это способствует регрессивному уходу от деятельности.
4. В ряде случаев у мужчин возникает идентификация с женщиной, противопоставляемая агрессивным амбициозным установкам.

Нет какого-либо специального типа личности, попадающего в эту категорию; любой человек до некоторой степени может демонстрировать временные симптомы такого типа истощения.

### **Психотерапия**

Медикаментозное лечение или диета, направленные на ликвидацию дефицита йода, необходимо в большинстве случаев гипотиреоза. Многим больным может помочь изменение внешних обстоятельств, дающее им возможность реализовать свои истинные побуждения. В других случаях наличие внутренних конфликтов не дает возможности такого простого решения и требует систематической психотерапии.

Успешно могут применяться методы психосинтеза, гештальт-терапии, когнитивной психотерапии, транзактного анализ, поведенческой терапии, семейной психотерапии, нейролингвистического программирования.

## 5.2. ГИПЕРТИРЕОЗ

### *Картина личности*

Взаимодействие наследственных факторов и влияний окружающей среды в раннем детстве может обусловить склонность к гипертиреозу. Поскольку влияния среды и их психическая переработка играют значительную роль, представляется оправданным взгляд на двухэтапный механизм (Weiner, 1977), в соответствии с которым предрасполагающие факторы могут действовать совместно с ранними детскими семейными влияниями в процессе приобретения предрасположенности.

Классический психосоматический подход, представленный Александером (2002), видит психодинамические истоки заболевания в отсутствии защищенности, надежности в самом раннем детстве, когда эта защищенность нарушается смертью или родительским отвержением и/или нездоровыми семейными взаимоотношениями. Неудовлетворенное желание привязанности побуждает больных идентифицироваться с объектом стремлений. Эта ранняя идентификация приводит, однако, к физиологической и психологической перегрузке и заканчивается постоянной борьбой, неуверенностью и страхом в связи с низкой самооценкой.

К описанной Александером классической психодинамической конфигурации принадлежат ярко выраженное сознание ответственности и готовность к деятельности, которые, однако, подавляются чувством страха, проявляясь посредством контрафобий. Постоянно предвосхищаемая угроза безопасности преодолевается напряжением собственных сил. Многие исследователи отмечают готовность пациентов проявлять заботу о других, например, ухаживая за больными. Часто это проявляется в виде принятия на себя материнских обязанностей по отношению к младшим братьям и сестрам, что ведет к гиперкомпенсации агрессивных побуждений и соперничества с ними. Угроза безопасности — частое явление как у взрослых, так и у детей. Для больных с тиреотоксикозом

характерно, что их страхи и потребность в зависимости могут проявляться не прямо, а косвенно, в виде принятия на себя ответственности и контрфобического отрицания.

Контрфобические черты констатируются более чем у 2/3 больных, отрицание и вытеснение страха — более чем у 1/3 больных. Стремление к социальному успеху, труду и ответственности у больных носит, по-видимому, функцию самоуспокоения. 4/5 больных на протяжении всей жизни обнаруживают стремление непрерывно добиваться успеха; чувство долга в отношении своих занятий и работы доводит их иногда до истощения. У женщин отмечается повышенная потребность вывести детей в люди, а если удастся, то еще и усыновить кого-либо (Brautigam, Christian, 1973).

Как и при других психосоматических заболеваниях, остается нерешенным вопрос, почему больные реагируют на высокие требования жизни не регрессом и пассивным уходом, а, наоборот, таким форсированием усилий. Это вопрос о психо-физической предрасположенности и о том, как она формируется под влиянием наследственности и условий существования в раннем детстве.

Мы находим у больных готовность постоянно перевыполнять свои задания. Похоже, что этих больных в детстве при нуждали к тому уровню самостоятельности, справиться с которым они не были готовы, будь это ранняя потеря матери, развод или ссоры родителей, преждевременное участие детей в родительских конфликтах или воспитании младших сибсов. Пациенты достоверно чаще являются старшими из нескольких детей. Они производят впечатление личностной зрелости, которая, однако, адекватна не всем ситуациям и лишь с трудом скрывает слабость и страх, страх перед половой жизнью взрослых, перед расставанием или собственной ответственностью или вообще перед необходимостью выжить. Их фантазии заполнены умиранием и смертью. По Alexander (1951), гипертиреоидный больной — человек, «всю жизнь пытающийся выдержать борьбу со своим страхом».

Важным является прежде всего соматопсихический аспект, показывающий, как меняются под влиянием лечения готовность к деятельности и подсознательная отвергающая страх контрфобическая установка. Отмечающиеся в острой фазе болезни беспокойство, возбуждение и боязливость постепенно исчезают после устранения тиреогенного повышен-

ного обмена веществ, так же как и эмоциональная лабильность, повышенная чувствительность к жаре, импульсивность. Это совершенно очевидное для окружающих изменение нередко переживается больным как утрата. Больные жалуются на потерю инициативы, снижение трудоспособности и дисфорию вплоть до депрессивных расстройств. Эутиреоидное состояние расценивается ими как ограничение деятельности и функциональных возможностей Я (Banner, 1968).

## **Психотерапия**

Психотерапия должна включать фокальную переработку конфликтных пусковых ситуаций Rodewig 1993.

Даже при хорошем состоянии щитовидной железы при гипертиреозе и полноценной субSTITУции психопатологическая симптоматика (депрессии, неуравновешенность, расстройства сна) может сохраняться. Причиной этого может быть то, что при слегка повышенном уровне гормонов в крови больные чувствуют себя активными и оживленными, а при нормальном уровне воспринимают свое состояние как пассивно-апатическое, безынициативное и склонны к депрессивным реакциям. Психотерапевтическая беседа в сочетании с правильно проведенной психотерапией может наряду с переработкой конфликтной ситуации подавить существующую в данный момент психопатологическую симптоматику. Последняя большей частью связана с переживаниями взаимоотношений в семье и на работе, с вопросом переключения на новый уровень активности. Изучая кризисные ситуации и характер болезни, можно помочь больному выработать такой образ жизни и такое отношение к здоровью, которые не заключали бы в себе никакого риска возобновления болезни.

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, когнитивной психотерапии, гештальт-терапии, психосинтеза.

## **Позитивная психотерапия при заболеваниях щитовидной железы**

**Заболевания щитовидной железы** — способность активизировать все жизненные процессы и так ускоренно расти и преждевременно стареть (гипертиреоз); способность замедлять

жизненные процессы и тем самым избегать перегрузок (гипотиреоз).

**Расстройства и физиология.** То, что щитовидная железа играет важную роль в регуляции и преодолении психофизических экстремальных ситуаций, подтверждают факты о том, что при беременности и длительном стрессе щитовидная железа увеличивается и функция ее повышается.

Определенные, часто повторяющиеся семейные переживания у больных гипертиреозом играют важную роль в развитии личности и возникновении актуальной конфликтной ситуации.

Поскольку постоянный страх жизни не может быть уменьшен поддержкой близких людей, он достаточно часто преодолевается тем, что будущий больной гипертиреозом преждевременно приобретает компетенцию родителей и вместе с ней независимость от них и усиленно развивает ответственное сознание и готовность к деятельности.

Больной гипертиреозом склонен к тому, чтобы жертвовать собой ради других. Возникающие при этом враждебные чувства по отношению к «счастливчикам» вытесняются и сверхкомпенсируются усиленной активностью.

«Правила игры», которые ребенок усвоил на всю жизнь в родительском доме, можно представить примерно так: «Посмотри, ты ведь справишься сам. Мы не можем о тебе позаботиться. У нас много своих хлопот». В соответствии с этим особенно проявляются такие актуальные способности, как *трудолюбие/деятельность, послушание, бережливость и обязательность*. Сфера контактов и тела полностью определяются стремлением к успеху и достижениям.

В качестве опросника при заболеваниях щитовидной железы можно использовать общий опросник в разделе «Позитивная психотерапия» части 1.

### 5.3. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

#### *Картина личности*

Современные исследования подтверждают, что у людей, страдающих сахарным диабетом, часто бывает ряд психологических проблем и психических расстройств. Они не только причиняют страдания сами по себе, но также влияют на лече-

ние и исход соматического заболевания (Geringer, 1990; Wrigley, Mayou, 1991; Wulsin, et al., 1987).

Диабетик точно знает, что деятельность по меньше мере одной системы его организма нарушена. Из этого возникает чувство неуверенности. Хронический дефект может негативно влиять на жизненную стратегию диабетика: часто он организует всю свою жизнь вокруг своего страдания («диабет как образ жизни»).

Bleuler (1975) описывает различие между взрослыми (тип II) и больными юношеским диабетом (тип I). Взрослые не представляются выраженно анксиозными, хотя тенденции к ларвированной депрессии несомненны. Их скорее открытая, эго-сintonная личность склонна к депрессивным реакциям при нагрузках. Личностные черты, достигающие шизоидности, скорее характерны для больных юношеским диабетом, при нагрузках здесь характерны отрицание и селективное восприятие проблем.

Rudolf (1970) следующим образом обобщил литературные данные о психосоматических концепциях в возникновении диабета.

1. Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Может возникнуть обжорство и ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия и далее истощение инсулярного аппарата.
2. Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при отнятии любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.
3. Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиваться диабет.

Психические факторы, в особенности при I типе сахарного диабета, существенно влияют на течение и терапию. Groen, Loos (1973) придают особое значение свойственным этим больным чувству незащищенности и эмоциональной заброшенности. Alexander (1950) описывает, кроме этого, сильные рецептивные желания заботы о себе и активный поиск зависимости от других. Пациенты демонстрируют большую чув-

вительность к отказам в удовлетворении этих оральных желаний. Это соответствует описанию Reindell et al. (1976), которые установили у диабетиков «амбивалентные тенденции тревоги, беспокойства, страха с одной стороны и стремления к покоя и защищенности — с другой».

Примером чрезмерно выраженной дезадаптации к сахарному диабету является «лабильный сахарный диабет». Он характеризуется значительными колебаниями содержания глюкозы в крови, часто с многократными случаями неотложной госпитализации. В настоящее время широко принята точка зрения, что лабильный сахарный диабет — это поведенческая, а не патофизиологическая проблема (Williams et al, 1991). В авторитетном в этой области медицины труде Tattersal, Walford (1985) пришли к выводу, что «такие больные ни «безумные», ни «плохие», но позволяют себе потенциально опасное поведение, частично потому, что пренебрегают его последствиями, но чаще потому, что оно «окупается» в смысле удовлетворения других потребностей, независимо от того, любовь ли это или кров, благоприятное мнение или бегство от какого-либо иного неразрешимого конфликта».

### **Психотерапия**

Психотерапевтические мероприятия показаны на всех уровнях психофизического взаимодействия, поскольку одно лишь медикаментозное лечение не в состоянии изменить положение больного и только способствует хронизации заболевания.

При долгосрочном ведении больных в их отношении к психотерапевту следует учитывать, что заболевание может переживаться как потеря автономии и усиление зависимости. Может зафиксироваться чувство беспомощности и бессилия, что в крайних случаях может вести к тяжелым депрессиям с повышенной суицидальностью (Reindell et al., 1976).

По Benedek (1948), попытка понуждения к диете может сопровождаться усилием страха, чувства вины и конфликта и усиливать опасность кетоацидоза. Чтобы быть терапевтически действенным, предписание диеты должно производиться на основе удовлетворительных отношений психотерапевта и больного.

При стабилизации психического состояния стабилизиру-

ется также и соматический гомеостаз. Если психотерапевт при этом вызывает у больного статус страха и ярости, это может через усиление симпатико-адренэргической стимуляции вести к ухудшению клинического состояния.

В случае повторных срывов функционирования обменных процессов помочь могут оказаться также и специальные психотерапевтические вмешательства. Оправдало себя включение этих пациентов в центрированную по болезни групповую терапию или стационарное начало курса психотерапии, проводимого далее в амбулаторных условиях. Семейный психотерапевтический подход дает большой эффект у детского контингента. Так, Minuchin et al. (1983) показали, что в этих семьях наблюдаются значительные трудности преодоления болезни и коммуникативные нарушения часто могут быть исходным пунктом кетоацидотических срывов у заболевших детей.

Для вовлечения человека в психологическую работу (а он может выполнять ее с большой неохотой или даже проявлять враждебность) очень важны сочувствие и такт; следует избегать грубоватой конфронтации. Во время обследования следует выяснить значимые психосоциальные факторы и заниматься ими. Затем устанавливают связь между периодами ухудшения регулирования содержания глюкозы в крови и эмоциональным дистрессом или трудностями социального характера. Конфронтация не всегда полезна: признаком успеха является сдерживание прогрессирования заболевания и стабилизация процесса с обязательным устранением психологических нарушений, улучшенное регулирование содержания глюкозы в крови и, в перспективе, сокращение случаев госпитализации.

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза.

## КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

### КРАПИВНИЦА

**Р**ечь идет об остро возникающем поражении кожи с четко ограниченными волдырями; наблюдается чаще всего на лице. Основные симптомы — сильный зуд и наличие красных волдырей разного размера.

Даже при аллергически обусловленных формах крапивницы для ее манифестации или в качестве одного из причинных факторов имеет значение психическая перегрузка. Для психосоматических форм хронической крапивницы характерны готовность к переживаниям и определенная структура личности.

Grace, Graham (1952) установили, что крапивница возникает у тех, кто испытывал на себе жестокое обращение. Эта жестокость имела нередко такие формы, что о ней трудно было рассказать и что-то с ней сделать. При этом отмечается, что страдающая сторона не в состоянии найти выход из положения и представить себе возможное решение проблемы. Типичные трактовки этой ситуации были такими: «они мне много дали, и я не могу ничего поделать»; «я выдерживаю удары»; «моя мать колотила меня»; «мой жених не хочет меня, он пренебрегает мной, но что я могу поделать?».

Характерны отношения зависимости от других, более сильных личностей с мазохистской обвинительной установкой. Обычно в отношениях с партнером повторяется мазохистская зависимость из ситуации детства.

В общем, можно сказать, что аллергики в детстве травмируются матерями, проявляющими гиперопеку или холодность. Налицо зависимость от этого объекта влечения, агрессивная реакция невозможна, и агрессия направляется на себя. Мазохистское отношение к объекту, который в то же время позволяет сохранять эмоциональную связь благодаря направленно-

сти агрессии на собственную личность, признается сторонниками психоанализа.

Musaph (1976) сообщает о следующих отличительных чертах личности больных:

- сильная склонность к пассивной позиции в межличностных контактах;
- высокая готовность к страху в сочетании с низкой толерантностью страха;
- сильная ранимость в любовных отношениях;
- высокий уровень неуверенности в поведении.

Matthes (1974) выделяет также в качестве аспекта отношений больных уртикарией их поиск «объектных отношений цепляющегося, зависимого стиля». Такой человек имеет тенденцию избегать риска в поисках безопасности.

## КОЖНЫЙ ЗУД

У чувствительных и предрасположенных к этому людей негативные эмоции могут вызывать кожный зуд или усиливать его. Часто можно наблюдать, что больные в состоянии раздражительности и психического напряжения, страха или возбуждения значительно чаще жалуются на ощущение кожного зуда или жжения, чем эмоционально уравновешенные больные. Кроме того, часто можно установить, что у одного и того же человека неизменные кожные заболевания в периоды более сильного нервного напряжения, фрустрации, разочарований, в сложных, тяжелых жизненных ситуациях более часто сопровождаются зудом. Сексуальное беспокойство, чувство вины, гнев и страх могут вызывать зуд (Wittkower, Lesler, 1963). Наблюдалось, что пациенты с психогенным кожным зудом склонны к невротической любви к порядку и блокированы в своем выражении агрессии. Гнев подавляется, вследствие чего может возникать приступ зуда (Musaph, 1976).

## АТОПИЧЕСКИЙ НЕЙРОДЕРМИТ (ЭНДОГЕННАЯ ЭКЗЕМА)

**Экзема грудного возраста.** Это кожное заболевание в психосоматическом плане рассматривается как выражение нарушений отношения с матерью. Spitz (1967) пишет, что в рамках

его исследований были обнаружены два значимых для возникновения болезни фактора. Дети имели матерей с инфантильной структурой личности, проявлявших к ним враждебность, замаскированную под боязливость, матерей, которые неохотно дотрагивались до них, неохотно ухаживали за ними и систематически воздерживались от кожного контакта с ними. Ребенок со своей стороны демонстрирует врожденную предрасположенность к повышенным кожным реакциям, которые ведут к усилению кожного представительства воспринимаемых психологических конфликтов, что в психоаналитической терминологии обозначается как «либидинозная загрузка поверхности кожи». Особенное значение имеет двусмысленное поведение матери: то, что от нее исходит, не соответствует ни ее внутренней установке, ни ее действиям в отношении ребенка.

Автор иллюстрирует патогенную эмоциональную среду, воздействию которой подвергается ребенок, следующим примером: мать избегает соприкосновения с ребенком, ссылаясь на то, что не хочет причинить вреда столь нежному, хрупкому созданию; таким образом под маской заботы скрывается отвергание и враждебность.

Во многих случаях болезнь спонтанно прекращается на первой половине второго года жизни. Автор предполагает связь с развивающейся активностью ребенка, которая высвобождает его от тотальной зависимости от матери, делая возможным вступление в контакт с выбираемыми им объектами.

Следует ожидать, что эпизод экземы на первом году жизни оставит стойкие следы в психическом развитии ребенка, о которых, однако, можно лишь строить предположения.

**Подростковый и взрослый контингенты.** Эндогенная экзема в группе экзем представляет заболевание, в особенности руководимое автономными центральными нервными процессами, и тем самым тесно связанное с личностью больного. Оно может выступать в связи с другими аллергическими заболеваниями.

Пациенты часто характеризуются выраженной пассивностью. Им трудно дается самоутверждение. Появление заболевания часто сопровождают конфликтные партнерские отношения. При этом по сфере распространения экземы следует различать две группы больных:

- при лишь внешне интактных диадных отношениях экзема распространяется в области суставов, лица и головы;
- при здимо напряженных диадных отношениях наблюдается распространение в области грудной клетки, бедер и плеч.

С медицинской точки зрения аллергические реакции кожи (нейродермит) представляет собой атипичную иммунную реакцию организма на внешнее воздействие. Однако данные о связи этого заболевания с враждебностью противоречивы. Так, Elizur (1963) рассматривает нейродермит как косвенный показатель повышенной враждебности. В то же время по данным Cleveland, Fisher (1956), уровень враждебности у больных нейродермитом снижен по сравнению с пациентами, страдающими заболеваниями кожи, не относящимися к группе психосоматических расстройств. Из этого авторы делают вывод, что враждебность при такой патологии, как нейродермит, может трансформироваться в соматические проявления.

Приступы нейродермита часто возникают при проблемах в партнерских отношениях, разлуке или появлении лиц, которые имеют большую эмоциональную притягательность для больных. Нередко обнаруживаются переживания и проявления сильных чувств, ожиданий, желания близости, сексуальности и ее фruстрации вследствие собственной амбивалентности или отказа партнера. При этих конфликтах, связанных с ситуацией сближения, во многих описаниях подчеркивается роль собственной телесности, желания и удовлетворения, возможности показать и представить себя в телесном облике. Эти описания обычно определяют понятием «экстибиционизм».

## АНОГЕНИТАЛЬНЫЙ ЗУД

Аногенитальный зуд часто вызывается раздражителем местного действия, инфекцией или каким-либо иным заболеванием. Он характеризуется сильным раздражением, экскориациями и воспалительными высыпаниями. Зуд в анальной области в особенности характерен при раздражительности, депрессии, ипохондрии. Местная терапия и лечение внешних кожных изменений не всегда снимает зуд. Почексывание и прикосновение к зудящим участкам кожи становится тогда самоцелью. Связанное с этим удовольствие, следующее за этим

чувство вины и новые, побуждаемые агрессивными чувствами атаки на кожу образуют закрытую самоподкрепляемую систему, своего рода вечный двигатель. Почесывания могут стать эквивалентом мастурбаций и часто становятся привычкой, которая способствует стабилизации симптоматики.

### ПСОРИАЗ

Усиление расстройства наблюдается на фоне неспецифических, психически отягощающих ситуаций, как переживания потери объекта и угрозы безопасности и здоровью больных.

По-разному меняется самооценка больных. Они демонстрируют такие симптомы, как страх, подавленность с одной стороны и выраженное поведенческое реагирование — с другой. Больные псориазом склонны также к демонстративности.

По Wittkower, Lester (1963), психические факторы активны в особенности тогда, когда симптомы подвержены выраженным колебаниям и когда появляются острые рецидивы и затяжной зуд.

Психические аспекты далеко не всегда являются главным патогенетическим звеном, поскольку доказана значительная роль наследственной предрасположенности к заболеванию. Зуд не всегда обусловлен психически, он скорее зависит от остроты проявлений псориаза. Больные с давними хроническими формами мало страдают от зуда.

### ОКОЛОРОТОВОЙ ДЕРМАТИТ

Заболевание проявляется локализующимся на лице сильным воспалением кожи, которое захватывает главным образом область вокруг рта, а также другие участки лица. Характеризуется покраснением, инфильтрацией или отеком кожи, псевдопустулами и субъективным ощущением напряжения и зуда. Картина болезни впервые описана в последнее десятилетие, причем были высказаны различные мнения о причинах и путях лечения болезни.

Дermatologi обратили внимание на то, что заболевание встречается чаще у личностей определенного типа. Это очень деловые, чаще незамужние женщины среднего возраста, которые имеют проблемы в отношениях с мужчинами.

## 6.1. КАРТИНА ЛИЧНОСТИ ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Целенаправленный опрос позволяет выявить прямые корреляции между выраженностью псевдоаллергической реакции и остротой конфликтной или психотравмирующей ситуации, а также степенью эмоциональных нарушений (эмоциональной напряженности, тревоги, депрессии и страха, принимающего подчас характер фобий). Переход на другую работу или переезд в новую квартиру, болезнь и смерть близких или развод, страх перед экзаменом или боязнь нежелательной беременности ложатся в основу подобной симптоматики, развивающейся впервые или, чаще, рецидивирующей после более или менее длительной (порой многолетней) ремиссии. Общеизвестна чисто рефлекторная крапивница (на фоне значительной астенизации организма) у студентов во время экзаменационной сессии, у крайне впечатлительных женщин, вынужденных однажды воспользоваться общественным туалетом, или у эмоционально нестабильных людей, страдающих, как правило, синдромом раздраженного желудка или раздраженной толстой кишki, при одной лишь мысли о пищевых продуктах, вызвавших некогда острые диспепсические расстройства. Возможны даже фиксированные псевдоаллергические реакции на определенные психотравмирующие факторы или одно воспоминание и представление о них (например, парциальный бронхоспазм и пароксизм астмоидной одышки у жены в ответ на приступы стенокардии у мужа; ежегодная распространенная крапивница с ангионевротическим отеком у отца в день смерти дочери; уртикарные высыпания и отек Квинке у молодых женщин при одном лишь взгляде на рисунок цветка или флакон духов, запах которых провоцировал в прошлом аналогичные кожные изменения).

Наслоение психосоматических симптомов эмоционального стресса на самые несерьезные, казалось бы, кожные изменения (юношеские угри, себорея) резко меняет, интенсифицирует и хронифицирует всю клиническую картину. Гиперболизированное чувство физической и социальной неполноты, свойственное больным с кожными болезнями, и обостренная восприимчивость к реакциям окружающих (с их подчас унижающей жалостью или пренебрежением, нескрываемой презрительностью и боязнью заражения) усугубляют эмо-

циональную напряженность этих пациентов, их подозрительность и настороженность, толкают их на путь негативизма и социальной изоляции. Не случайно большинство таких больных предпочитают прогулки в одиночестве или коллекционирование марок всем контактам с внешним миром.

Все большая замкнутость и раздражительность вплоть до озлобленности и агрессивности, крайнее недоверие к возможности искреннего сострадания и человеческого сочувствия вообще и непрекаемая убежденность в экзогенной природе своего страдания чрезвычайно затрудняют общение этих больных с врачами. Непомерные или просто неразумные установки на самую радикальную терапию по поводу мнимых или незначительных дефектов кожи, ставших объектом неиссякаемой ипохондрической тревоги, приводят в конечном счете к отказу от них dermatологов и направлению к психиатру, что, по мнению этих пациентов, неправомерно и по ряду причин исключено. Нередкий отказ от врачебной помощи (в связи со все более стойкими идеями неизлечимости и утратой всякой надежды на официальную медицину, активным и далеко не безвредным самолечением или обращением к знахарям) иногда делает этих больных печальными издержками врачебной деятельности, игнорирующей или недооценивающей психическое (прежде всего эмоциональное) состояние пациента. У пациентов с неспецифическим поражением кожи (особенно при наличии вульгарных угрей и себореи) достоверно чаще диагностируют тяжелое депрессивное состояние, чем даже у больных меланомой (Cassileth et al., 1982).

В дерматологической практике основную массу больных с необоснованными жалобами составляют лица, охваченные тревогой и страхом по поводу изменения своей кожи и волос. Страх потери привлекательности и неизбежной при этом «неполноты» порой ломает всю жизнь человека. Самые ничтожные косметические недостатки, самые заурядные кожные изменения превращаются в «болезнь» за счет патологического преломления их в сознании эмоционально нестабильного индивида и его сверхценного к ним отношения. Предметом все-поглощающей ипохондрической тревоги и озабоченности, никак не связанной с объективной тяжестью и значимостью кожных проявлений, могут быть не бросающиеся в глаза юношеские угри и несколько сальная или пористая кожа, ослабление блеска и некоторое изменение фактуры волос или гипертрихоз у женщин, возникновение небольших залысин или, наоборот, чрезмерное оволосение у мужчин и т. д.

Довольно обыденное проявление страха заражения каким-либо инфекционным или венерическим заболеванием представляют собой «назойливые идеи чистоплотности» (Obergmaier, 1955), нередкие у врачей и медицинских сестер, работающих в дерматологических или фтизиатрических диспансерах и стационарах. Неустанное мытье рук может привести в таких случаях к развитию тяжелого дерматита.

### ***Психотерапия***

Психосоматические закономерности обнаружены относительно многих дерматологических проявлений. В каждом случае следует обращать внимание на психическую ситуацию пациента. Часто на первом плане видны нарушения коммуникабельности. В особенности это относится к кожным заболеваниям с аллергическим компонентом.

Соматическая реакция является своего рода линией защиты, препятствующей дезинтеграции личности. Можно также рассматривать соматизацию в качестве конца регрессии и, следовательно, возможности гармонизации личности. Если это пытаются сделать в рамках психотерапевтического лечения, то прежде всего следует проработать сосуществование установки на цепляющуюся зависимость и страха перед близостью. Чтобы вывести больных из изоляции, наиболее действенным методом является групповая терапия.

Если очевидны затруднения в оценке болезни, а больные убеждены в связи ее с конфликтом, то обычно возможно применение раскрывающей терапии. В соответствии с мнением больного и с возможностями терапии это может быть индивидуальная или групповая терапия, причем последняя дает хорошие возможности прежде всего для лечения больных с первоначально недостаточной мотивированкой.

У значительного числа больных нейродермитом имеются показания к раскрывающему психотерапевтическому лечению. Однако при этом больные обнаруживают повышенную эмоциональность, не терпят ожидания, быстро переходят от близости к отчуждению, пытаются сами определять ритм лечения. Поэтому при раскрывающей терапии всегда приходится считаться с необходимостью длительного лечения. Хорошие возможности может создать аналитическая групповая психотерапия, особенно у маломотивированных пациентов, затрудняющихся вербализировать свои проблемы.

Успешно используются методы транзактного анализа,

арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза, психодрамы, нейро-лингвистического программирования.

### Позитивная психотерапия при кожных заболеваниях

**Заболевания кожи и аллергия** — способность кожей чувствовать напряжения; сигнализировать при помощи кожи о том, что не может быть выражено иначе, и тем самым достигать того, что раньше не могло быть достигнуто по-другому.

**Расстройства и физиология.** Кровеносные сосуды кожи и потовых желез реагируют как на физические, химические, так и на психологические раздражители. На холодае сосуды сужаются; то же происходит при испуге, страхе, отвращении и зависти. Человек при этом бледнеет или даже «становится белым как полотно». Если жарко, сосуды расширяются, так же как и при стыде или гневе; человек краснеет. Иногда кожа покрывается красными пятнами, особенно шея и верхняя часть грудной клетки, это так называемые гектические пятна. Так бывает при стрессе, интенсивных переживаниях или при сексуальном возбуждении. Человека может «бросить в пот» не только при жаре и высокой температуре тела, но и при волнении и страхе (холодный пот ужаса). При неприятных прикосновениях или от пугающих мыслей может появиться «гусиная кожа» и т. д.

Грибковые инфекции являются хорошим подтверждением ослабленности защитной системы организма. При них человек постоянно должен беспокоиться о чистоте. Некоторые больные грибковыми заболеваниями — неистовые «фанатики чистоты».

**Актуальный конфликт.** Предпочитаемой сферой переработки конфликтов является сфера *тело/ощущения*. В этом пациент с кожными заболеваниями развивает особые, хорошо дифференцированные, хотя, по-видимому, и противоречивые способности. Его одновременно можно назвать и толстокожим, и тонкокожим. С одной стороны, его кожа толстая, как у слона, кажется, он ни на что не обращает внимания. С другой стороны, некоторые вещи он «чувствует на собственной шкуре», что-то «подзуживает» его, ему хочется «вылезти из кожи вон», хотя он так и не может «сменить кожу». При такой значимости телесной сферы остальные, естественно, оказываются недоразвитыми.

*Способности в сфере профессия/деятельность не развиваются в оптимальной мере или полностью блокированы.*

В сфере контактов могут возникать трудности вследствие амбивалентных установок к общению: потребность в привязанности при одновременном страхе полной близости («влезть в чужую шкуру»). Из-за недостаточной открытости и тенденции угодить, подавляя агрессию, быстро появляются разногласия и фruстрация. Если кто-то не может за себя постоять, «всыпать кому-либо», то символически эту задачу берет на себя кожа в форме «высыпаний». И тогда можно дать себе волю чесать, скрести и т. д.

В фантазиях преобладают зачастую лишь односторонние, т. е. негативные, представления и ожидания.

**Базовый конфликт.** Если проанализировать историю жизни пациента с кожным заболеванием, то, с одной стороны, можно выявить ранний дефицит в сфере тела и ощущений. Термо и защищенность, которые большей частью передаются при тесном физическом контакте, т. е. через кожу, часто недостаточны. Мать больными часто описывается как отвергающая или холодная, отец — как человек, у которого постоянно не хватает времени и терпения. С другой стороны, может обнаруживаться утрированная нежность со стороны одного из родителей. В воспитании большое значение отводилось чистоте в широком смысле этого слова («чистая совесть, чистые мысли»). В отношениях между родителями ребенок наблюдает либо отсутствие нежности, либо ее избыток. Как позитивные переживания, так и гнев, споры скрывались от детей. К другим людям родители относились скорее сдержанно, недружелюбно или, наоборот, старались выглядеть подчеркнуто дружески и гостеприимно. В их представлении большую роль играло то, «что подумают люди». Установка родителей к вопросам смысла жизни и веры многим больным неизвестна («об этом не говорилось»), или они вспоминали отдельные твердые правила.

**Актуальные и базовые концепции.** Кожу можно назвать зеркалом психических процессов. Не является случайностью и то, что определенные участки кожи особенно реагируют при эмоциях. Внешний вид, именно внешний вид кожных покровов особенно много значит для человека. При помощи этого органа можно многое сообщить невербально. По цвету и состоянию кожи мы определяем, молод человек или стар, устал

он или бодр, хорошо ли чувствует себя «в своей коже», «чувствует ли он кожей» что-либо.

Часто центральную роль играют повседневные мелочи вроде наших установок на *аккуратность, чистоплотность, вежливость, честность, справедливость, пунктуальность и добросовестность*, а также на телесный контакт, нежность и секуальность. Это обычно упускают из виду и сам пациент, и его партнер.

### **Актуальная способность: «контакты».**

**Определение и развитие:** способность устанавливать и поддерживать контакты, социальные отношения. Социальный контакт — это форма проявления способности контактировать, которая может быть направлена также на зверей, растения и вещи. В качестве критериев для контактов служат другие актуальные способности: человек ожидает от другого вежливости, пунктуальности и аккуратности, увлеченности определенными сферами интересов и т. д. и выбирает себе партнера в соответствии с этими критериями.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас более общителен? Кто из вас охотнее провел бы вечер с гостями? Как вы чувствуете себя, когда находитесь в обществе, где много народа? Трудно ли вам устанавливать контакты с другими людьми? Как вы себя чувствуете, когда у вас много гостей? Кто из ваших родителей был более общительным? Было ли у вас в детстве много друзей, или вы чаще находились в одиночестве? Когда ваши родители принимали гостей, разрешалось ли вам присутствовать и участвовать в разговоре?

**Синонимы и расстройства:** занимательный, общительный, встретить, встретиться, ближе познакомиться, обмен мнениями, советоваться, прикосновение.

Скованность, неуверенность, недоверие, повышенная чувствительность, дефицит контактов, завышенные ожидания, изоляция, одиночество, «бегство в общение», финансовые затруднения, депрессии, проблемы поколений, транскультурные сложности.

**Особенности поведения:** недостаточно испытывать большую потребность в общении, если вы ничего не предпринимаете в направлении контактов, посещений, приема гостей, писем, телефонных разговоров, прогулок и т. д. Можно научиться устанавливать контакты и поддерживать их. Принцип общения сам по себе мало полезен, если проблемы в общении связаны с другими актуальными способностями: контакты

могут ограничиваться из соображений бережливости, поддержания порядка, чистоплотности, вежливости, пунктуальности и т. д.

## Опросник к кожным заболеваниям и аллергии

1. Реагируете ли вы «раздраженно»? Бывает ли, что у вас «зудит» высказать свое мнение? Что вас «раздражает»? Что заставляет «вылезать из кожи вон»? Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
2. Кто сообщил вам о вашем заболевании?
3. Много ли значения придаете вы и ваш партнер вашей внешности? Большую ли роль играет для вас косметика?
4. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
5. Какое влияние оказывает ваше заболевание на вашу профессиональную деятельность? Какое влияние оказывает ваша работа на ваше заболевание?
6. Какие «мелочи» жизни (справедливость, опрятность, пунктуальность, бережливость, контакты и пр.) «выводят вас из себя»?
7. Хотите ли вы «держаться подальше» от кого-нибудь? Добивается ли кто-нибудь таких отношений с вами, которых вы не желаете или не в состоянии допустить?
8. Приятны ли вам ласки и физические контакты?
9. Приходится ли вам иногда «лезть из кожи вон»?
10. Какое значение имеют для вас и вашего партнера социальные контакты (гости, друзья, родственники, соседи, коллеги)? Что в этом отношении у вас общего с партнером и чем вы отличаетесь?
11. Считаете ли вы свою кожу «зеркалом внутреннего состояния»?
12. Господствуют ли в ваших мыслях односторонние, негативные представления?
13. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
14. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

### ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**П**сихосоматические аспекты в гинекологии касаются в первую очередь психической стороны нормального развития женщины во время пубертатного периода, сексуального созревания, беременности, родов, климакса и т. д. Психосоматика занимается прежде всего нарушениями этих нормальных процессов развития и действующими при этом психическими факторами (Бройтигам и др., 1999).

Многие случаи нарушений менструального цикла, болей внизу живота, бесплодия и сексуальных расстройств могут быть поняты и доступны терапии лишь в связи с эмоциональными развитием и состоянием. Психосоматические нарушения и реакции могут также сопровождать пубертатные кризы, беременность, роды и климактерий и выступать как следствие соматических гинекологических заболеваний. Длительных, дорогостоящих и отягощающих больных обследований часто можно было бы избежать, если учитывать психосоматические аспекты в рамках гинекологического лечения.

Понятие соматизации включает неизжитые и неосознаваемые конфликты, которые могут вызвать следующие патологические последствия:

- Органические заболевания с органными нарушениями, как, например, рвота беременных.
- Функциональные заболевания с соматическими функциональными нарушениями без морфологических поражений, например, вторичная amenорея.
- Соматические симптомы без органики и функциональных нарушений, например, диспареуния, боли в крестцовом отделе позвоночника и области таза.

В ходе месячного цикла гормоны оказывают специфическое действие на обусловленное инстинктами поведение женщины. Менструальный цикл начинается с фолликулинемической фазы, которой предшествует овуляция, и характеризуется последовательным повышением гетеросексуальных тенден-

ций. После овуляции следует фаза, координируемая лютеином, с материнскими побуждениями и более пассивной потребностью быть любимой и оплодотворенной. В предменструальной фазе, наконец, происходит общий отток гормонов, сопровождаемый тенденциями к очищению и выбросу.

Каждый гормон оказывает специфическое действие на инстинктивное поведение женщины. Если пробужденные таким образом потребности не могут быть удовлетворены в пределах соответствующей фазы эротическими актами, могут остаться напряжения, нарушающие гармоническое протекание цикла. Таким образом возникает нарушение гормонального равновесия, которое, в свою очередь, повышает эмоциональное напряжение и тем самым поддерживает порочный круг психосоматического содержания (Prill, 1964).

В основе гинекологических заболеваний часто находятся нарушения партнерских отношений. В особенности важно, какое течение эти нарушения отношений могут принять, например, при «сухом» или «молчаливом» супруге: подавленный супруг все меньше разговаривает со своей женой. Уязвленная женщина перестает реагировать эротически, она «молчит своим телом». Оба «воздерживаются» от партнера. Оба страдают от этого, причем супруг внешне выглядит грубым и неуступчивым, в то время как женщина здраво страдает. Она формулирует свой протест преимущественно органным путем. Наконец, она попадает на прием к психотерапевту. Лишь в результате настойчивой просьбы последнего на приеме появляется и муж, до того остававшийся в тени. Это позволяет сделать его раздраженное молчание, а также симптом фригидности его жены предметом терапевтического обсуждения.

## 7.1. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### *Картина личности*

Как и при других формах рака, имеются указания на то, что факторы, заложенные в изначальной личности, равно как и психическая их переработка, играют решающую роль. Женщины, которые уже раньше были психически менее выносливыми, имели сложности в межличностных отношениях, в сексуальной и профессиональной сферах, что обнаруживается в

беседах или при психологическом тестировании, проявляют более выраженные и дольше сохраняющиеся эмоциональные реакции с депрессивной и тревожной переработкой. Если при карциноме по сравнению с доброкачественными опухолями больные еще до биопсии проявляют больше признаков страха или депрессии (Morris et al., 1977; Maguire et al., 1978), то психоэтиологически это расценивается как показатель «раковой личности».

Сохранение или удаление молочной железы при хирургическом вмешательстве и радикальность последнего коррелируют с выраженностью и длительностью присоединившихся впоследствии психических симптомов. Изоляция, которая наступает у больных, особенно отчетлива в личностной сфере: 89% больных раком молочной железы почти или совсем не обсуждают со своим партнером факт своего заболевания (Beutel, 1988).

Общее мнение о том, что органосохраняющая операция лучше психологически перерабатывается не только молодыми, но и пожилыми женщинами и положительно воздействует на дальнейшее течение болезни, подтверждается в настоящее время и хирургами. По крайней мере уже на первых стадиях после операции возможен витальный прогноз. При формировании протеза молочной железы после мастэктомии, если не учитывать косметический эффект, чаще наблюдаются осложнения. Конечно, и после сохраняющей грудь операции во многих случаях бывает нужно повторное оперативное вмешательство, которое приводит к новым трудностям.

У больных раком молочной железы наряду с физическим состоянием заслуживает внимания не только первая пред- и послеоперационная «шоковая фаза», но и психическое состояние в последующие годы. Так, Muthny et al. (1986), наблюдавшие за 100 женщинами в послеоперационном периоде, отметили, что в первое время после операции преобладает позиция отвергания истины или установка «живи одним днем». Через 2,5 года после операции у большинства остаются такие установки, как «дух борьбы», «надежда» или «покорность судьбе». Но примерно треть больных еще испытывают трудности, они избегают разглядывать себя обнаженными в зеркале или показываться в таком виде своему партнеру. Каждая третья женщина считает, что партнер подавлен ее болезнью, но старается быть внимательным. Половина больных были довольны отношениями с партнером, в том числе и сексуаль-

ными. Не вызывает сомнения необходимость психосоциальной помощи для преодоления соматических и психических последствий болезни, в первую очередь — со стороны семьи и партнера. Желание получить советы по социальным вопросам, участвовать в специальных группах больных, в которых обсуждают медицинские темы, высказывают большинство таких женщин. Половина больных считают необходимым создание групп, в которых бы обсуждались психические проблемы, а также проводились индивидуальные беседы с психотерапевтами.. Около 10% больных, которых можно отнести к невротически реагирующей группе риска, борются с чувством подавленности и враждебности и имеют показания для целенаправленной психотерапевтической помощи.

### **Психотерапия**

Групповые психотерапевтические программы упражнений у больных раком молочной железы с уже имеющимися метастазами, вначале направленные только на улучшение качества жизни, ориентированы на психодинамическую поддержку и включают упражнения по снятию напряженности. Они не только приносят субъективное улучшение и облегчение, но и дают впечатляющий отдаленный эффект. Через 1,5 года летальность в психотерапевтической группе по сравнению с контрольной была значительно ниже, а через 10 лет катамнез и прогноз оставшихся в живых значительно улучшились (Spiegel et al., 1989).

Примечательно также, что, как и приэкстирпации матки, многие женщины говорили, что врач, который обследовал их, устанавливал диагноз и показания к операции, почти ничего не сказал им о ходе болезни и операции и возможных отдаленных последствиях. Это указывает на важность рекомендаций в беседах с больными психотерапевтов всех уровней, в том числе специалистов крупных клиник. Среди опрошенных по поводу разъяснения им перспективы их болезни около 20% возложили вину (целиком или частично) за отсутствие этих сведений на психотерапевтов. Ретроспективно были уверены в необходимости удаления железы 37% больных, категорически против — 15%, а 31% больных сомневались. При этом отрицательное отношение к операции и потере молочной железы для последующей сексуальной жизни проявляли лишь немногие женщины: 60% имели удовлетворяющие их сексуальные

отношения, и этот процент был значительно выше, чем у больных, находящихся на гемодиализе. Вероятно, у последних общесоматические и вредные для нервной ткани токсичные вещества непосредственно влияют на либидо и половые функции.

См. также главу «Онкологические заболевания».

### 7.2. ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ

Удаление матки при гинекологических заболеваниях, при сильных кровотечениях, для профилактики рака в группе повышенного риска относится к довольно частым гинекологическим операциям.

Наличие матки и регулярных менструаций имеет большое значение для самосознания многих женщин. Здесь играют роль преувеличенные страхи и представления о кастрации, потере женственности и молодости, а также опасение, что женщина не будет больше привлекательной и потеряет возможность нормальных сексуальных отношений. Поэтому неудивительно, что после удаления матки даже при доброкачественных заболеваниях часты жалобы на депрессию, истощение и общее недомогание.

В целом же дифференцированные катамnestические наблюдения через 3 года после операции показывают, что большая часть женщин через несколько месяцев возвращаются к прежнему состоянию и прежним установкам. Потребность в общемедицинской или специальной психотерапевтической помощи чрезвычайно мала и касается в основном тех женщин, которые еще до операции были склонны к психическим или психосоматическим жалобам. Важными для процесса быстрого преодоления представляются, в частности, различия во времени, которое затратили для компенсации психотерапевт и больной до операции, выясняя все «за» и «против» принимаемого решения. Для течения болезни имеют значение стабильность отношений партнера до и после операции и готовность супруга провести вместе это время (Zintl-Wiegand et al., 1989).

Если нет грубых рубцовых изменений после операции, то органический фактор и не может быть ответственным за возникшие в послеоперационном периоде сексуальные расстройства.

### 7.3. ПЕРВИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ

Менструации имеют ряд биологических параметров, которые находятся на разных уровнях и взаимодействуют с миром переживаний и многообразными внешними влияниями. Это обнаруживается уже при менархе — первой менструации, которая появляется у современных девочек на несколько лет раньше, чем несколько десятилетий назад. Профессиональное же образование, социальная независимость и окончание юности сдвинулись на третье и даже четвертое десятилетие жизни. В результате половое созревание опережает психическое, личностное и социальное взросление. Вместе с тем молодые люди в наши дниексуально информированы, активизируются извне, иексуальная активность начинается все раньше, нередко становясь причиной конфликтов.

Первичная аменорея (или слишком поздно появляющиеся менструации) описывается при разных личностных структурах. Однако при этом следует исходить из того, что на первый план выступает влияние гормональных и соматических факторов наряду с влиянием алиментарных условий.

### 7.4. ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ

Преходящее отсутствие менструаций под влиянием психических факторов относится к наиболее частым психосоматическим наблюдениям, которыми располагают психотерапевты.

В большинстве случаев оказываются важными ситуационные влияния, проявления страха, ужаса и в целом стресса. Уже во время франко-немецкой войны 1870 — 1871 гг. врачи часто наблюдали в осажденных городах Страсбурге и Париже вторичную аменорею. Такие же наблюдения отмечены после железнодорожных аварий, взрывов и землетрясений. Аменорея вследствие бедственного положения описана среди узников концлагерей и у заключенных в тюрьмах. Аменорея была частым явлением в концлагерях (от 30 до 90%). В самом страшном лагере нашей эпохи — концлагере Аушвиц (Освенцим) аменорея наблюдалась у 100% женщин. Естественно, что в этих случаях играл роль и алиментарный фактор (дистрофия). В подавляющем большинстве случаев аменорея наступала в течение первого месяца пребывания в лагере, в остальных

случаях — на втором или третьем месяце. При одинаковом питании в тех группах, где не было непосредственной угрозы жизни, частота аменореи была в 2 раза меньше. Сколько велика при этом роль страха и напряженного ожидания, показывают случаи с женщинами-заключенными, у которых перед судом и приговором аменорея наблюдается значительно чаще, чем при отбывании наказания после приговора.

Следующим фактором является «лишение корней». Разлука с близкими людьми, изъятие из привычной среды, как это было с беженцами во время войны и после нее, очень часто вызывают расстройства менструаций. Лишь разлука с близкими людьми обусловливает примерно у 20% женщин нерегулярность менструаций или аменорею (следует упомянуть также ситуации расторжения помолвки, брошенность родителями и т. д.). Периодические кровотечения регулируются не исключительно посредством гормонов, но и благодаря контакту с противоположным полом, который имеет общесоматическое значение, являясь функцией, действующей на все жизненные процессы.

### 7.5. ДИСМЕНОРЕЯ И ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

#### *Картина личности*

Психоаналитически ориентированные гинекологи находят у женщин с дисменореей невротический конфликт, связанный с анальной проблематикой. Соответственно анальным переживаниям при менструациях также возникает страх утраты, который может привести к судорожному внутреннему состоянию напряженности и регрессивному замыканию в себе. Это впоследствии затрагивает как менструации, так и сексуальную готовность (с крайним проявлением в виде вагинизма) и часто сочетается с запорами. Излишне поспешным было бы заключение, что дисменорея всегда сочетается с травмирующими переживаниями сексуального характера, что наблюдается только в отдельных случаях. Но иногда обнаруживается последующая психическая отягощенность из-за сексуального совращения родителями или из-за инцестуозной фиксации в сфере фантазий (Бройтигам и др., 1999).

Мало какая иная область является столь доступной для

вторжения психогенных и психосоматических факторов, как менструальный цикл женщины. Дисменорея указывает на внутренние напряжения. В отдельных случаях связь с актуальным нарушением является очевидной, как у молодых девушек под влиянием эмоциональных нагрузок, у обрученных или покинутых женщин и у замужних, стыдящихся сексуального акта, несчастных в своей семье или боящихся беременности. Некоторые из этих дисменорей исчезают после заключения счастливого брака, улучшения условий жизни и супружеских отношений или после появления желаемой беременности.

Привычная дисменорея часто является следствием глубоких внутренних конфликтов. Они могут корениться в негативном отношении матери к менструации, если оно передалось дочери. Здесь матери скорее говорят с дочерьми об оплодотворении, беременности и родах, чем о менструации. Семейная ситуация при наступлении цикла имеет большое значение для позднейшей интеграции женской роли и сексуальности, с одной стороны, и появления менструальных нарушений — с другой.

Привычной дисменореей, по Condrau (1965) и Senarclens (1966/68), страдают прежде всего невротичные, фригидные женщины с низкой социальной адаптацией и сознательным страхом сексуального контакта. Могут встречаться характерологические структуры мужского типа с тенденцией к доминированию, у лиц, чувствующих себя униженными процессом менструации. Некоторые в своем эмоциональном поведении задерживаются на пассивной ступени маленького ребенка, ищут материнской защиты и пугаются задач, которые жизнь ставит перед ними как взрослыми женщинами.

Редко можно встретить страдающих нарушениями цикла женщин, которые способны к оргазму и имеют возможности к этому переживанию в рамках стабильных, удовлетворяющих партнерских отношений. Нарушения имеют причиной нечастые сексуальные акты (раз в месяц или еще реже). Обычно это — тайна, боязливо скрываемая многими пациентками. Фригидность и воздержание обнаруживаются почти всегда, так же как и преходящее или стойкое нейровегетативное напряжение и инстинктуальная неудовлетворенность. То, что когда-то называли «менструальным неврозом», есть не что иное, как латентная форма невроза страха.

Наиболее часто оказывается нарушенной предменструаль-

ная фаза цикла; в это время женщина боязлива, раздражительна или депрессивна. Тип нарушений определяется фиксацией или регрессией: некоторые больные демонстрируют оральные дисфункции (анорексия, булимия, алкогольные эксцессы), другие страдают нарушением функции кишечника, как, например, спастическими предменструальными запорами, которые затем во время менструации легко переходят в поносы.

Значение нарушений цикла определяется еще и тем, что большое число женщин примерно на протяжении четверти своей жизни обречены на своего рода «менструальную инвалидность».

### **Психотерапия**

Brautigam, Christian (1973) сообщают, что именно при менструальных нарушениях лечение, связанное с раскрытием конфликтов, часто сопровождается поразительными успехами. Если возможность такого лечения упущена, то бесконечная симптоматическая терапия с часто опасными средствами и вмешательствами может оставаться безрезультатной. Prill (1964) также рекомендует расшифровку вместе с большой «специфического для конфликта органного языка». Он разработал опросник для изучения субъективной ситуации своих пациенток. Они опрашиваются в нем, например, о самочувствии на работе, о трех наиболее любимых лицах в юности и о первой дружбе. Prill придерживается мнения, что этот опросник дает лишь предварительную информацию, и что обсуждение более личных проблем должно быть оставлено для устного расспроса. Диагноз психогенной дисменореи или аменореи должен ставиться не методом исключения, а по анамнестическим данным.

Успешно используются также методы транзактного анализа, арт-терапии, психосинтеза, психодрамы, гештальт-терапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии.

## **7.6. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОБЛАСТИ ГИПОГАСТРИЯ**

Функциональные нарушения в гипогастральной области, не зависящие от менструального цикла и не имеющие какой-либо органической основы, обусловливают наиболее частые в

гинекологической практике жалобы. Такие нарушения носят различные названия: «пельвиопатия» при болях внизу живота или в пояснице, если они не зависят от половых контактов; «диспареуния», если они связаны с половыми отношениями; «хронический аднексит», если боли имеют одностороннюю локализацию и нет достаточных оснований считать процесс воспалительным. Большое число подобных диагностических понятий отражает часто возникающую диагностическую неопределенность. Все эти жалобы могут не иметь органической основы. Поэтому важно провести тщательное клиническое обследование. При частой неопределенности соматического диагноза одного исключения органических изменений для признания психосоматической обусловленности заболевания недостаточно.

## *Картина личности*

Связь между временем появления жалоб и изменениями жизненной ситуации, отношение женщины к сексуальным функциям и к ожидаемому, полученному или еще не достигнутому сексуальному удовлетворению имеют решающее значение. Выраженные конверсионные невротические болевые ощущения внизу живота, при которых при гинекологическом обследовании нередко обнаруживается выраженное защитное мышечное напряжение, необходимо диагностически оценивать с учетом всей личности и проблематики ее развития, особенностей предъявления этих жалоб и характера взаимоотношений психотерапевта и больного. Очень часто, когда при повторном обследовании отмечаются нормальные показатели, психотерапевты не используют возможность проведения одной или нескольких бесед с психосоматической постановкой вопросов и различным толкованием болевых ощущений. Излишне поспешными бывают попытки толковать эти жалобы лишь как травмирующие переживания сексуального характера, будь то эгоистичный партнер или сексуальное совращение взрослыми в детском возрасте. Поскольку важны актуальные травмирующие переживания, необходимо рассматривать исходные особенности личности. Нельзя забывать, что некоторые женщины преодолевают эти травмирующие переживания и их сексуальное развитие происходит без осложнений.

### **Психотерапия**

Жалобы на нарушение менструального цикла и функциональные расстройства в области гипогастрия в редких случаях становятся предметом внимания психотерапевта. С ними чаще имеют дело гинекологи и врачи общей практики. Если исключается органическая причина, то встает вопрос об актуальности конфликта или невротических нарушений, и тогда несколько бесед могут дать поразительные результаты. Для этого необходимо раскрыть отягощающий актуальный конфликт и оценить невротический фон личности. Обобщенные данные Prill (1964) показывают, что раскрывающая психотерапия, будь то психоанализ, анализ симптомов, сконцентрированный на конфликте, или групповая психотерапия, далеко превосходит по эффективности все остальные формы суггестивного, обучающего или просто медикаментозного лечения.

Успешно используются также методы транзактного анализа, арт-терапии, психосинтеза, психодрамы, гештальт-терапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии.

### **7.7. МЕНАРХЕ И КЛИМАКС**

Появление менструаций и их прекращение вносят радикальные изменения в жизнь женщины. Оба эти процесса часто переживаются двойственno. Начало месячных означает появление забот в связи с наступающей женственностью, ежемесячно возникающих затруднений и неприятных переживаний, но в то же время это показатель созревания и полной функциональной способности быть женой и матерью. Прекращение месячных освобождает от «критических дней», но в то же время показывает утрату способности к продолжению рода и рождению новой жизни. Менопауза, однако, ставит вопрос не только в отношении конкретной женщины, которая нередко видит в ней одно только облегчение. Оценка этого изменения всегда зависит также от взаимодействия с партнером.

Гормональные факторы перестройки в климактерическом периоде, без сомнения, оказывают свое действие. В то же время не следует сбрасывать со счетов и субъективное значение

женственности, а также вопрос, была ли до сих пор полноценной жизнь женщины как сексуального партнера, жены и матери и каково соотношение непережитого и неисполненного.

Из психосоматических проявлений при этом описывают уменьшение или увеличение массы тела, вазомоторную лабильность с приливами жара, частую смену настроения, тревожность, раздражительность, снижение сексуальных потребностей или их чрезмерное усиление. Эти симптомы вряд ли можно объяснить только гормональной дисрегуляцией и перестройкой. Так называемая сексуальная паника перед закрытием ворот — это не просто следствие гормональных изменений; она часто становится для женщины точкой отсчета для подведения баланса прожитой жизни. Примечательно также, что в странах западной культуры у женщин из высших социальных слоев менопауза наступает позже, в то время как в социальных низах — значительно раньше. В слаборазвитых странах у женщин, выполняющих тяжелую работу, менструации также прекращаются раньше.

То, что было сказано в отношении эмоционального климата в семье в связи с наступлением менархе, в равной мере относится и к менопаузе. Однако деформированная в детстве установка в отношении менструаций и женственности позже может нейтрализоваться удачными партнерскими сексуальными отношениями и приносящим удовлетворение выполнением роли женщины, и тогда подобная установка не будет уже оказывать отрицательного влияния.

Несомненно, с наступлением менопаузы начинается вторая половина жизни женщины с характерными для нее процессами соматической инволюции, на протяжении которой состояния подавленности, колебания настроения и даже явные депрессивные реакции становятся более частыми, чем в первой половине жизни. Внешних и внутренних поводов для этого у чувствительных людей хватает. Многие психиатры считают неправомерной нозологической единицей инволюционную депрессию, которая представляет собой эндогенно окрашенные эмоциональные расстройства, возникшие во второй половине жизни. Подобные диагностические ярлыки чаще всего только маскируют невротические черты личности и психосоциальные взаимосвязи.

## 7.8. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ (ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ) СТЕРИЛЬНОСТЬ

### *Картина личности*

Однозначной специфики типа личности не существует. Goldschmidt (1973) по данным литературы формулирует две наиболее распространенные личностные характеристики:

- Выступающая в мужской роли, соперничающая женщина с выраженным стремлением к доминированию и желанием независимости.
- Физически и психически незрелая женщина, зависимое положение которой представляет собой наиболее яркий признак.

Другие авторы говорят об отклонении материнской роли или женской роли вообще как о личностном признаком функционально стерильных женщин. Психодинамически психологическая защита от беременности, родов и материнства оказывается связанными отношениями с матерью.

Bibring (цит. по Брайтигам и др., 1999) связывает значение беременности и материнства с отношениями между партнерами, с отношениями женщины к себе самой и ребенку. Интенсивные отношения между партнерами ведут через готовность к зачатию, к тому, что часть любимого партнера становится частью Я женщины. Это вторжение должно приниматься женщиной. Ребенок представляет для нее тогда ее саму, представительство отца ребенка и представительство ее собственного Я.

### *Психотерапия*

Зачатие ставит женщину перед задачей интеграции в своем теле растущего ребенка с последующим отпусканием его. Для лабильной личности это может оказаться непосильной нагрузкой и чревато серьезной опасностью дезинтеграции личности. Психотерапевт должен поэтому удостовериться, не служит ли функциональная стерильность возможной самозаштите больной, снятие которой может иметь фатальные последствия.

Предположение о функциональной природе бесплодия возникает на практике, когда у одного или обоих партнеров накапливаются психические и психосоматические симптомы

и одновременно у женщины отмечается аменорея, ановуляция или фолликулярная недостаточность. Психодинамика при нереализованном желании иметь детей может также влиять на отношения психотерапевта и больного. Richter, Stauber (1983) обращают внимание на следующие аспекты лечения при нереализованном желании иметь детей:

1. Бесплодные пары со «сверхценным» желанием детей. Сильное давление страдания, приступообразный «голод по детям», поиск специалистов. Активны преимущественно пациентки. Отношения с больными затруднены.
2. Бесплодные пары с «сильным» желанием детей. Умеренное давление страдания, желание хирургического медицинского вмешательства.
3. Бесплодные пары со «здравым желанием» детей. Невысокое давление страдания (колебания относительно хирургических методов).
4. Социальная компенсация фрустрированного желания детей. Уравновешенные отношения с психотерапевтом.

Soldschmidt (1973) поставил вопрос о терапии не больных с функциональным бесплодием, а функционально бесплодных браков. В соответствии с этим в план терапии должна входить коррекция партнерских отношений.

Тип партнерских отношений при функциональном бесплодии часто симбиотический. Отношения демонстрируют стабильный иерархический порядок: один партнер доминирует в поведении, другой приспосабливается.

Для продуктивного использования возможностей экстракорпорального оплодотворения, которые для многих бесплодных пар стали большой надеждой, следует учитывать интрапсихическую динамику и формы взаимодействия в партнерских отношениях.

Для лечащего психотерапевта «сверхценное» желание ребенка с настаиванием на медицинских вмешательствах и сопутствующими реактивными депрессивными проявлениями и психосоматической симптоматикой может быть указанием на то, что психодинамические аспекты нуждаются в особом рассмотрении прежде, чем будут приняты решения о медицинских операциях.

Успешно используются методы транзактного анализа, артерапии, психосинтеза, психодрамы, гештальт-терапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии.

### 7.9. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ГЕТЕРОЛОГИЧНОМ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРении

Совершенно новая задача психосоматической консультации — использование современных методик гомологичного и в еще большей степени гетерологичного оплодотворения, а также экстракорпорального оплодотворения. Эти новые технические возможности, при которых оплодотворение полностью отделяется от сексуальности, вызывают большие психические проблемы. Прежде всего заинтересованные пары высказывают желание абсолютного сохранения тайны, в том числе личного и постоянного консультирования только у одного психотерапевта, а также учета их психических проблем в качестве важнейшей просьбы. Это та область, где настоятельно необходима совместная деятельность гинеколога с психосоматиком в рамках консультационной службы (Brautigam, Clement, 1989).

Опыт показывает, что трудности при гетерологичном и соответственно при экстракорпоральном оплодотворении ожидаются скорее всего в тех семьях, в которых у обоих супругов нет полного единства в желании иметь ребенка. Неблагоприятно действует также недостаточная уравновешенность партнера, прежде всего когда и без того слабый в своем положении бесплодный отец, который биологически не в состоянии выполнить свою роль, социально должен ее выполнять, но ему в этом мешает психологическая слабость.

Своего рода тестом для часто сверхценной озабоченности желанием иметь ребенка, появление которого должно разрешить как конфликт личности, так и конфликт пары, является вопрос: «Можете ли вы представить себе дальнейшую совместную жизнь без детей?» Если на этот вопрос ответ абсолютно отрицательный, необходимо дальнейшее выяснение его подоплеки.

### 7.10. ПСИХОСОМАТИКА СПОНТАННОГО АБОРТА И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Известно, что 14—20% всех клинически диагностированных беременностей кончаются спонтанными абортами. Однако психической переработке выкидыши в клинической практи-

ке и научных исследованиях долго не придавали особого значения, поскольку большинство спонтанных абортов происходит на ранних сроках беременности. Исходя из представления, что связь с растущим плодом возникает позже, хотя бы при появлении движений ребенка, психотерапевты обычно ограничиваются советом поскорее забеременеть снова и забыть о выкидыше. Кроме того, отсутствие ритуальных форм траура и соболезнований также делает эту потерю несущественной и допускает психическую переработку в виде «скрытого траура».

Лишь казуистические случаи и исследовательские данные показывают наличие выраженных и стойких, иногда затягивающихся реакций, сравнимых с теми, которые описываются при потере близких людей. При этом появляются симптомы скорби (печаль, потеря аппетита, расстройства сна, возбудимость, снижение общей активности, мысли об умершем ребенке, повторяющиеся сновидения), а также интенсивные проявления злости и враждебности по отношению к медицинскому персоналу, чувство зависти к матерям и беременным женщинам, самоупреки и чувство вины, суицидальные мысли и страх смерти. Особенно явственны напряжение в партнерских отношениях и изменение отношений с уже имеющимися детьми от пренебрежения ими до сверхзаботливости и тревожности.

При интенсивном выявлении причинных факторов обнаруживается, что значительная часть выкидышей (25 – 50%) не обусловлена органическими причинами (например, хромосомными отклонениями, инфекциями на ранних сроках беременности, изменениями шейки матки или самой матки). Кроме того, оказалось, что при привычных выкидышах (более трех) благодаря усиленному вниманию психотерапевтов и во многом независимо от характера применяющегося лечения даваемые психотерапевтами советы приводят к донашиванию следующей беременности. В течение нескольких десятилетий исследователи пытаются объяснить с психосоматических позиций привычные выкидыши как психосоматическое разрешение конфликта, касающегося проблем женственности и материнства (Deutsch, 1954) на преэдиповом или эдиповом уровне (Peins, 1990). Эти предположения следует принимать с большой осторожностью, так как они не только труднодоказуемы, но и могут способствовать усилинию чувства вины и самоупреков у этих женщин. К тому же следует обращать вни-

мание как на психическое состояние беременной, так и на психосоциальные факторы. Следует также полагать, что повторные выкидыши создают порочный круг страха, депрессии и психосоматических ощущений, которые способствуют новому выкидышу вследствие нейроэндокринных изменений и усиленного сокращения матки (Hertz, Molinski, 1980).

Наряду с выяснением этого вопроса после спонтанного аборта важно обращать внимание на печаль и психическую реакцию женщины, которая очень нуждается в информации и советах. Необходимо дать ей эти советы в беседах и информировать ее о психических последствиях спонтанного аборта.

Нелегальные, равно как и легальные, аборты, следствием которых может быть стерильность, часто приводят к тяжелому внутреннему конфликту. Психически не переработанный аборт, особенно если супруг не причастен к нему и не несет за него ответственность, а женщина вынуждена была сделать все сама, приводит к осознанному или бессознательному конфликту и чувству вины со многими сопутствующими функциональными и психосоматическими нарушениями. Без сомнения, непредусмотренная бездетность для женщины — чрезвычайная психическая нагрузка, которая, в свою очередь, может стать основой для многих патологических психических и психосоматических реакций. При этом часто наблюдаются длительные депрессии, месяцами длиющиеся резкие колебания настроения, сверхценные идеи с аменорейными фазами, которые могут привести к ложной беременности. Психотерапевтические советы и поддержка могут быть очень полезны, но прежде всего необходимо попытаться отвлечь женщину от овладевшего ею желания иметь ребенка, указав ей на другие задачи и иной смысл жизни.

### 7.11. ЛОЖНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

#### *Картина личности*

Описанная в прошлом психиатрами «нервная беременность», получившая затем название «ложная (мнимая, воображаемая) беременность» представляет собой наиболее яркий пример драматической психогенной соматизации. Это очень редкое в наши дни явление показывает, в какой степени и в каких границах может измениться женское тело под влияни-

## Гинекологические заболевания

ем аутосуггестивных представлений. Мнимая беременность встречается чаще всего у одиноких, одовевших или живущих изолированно женщин. Обычно она обусловлена только сильным желанием беременности, но в отдельных случаях наблюдается при половых контактах, переживаемых с чувством вины. В этих случаях возникает представление о беременности, которое может затем закрепляться с бредоподобной убежденностью на многие месяцы и даже годы вопреки отрицательным результатам акушерского обследования. Как и больные с истинным бредом, эти женщины не поддаются коррекции рациональными доводами. Для них характерны не только субъективные ощущения, свойственные нормальной беременности, такие как плохое самочувствие, рвота, особые пристрастия в еде, ощущение тяжести в животе. Многие из них испытывают даже ощущения движения ребенка в теле, наступление схваток. Наблюдаются типичное нагрубание молочных желез, пигментация вокруг сосков, иногда даже выделение молозива, в ряде случаев обнаруживаются изменения шейки матки и наружных половых органов, как это наблюдается при истинной беременности. Женщина быстро полнеет, отмечаются все внешние признаки беременности. Химические и биологические пробы на беременность остаются отрицательными.

### ***Психотерапия***

В случаях ложной беременности терапевтически вряд ли удастся найти опору для вербальной психотерапии, так как эти женщины обычно непоколебимы и твердо придерживаются своих представлений.

Успешно используются методы арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии.

# БОЛЕЗНИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**Т**ермином «ревматические заболевания» объединяются патологические картины, общей характеристикой и ведущим симптомом которых являются боли в опорно-двигательном аппарате.

Это symptomатическое понятие включает этиологически, патологически и клинико-нозологически различные синдромы. Следует различать как минимум три главные группы ревматических заболеваний: воспалительные процессы суставов и позвоночника, дегенеративные заболевания суставов и позвоночника и ревматические поражения мягких тканей. В качестве четвертой группы следует привести так называемые параревматические заболевания, при которых боль в тканевых структурах опорно-двигательного аппарата является признаком иного заболевания.

## 8.1. РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (ФИБРОМИАЛГИЯ)

### *Картина личности*

В психическом состоянии отчетливо выражены переживания страха и депрессии. Больные мало склонны к гиперкомпенсированному поведению. Их латентные или явные желания, заботы и тенденции к зависимости ярко выражены, отчетливо определяется склонность к самопожертвованию и зависимости.

За symptomами может стоять ларвированная депрессия, если больные одновременно жалуются на нарушения побуждений и подавленность. Этот диагноз становится более вероятным при присоединении нарушений сна, сердцебиений, тахикардии и symptomов со стороны желудочно-кишечного тракта.

Бросается в глаза застывшая и преувеличенная жизненная позиция больного. Они часто демонстрируют повышенный самоконтроль и стремление к перфекционизму. Они не могут позволить себе здоровых агрессивных импульсов, разочарование и обиду они пытаются компенсировать «внутренней стойкостью». Характерной для них является тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь, которая проявляется не спонтанно, а по внутреннему принуждению. Типично агрессивная окраска помощи, предлагаемой этими больными, получила удачное обозначение как «злобное смирение» и «любящая тирания».

Блокированные агрессивные импульсы больных выражаются в повышенном мышечном напряжении и, наконец, в локализованных или генерализованных болях. Данные о локализации боли могут меняться от обследования к обследованию. Бросается в глаза, что боли очень быстро снижаются при уменьшении психической нагрузки больного.

Bweck (1971) описывает такого пациента как человека, который после манифестации заболевания склонен к зависимости и развивает сильные потребности к отдаче под чью-то опеку и желание заботы со стороны. Относительно часто развивается манифестная невротическая симптоматика, в особенности состояния страха, депрессии и психосоматические симптомы в форме функциональных кардиальных, желудочных расстройств, головных болей, астенических картин.

Отношениям психотерапевта и больного часто угрожают амбивалентные желания пациентов: они желают, с одной стороны, оставаться пассивными и зависимыми от психотерапевта, с другой же стороны, несмотря на фасадную готовность раскрыться, недоверчивы и склонны к отверганию. Перед психотерапевтом стоит трудная задача: вызвать чувство защищенности и одновременно противодействовать враждебным лечению инфантилизирующим тенденциям.

Описан конфликт между самопожертвованием и стабильностью, жертвенностью и эгоизмом, кротостью и агрессивностью. Эмоциональные состояния, прежде всего страх и депрессия, вытесняются меньше. Таких больных можно сравнивать с боксерами перед ударом гонга, с бегунами перед стартом, когда готовность долго не реализуется. При склонности к само-

пожертвованию и зависимости часто можно выявить наличие рентных установок.

В качестве разрешающей ситуации описывают большей частью такую, которая вызывает мобилизацию всего тела, особенно при агрессивных импульсах. Grace, Graham (1952) описали у больных с болями в спине наличие сложной ситуации, сопровождающейся яркими представлениями о ходьбе и бегстве. «Мне больше всего хотелось бы убежать из дома»; «Я хотел бы бежать отсюда»; «Я хотел бы уйти прочь»; «Я чувствую себя так, будто улетаю навсегда».

Среди особенностей личности этих больных отмечаются тенденция к вторичной выгоде, потребность в щажении, более или менее открытое желание нетрудоспособности. Нередко наблюдается разрыв между объективными данными и субъективными желаниями. Во всяком случае, совместное влияние невротически-тенденциозных мотивов выражено значительно больше, чем при хроническом суставном ревматизме.

В психодинамическом плане отмечаются амбивалентный конфликт между посторонним господствованием и самогосподствованием и в то же время услужливое и жертвенное поведение. Из этой амбивалентности и хронически заторможенной агрессивности и происходит повышение мышечного тонуса в типичных местах, чаще всего в области шейных и поясничных позвонков.

Внешне послушные, скромные и несамостоятельные больные обычно путем пассивного уклонения избегают прямого противостояния, конфронтации с психотерапевтом. Они не стремятся к терапевтическим контактам, ссылаясь на несерьезность заболевания, отрицают всякую необходимость какого-либо соматического или психологического лечения. Больных трудно удержать на лечении, они не поддерживают контактов, дают психотерапевту понять, что слишком пристальное внимание к их болезни не получит признания. Эти отказы и тенденции к уходу могут вызвать разочарование и отступление со стороны психотерапевта. Тихо страдающие ревматики склонны к тому, чтобы навязывать другим свой стиль взаимоотношений. Если приходится решать вопрос о лечении с родственниками больных, то обнаруживается, насколько укоренилась в проблеме семьи их соматическая и психическая симптоматика.

## 8.2. СИМПТОМЫ ОСТЕОХОНДРОЗА

### *Картина личности*

Психический конфликт может быть недоступен больным, он представлен теперь языком органов.

Weintraub (1969, 1973) пытался дать собственное определение значения каждого отдела позвоночного столба.

**Шейный отдел** несет голову человека. Положение человеческой головы филогенетически установилось с его прямохождением. Мы говорим, что человек утверждает себя, если он «не склоняет головы» перед трудностям и препятствиям. Это самоутверждение не ведет к цервикальному синдрому до тех пор, пока осуществляется в границах психологической нормы. К этому синдрому могут вести такие факторы, как неадекватные установки, при которых самоутверждение перестает быть эгосинтонным и/или требует постоянного дополнительного волевого напряжения с упрямыми попытками достичь однажды поставленной цели.

**Грудной отдел.** Совсем иным является психосоматическое значение среднего отдела позвоночника, который без анатомически точного отграничения можно соотнести с грудным отделом. Этот отдел сильнейшим и наиболее зримым образом отражает настроение человека. Печаль, отчаяние, утрата мужества заставляют человека согнуться, они характеризуются его согнутой спиной. Возникающие при этом болезненные мышечные напряжения неправомерно часто истолковываются как локальные процессы неясного генеза, как «ревматические», если упускают из виду возможности их психосоматического понимания.

Сутулость подростков во многих случаях представляет собой результат внутренней установки, возникшей в силу того, что они не в состоянии отвечать внешним и внутренним требованиям, предъявляемым жизнью к духовно не созревшему телу. «Эти юноши не доросли до своей взрослости» (Weingraub, 1969).

**Поясничный отдел.** Прострел (люмбаго) — острый эпизод. Он может быть вызван резким движением или поднятием тяжести, но часто возникает и без видимых причин. Он часто, но не обязательно, случается вследствие таких изменений в позвоночнике, как дископатия или смешение позвонка.

Хронические боли в поясничном отделе часто являются

выражением психического отягощения. Мы встречаемся с ними прежде всего у женщин, которые компенсируют неуверенность в себе, в своем соответствии семейным или профессиональным требованиям преувеличенно прямой осанкой, но также и у женщин, оставивших свое сопротивление и подавленных грузом повседневных забот.

Хронические боли в поясничном отделе могут также быть выражением фruстрации. Они связаны прежде всего с нереализованными ожиданиями, обращенными к межличностным отношениям, и с вытекающим из этого состоянием неудовлетворенности. У мужчин они нередко представляют собой неосознанную демонстрацию неудачи — будь то в профессии или в реализации своих мужских функций.

### 8.3. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

#### *Картина личности*

У больных на отдаленных этапах состояния бросается в глаза их терпимость и невзыскательность (Zautra et al., 1994). Их терпеливая непротивательность находится в противоречии с объективными данными о заболевании.

В преморбиде пациенты характеризуются как тихие, малозаметные люди. Их отличает старательность и добросовестность. Часто заметно их альтруистичное поведение, что, в сочетании с энергией и жаждой деятельности, делает их непревзойденными матерями и неутомимыми сиделками. Будущие пациенты уделяют крайне мало внимания своей телесности, отличаясь бедным самовосприятием и редуцированным самопознанием. Их терпеливость, вероятно, соответствует внутреннему запрету на открытое выражение остаточных агрессивных побуждений (Alexander, 1951; Rimon, 1969; Schild, 1967; Weintraub, 1969).

Подобно больным эссенциальной гипертензией, больные ревматоидным артритом испытывают большие трудности в подавлении своих враждебно-агрессивных импульсов. Однако попытка разрешить эти импульсы протекает у них иначе и представляет собой комбинацию самоконтроля и «благотворительной» тирании над другими. Матери, страдающие ревматоидным артритом, склонны строго контролировать почти все двигательные проявления у своих детей. Многие из них

испытали в детстве сходные материнские влияния, имея таких же властных матерей.

Специфика «ревматической личности» состоит в наращивании самоограничения в жизненных отношениях, в собственном Я, в собственном теле и в коммуникативной сфере, в том числе в социальном поведении. Сказанное можно отнести и к двигательным агрессивным импульсам, которые, начиная с раннего детства, описывают как проблемную сферу. В целом можно говорить о неудачном уравновешивании полюсов мягкости и жесткости. Обычно тенденция к мягкости подавляется усилением моторной напряженности, мышечными действиями, у женщин — «мужским протестом». Путем напряжения и жертвенности приобретается право смешивать стремление к господству и мазохистское самопожертвование. Отмечены предпочтение занятий на свежем воздухе и силовых видов спорта, тенденция к подавлению спонтанного выражения чувств, к их сдерживанию. Эта характеристика применима в первую очередь к женщинам, которые в психосоматических наблюдениях по изучению ревматизма чаще всего обнаруживают контрастные или противоречивые показатели.

У всех больных ревматоидным артритом с достаточным постоянством встречаются три черты характера:

1. Стойкие проявления сверхсовместливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов, таких, как злоба или ярость.
2. Мазохистско-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения.
3. Выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная работа по дому, в саду и т. д.).

Эти три особенности характера представляются при ревматоидном артрите как нечто застывшее и преувеличенное; они негибки и не приспособлены к требованиям среды. С психодинамических позиций это характерологически-невротическая переработка конфликта в сфере агрессивности и честолюбия.

Вышеупомянутые черты характера являются, кроме того,

гиперкомпенсаторными защитными мерами против основополагающего конфликта. Сверхсовестливость, отказ от выражения своих чувств и жертвенность создают защитный барьер для возможного прорыва агрессивных импульсов и позволяют избавиться от враждебных чувств. Навязчивые и депрессивно-мазохистские проявления расцениваются как защитные структуры против деструктивно переживаемого произвола. Часто описываются своеобразная терпимость, смирение с судьбой, оживленность, несмотря на ограниченную подвижность и боль, что по психоаналитическим воззрениям имеет двойственное толкование. Cremersius (1968) говорит о «злой покорности» или «любвеобильной тирании», которые исходят от больного. Психологические тесты подтверждают многие психодинамические предпосылки и личностные данные. В тесте Кеттелла обнаруживается выраженная скромность, покорность, уступчивость, признаки сильного «сверх-Я», т. е. больные совестливы, выдержаны, ответственны. В проективных тестах обнаруживается мало толкований двигательных актов по сравнению с контрольными группами. Этот факт можно объяснить как вторичную реакцию, т. е. обусловленную имеющейся ограниченностью движений.

Больные с первичным хроническим полиартритом — это умудренные опытом пациенты, с которыми бывает мало хлопот, хотя именно у подобных больных следовало бы ожидать наибольших трудностей. Они скромны и нетребовательны, часто до безразличия. Они почти никогда не бывают явно депрессивны, хотя судьба ограничивает возможности их деятельности; они почти никогда не брюзжат, не бывают несносными и язвительными, не впадают в отчаяние или злость. Их терпеливость и умеренность находятся в резком противоречии с той катастрофой, которая происходит в их судьбе.

Уравновешенность, скромность и нетребовательность являются результатом того, что эти больные не в полной мере оценивают все симптомы болезни и тяжесть ее последствий. Больные воспринимают свои деформированные руки не столько как больную часть тела, сколько как досадную помеху. С удивлением можно видеть, какие действия они этими руками выполняют. Вопреки ожиданиям, больные руки не исключаются из схемы тела; пациенты их не щадят, не изолируют, а воспринимают как хотя и редуцированные и «заторможенные», но вполне пригодные для употребления органы и используют их соответствующим образом. Их мир самовосприя-

тия проявляет определенную ограниченность, обусловленную редукцией их сознания на своей телесной сфере. Больной тогда непрятязателен, скромен и терпелив, когда «редуцировано» воспринимает себя самого, свою болезнь и болезненное состояние своих частей тела. Скромность является своеобразным способом бегства от правды (Любан-Плоцца и др., 2000).

Большая часть больных с первичным хроническим полиартритом до болезни были особенно активными и деятельными. Примечательна их неутомимость в заботе о близких. Это люди, которые помогают в нужде и годами могут выполнять роль помощника без всякой позы, безвозмездно и без претензий на благодарность. Это бескорыстие служения и неутомимости, а впоследствии (после заболевания) бескорыстие нетребовательности и скромности. Оба качества — псевдоальtruистический аскетизм и терпеливо-безропотное самоотречение — исходят из одного и того же структурного признака. Общее для преморбида и для болезни — это господствующий на протяжении всей жизни больного полиартритом процесс самосокрытия, редукция восприятия самого себя. Сегодня эти ограничения способности воспринять собственные чувства и использовать их как сигналы в широком смысле слова описываются также при алекситимии. Многие, если не все больные с хроническим полиартритом, обнаруживают эти признаки.

Обширные исследования Cobb (1959, 1962) о внутрисемейном влиянии на хронический полиартрит показали следующее: у пациенток часто имелась холодная, претенциозная и авторитарная мать и слабый, подавляемый матерью отец. С детства у пациенток отмечается чувство страха перед матерью и зависимости от нее, сопровождаемое сильно подавляемым стремлением к бунту. Привыкшая с ранней юности владеть своими чувствами, пациентка склонна к тому, чтобы тираничить окружающих, начиная с супруга, которого она, как и мать, выискивает среди слабых и послушливых мужчин, кончая детьми, по отношению к которым она ведет себя чрезвычайно строго. Семейный анамнез мужских пациентов дает те же данные с соответствующей сменой половых ролей.

## Психотерапия при заболеваниях опорно-двигательного аппарата

В связи с многогранностью причинных факторов терапия имеет различные направления. Она включает простую раскрывающую беседу, краткую или длительную психотерапию.

Готовность психотерапевта и мотивация больного определяют, захочет ли он вообще лечиться. Целесообразно применение таких форм лечения, как двигательные упражнения, направленные на снятие мышечного напряжения и улучшение осанки.

Не следует начинать со вскрытия конфликтов, важнее вначале установить доверительные отношения с больным. Это становится возможным при тщательном исследовании соматического состояния. Позже можно начинать разрабатывать проблемы активности, самостоятельности, идеалов, нравственности, вырабатывать установку на оказание помощи другим людям и в целом способствовать регрессивным тенденциям в отношении психотерапевта. Вытесненная агрессивность не должна обсуждаться напрямую; если ее неосторожно затронуть, у больного может возрасти страх и усиливаться защитные реакции, что может ухудшить его состояние.

Успешно используются методы психосинтеза, терапии, фокусированной на решении, гештальт-терапии, арт-терапии, телесно-ориентированной психотерапии, НЛП.

### *Позитивная психотерапия при коллагенозах*

**Ревматоидный артрит и ревматизм — способность двигательно перерабатывать напряжение и конфликты своим телом и ощущениями.**

**Расстройства и физиология.** Экспериментальные исследования показали, что эмоциональные факторы влияют на моторику. В конфликтцентрированных интервью, на психоаналитических сеансах или в тестах на достижение больные подвергались психическим воздействиям, которые выявляли агрессивные тенденции. У больных ревматоидным артритом в области пораженных суставов был обнаружен более высокий тонус мышц, чем в здоровых зонах. Это мышечное напряжение обычно превышало по стойкости само действие эмоционально травмирующего раздражителя. Прежде всего речь идет о таких психических травмах, как кризисы в межличностных отношениях, смерть и утрата (разлука, развод, переезд) близких людей, проблемы в браке и т. д.

**Актуальная и базовая концепции** при ревматических расстройствах связаны с конфликтами и травмирующими ситуациями в различных жизненных сферах.

**Тело:** в базовом конфликте часто встречаются запреты, которые можно связать с моторикой: «остановись сейчас же!», «стой спокойно!», «возьми себя в руки», «замолчи», «что скажут люди?». Это может указывать на выбор органа-мишени при психосоматическом ревматическом заболевании.

**Профессия/деятельность:** развитие ревматического заболевания тесно связано с профессиональной неуверенностью, конкуренцией, перенапряжением на работе, увольнением, давлением со стороны начальника.

**Контакты:** здесь важны прежде всего воспитательные аспекты. По времени с возникновением симптоматики коррелируют школьные неудачи ребенка, трудности воспитания, болезнь одного из детей или его отделение от семьи (например, в связи с женитьбой). Постоянные конфликты между супругами, потеря или болезнь одного из близких людей, развод, разрыв отношений с последующим чувством вины, слабость в принятии решения, а также сексуальные неудачи, отношения с окружающими, переезд и смена работы, конфликты с соседями и сослуживцами играют центральную роль при развитии заболевания.

**Фантазии/будущее:** на все названные сферы внешних конфликтных ситуаций собственные перспективы на будущее оказывают особое влияние. Больные ревматизмом мало рассчитывают на собственные способности, однако проявляют огромное доверие к своим близким, психотерапевтам. В самооценке преобладают сомнение и неуверенность.

В детстве преобладало воспитание двойной зависимости: эмоциональная гиперопека сочеталась с требованиями достижений, которые становились критериями эмоциональной привязанности. Особенностями семейного характера являлись неуверенность в стиле воспитания, ошибки одного из родителей, отсутствие единства в воспитательном процессе вследствие вмешательства бабушек и дедушек и т. д. Содержательно базовый конфликт опирался на следующие психосоциальные нормы:

**Учивость — прямота:** учивость понимается здесь как подавление агрессии и подчинение своих желаний желаниям других. Она становится социальным инструментом, позволяющим обретать внимание и признание со стороны окружающих и «привлекать к себе дружеские взгляды». В семейной ситуации обнаруживается учивость прежде всего перед

родителями, которых можно охарактеризовать как эмоционально зависимых: «Что подумают люди?»

**Послушание:** в большинстве случаев можно обнаружить подчеркнутое значение послушания. Оно, однако, не означает абсолютного подчинения, а скорее касается соблюдения таких психосоциальных норм, как *аккуратность, бережливость, трудолюбие, контакты, сексуальность, деятельность* и — в связи с соперничеством с братьями и сестрами — *справедливость*. Средством достижения послушания, по рассказам пациентов, чаще были не шлепки и удары, а меньшее проявление любви или угроза этого, что имело следствием ограничение активности и инициативности.

**Актуальная способность: «вежливость».**

**Определение и развитие:** способность поддерживать отношения с другими людьми. Формы ее проявления — это поведение, в котором сказываются знание общественных норм и правил поведения, сдержанность, внимательность по отношению к партнеру и самому себе, а также скромность. Учивость как сознательное ограничение собственных интересов и потребностей — это социально оправданное подавление агрессии. Для овладения навыками вежливости играют роль обучение на чьем-либо примере (как правило, это родители) и обучение, подкрепляемое успехом (от собственного поведения). Реакция родителей на кажущееся невежливым поведение детей значит очень многое. Особенности вежливости являются частью культуры и нормами социальных слоев.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас больше ценит вежливость (сдержанность, правила хорошего тона)? Что вы ощущаете, когда ваш партнер не проявляет должной вежливости или сдержанности? Вы скорее учтивы или откровенны? Очень ли вы интересуетесь тем, что о вас говорят другие? Вы скорее проглотите обиду, чем поставите на кон хорошие отношения? Кто из ваших родителей больше ценил правильное поведение?

**Синонимы и расстройства:** вести себя достойно; знать, что полагается делать; следить за манерами и хорошим тоном; пай-мальчик.

**Лицемерие,** ритуализированная вежливость; неспособность отказать; эгоизм; неуверенность; страх; неумение сопротивляться.

**Особенности поведения:** вежливость нередко формирует возможность контакта. Вместо «ну-ка, дай сюда быстро!» луч-

ше сказать «будьте добры, пожалуйста...». Что бы вы сказали, если бы ваш партнер обращался с вами так, как вы с ним? В отношении каких сфер (*бережливость, верность, сексуальность, аккуратность*) и с кем вы особенно вежливы? Как вам воздается за вашу вежливость?

## Опросник к ревматоидному артриту и коллагенозам

1. Ощущаете ли вы себя «согнутым жизнью»? Считаете ли вы себя скорее «несгибаемым человеком» или думаете, что у вас «сломан хребет»? Какие еще вы знаете пословицы и поговорки?
2. Кто и когда сообщил вам о вашем заболевании?
3. Знаете ли вы релаксационные методы и применяете ли их?
4. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как действуют эти лекарства и какие побочные эффекты возможны?
5. Довольны ли вы своей профессией? Какое значение имеют трудолюбие и работа в вашей жизни?
6. Беспокоитесь ли вы о своем профессиональном будущем, о пенсии, увольнении, переквалификации? Что значит для вас жизнь, если вы не можете больше работать?
7. Замыкаетесь ли вы в себе, порываете социальные контакты или сокращаете их?
8. Есть ли у вас «пунктики» вроде аккуратности, чистоплотности, пунктуальности, трудолюбия, послушания, бережливости, обязательности и т. д., от проявления которых вы сразу «размякаете» или «распрямляете спину»? Чувствуете ли вы себя «распятым» или стараетесь «не опускать головы» и «не сгибаться»?
9. Переживали ли вы в последние пять лет разлуку в связи с разводом, переездом, смертью?
10. Какое влияние оказывает ваше заболевание на ваши перспективы и установки к собственному будущему? Надеетесь ли вы на ваше физическое восстановление?
11. Что для вас является смыслом жизни (стимул, цель, мотивация, жизненные планы, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти)?
12. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

## **ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ СИНДРОМЫ**

### **9.1. КАРТИНА ЛИЧНОСТИ**

**У** взрослых психовегетативные синдромы возникают преимущественно в возрастной группе от 30 до 60 лет. Это — фаза наивысших профессиональных нагрузок. В анамнезе часты честолюбивые установки, лихорадочный темп работы, давление невыполненных обстоятельств и общая неудовлетворенность выполняемой деятельностью.

Для частых на приеме больных с функциональными нарушениями в области сердечно-сосудистой системы характерна лабильность поведения как в соматике, так и в межличностных отношениях. Эти люди ставят сами или позволяют другим ставить перед собой цели, но действия, которые должны привести к достижению этих целей, застревают на уровне помыслов в силу свойственной этим больным общей неуверенности в себе. Их поведение — постоянный компромисс (Любан-Плоцца и др., 2000).

Пусковыми для вегетативных феноменов могут стать следующие факторы:

- нарушения ритма дня-ночи, сна-бодрствования;
- ускоренный темп жизни;
- наплыв раздражителей;
- растущая утрата идеалов.

К сфере объектных отношений к вегетативным нарушениям приводят чаще всего следующие факторы:

- финансовые заботы;
- изоляция, утрата корней, недостаток межчеловеческого контакта;
- конфликты, связанные с любовью, признанием или сексуальностью;
- перенапряжение вследствие двойной нагрузки в профессии и быту;

- перенапряжение при воспитании детей;
- конфликты в профессиональной сфере;
- трудоголизм.

Эти пусковые моменты обрушаются на личность человека, в большинстве случаев тихого, малозаметного и замкнутого, склонного к развитию обсессивно-депрессивных и ипохондрических черт. Больные с большой настойчивостью снова и снова возвращаются к описанию симптомов, которые могут обставляться весьма демонстративным образом.

Психодинамически часто описывается проблематика зависимости/независимости, коренящаяся в неудовлетворяющих, разочаровывающих отношениях со значимыми лицами в детстве. Тенденции к самостоятельности и экспансивные импульсы скорее подавляются, чем культивируются, замещаясь страхом быть покинутым и не перерабатываясь, а лишь компенсируясь в ходе развития.

Staéhelin (1969) установил по наблюдениям на 600 больных, что у истоков вегетативных нарушений стоит потеря внутренней уверенности, в норме свойственного людям базисного доверия к себе. Перед лицом громадной когорты вегетодистоников он считает симптом отсутствия доверия к себе доминирующими психопатологическим образованием.

Если жизненные привычки обусловливают хроническую перегрузку, ретикулярная система уже не может обеспечить требуемый уровень адаптации: больной декомпенсируется. Эта вегетативная декомпенсация протекает двумя этапами:

1. Синдром вегетативного раздражения. Кардиальными симптомами являются раздражительность, внутреннее напряжение и страх.
2. Синдром вегетативного истощения, характеризующийся повышенной утомляемостью, истощаемостью и депрессивными проявлениями.

В основе повышенной утомляемости, не исчезающей и после продолжительного сна, лежат в основном так называемые парадоксальные ситуации, когда больной одерживает успехи в делах, по отношению к которым испытывает внутреннее сопротивление.

Помимо этого предъявляется и целый ряд других жалоб: нарушения сна, внутренняя дрожь, беспокойство, постоянное возбуждение, эпизоды потливости, снижение аппетита, желудочно-кишечные жалобы, сердцебиения, головные боли, го-

ловокружения или обыкновенное недифференцированное недомогание.

Причинное значение имеют многие факторы. Они заключаются как в самом человеке, так и в его окружении на работе и в семье, в его настоящем, прошлом и будущем.

Можно доказать, что частота соматических и психических нарушений коррелирует с личностным фактором, который традиционным образом определяется как «нервозность». Личностный фактор с возбудимостью, эмоциональной лабильностью и колеблющимся настроением характеризуется как нейротизм (Eysenck, 1959) и обнаруживается с помощью психологических тестов. Однако такая личность характеризуется также высокой познавательной и эмоциональной дифференциированностью. Eysenck отмечает у таких людей высокую чувствительность в сфере восприятия и переживаний в отношении психофизически и эмоционально непреодолимых трудностей, которые делают их более ранимыми в отношении противоречий в профессиональной деятельности. Поэтому их жалобы носят характер сигналов не только по отношению к их личному положению, но и ко всей внешней ситуации.

Эти нарушения иногда рассматривают как следствие усиления деятельности вегетативной нервной системы соответственно психофизическому реагированию; но на самом деле это не столько органическая причина болезни, сколько почва, реагирующая на нарушение психического состояния.

Трудности в нынешней жизненной ситуации, прежде всего профессионального или семейного характера, и вызванные ими конфликты должны дать определенный резонанс, чтобы вызвать формирование соответствующих жалоб. Положение на работе часто приобретает решающее значение. При этом сильная социальная поддержка в семье или со стороны партнера представляет собой защитный фактор, при отсутствии которого роль вредных факторов усиливается. Только при острых психосоциальных трудностях жалобы здоровых людей становятся симптомом, который вызывает представление о болезни, требующей врачебного вмешательства.

При неблагоприятных условиях труда у здоровых людей с функциональными нарушениями, трудностями и конфликтами может наступить декомпенсация и с жалобами общего характера они могут пополнить число заболевших.

Соматизации нервно-психического напряжения способ-

стует и то, что вся современная медицина больше нацелена на соматическую природу заболевания, чем на психическую. Врачи, работники социального обеспечения и все общество в целом оценивают соматические заболевания как более важные, чем психические, что является своего рода дискриминацией. Наконец, путь к соматизации можно видеть в основополагающей функции выражения телесной сферы. Телесные проявления приобретают характер снятия напряжения и ухода от трудностей. Соматическое заболевание следует считать более сильным призывом к вниманию окружающих людей. Болезнь ребенка не только вызывает у матери любовную заботу и особое внимание, но и приводит к освобождению его от обязанностей, например от посещения школы. Этот ранний опыт и этот первоначальный призыв человек использует также в соматизации своей болезни. Связь жалобы — личность — нервная система представляется упрощенной. Ей противопоставляется более комплексная связь жалобы — актуальная жизненная ситуация — личность — соматическое восприятие болезни врачом и обществом. Тем самым на место причинного развития вступает переживаемое взаимодействие между человеком и его социальным окружением.

## 9.2. ПСИХОТЕРАПИЯ

На основе наличия временной и внутренней связи появления жалоб с внешними трудностями и/или внутренними конфликтными ситуациями можно оценить место этих жалоб в жизни пациента. Для постановки диагноза важно понимание «телесного языка». На каком этапе жизненного пути появился симптом? Каково его окончательное значение? Какова история органа, который «говорит»? Следует обращать внимание, особенно у малообразованных людей, на те выражения, в которых больные описывают свои жалобы и свою жизненную ситуацию. В этом часто непосредственно отражается «понятность» их состояния и его взаимосвязи. Дифференцировать общий психосоматический синдром следует с состояниями, при которых жалобы или боль имеют подчеркнуто демонстративный характер, как это свойственно конверсионным формам. Необходимо также обращать внимание на своеобразно протекающие процессуальные депрессивные формы болезни (Любан-Плоцца и др., 2000).

Интенсивность и многообразие симптомов вызывают у пациентов раздражение, безуспешный поиск органической патологии вызывает у соматически ориентированного врача неуверенность. Обычное назначение лекарств не может вызвать длительную перестройку вегетативных реакций. Бесплодный поиск соматических изменений углубляет фиксацию в роли больного и соответствующие опасения у пациента.

Большинство стабилизировавшихся состояний прогностически не опасны. Однако они ухудшают самочувствие, качество жизни и социальное приспособление больных и остаются резистентными к попыткам их «вылечить». Более половины всех психовегетативных синдромов следует отнести к этим хронически рецидивирующими или первично хроническим затяжным формам.

Сколько бы неприятными ни казались больным психовегетативные синдромы и как бы ни отягощали они практическое здравоохранение, для жизни они, как правило, не опасны. В этом следует убедить больного, не пытаясь умалить при этом субъективную значимость симптомов, т. к. предпосылкой для терапии является то, что врач принимает больного всерьез и что больной чувствует это.

Несколько иначе обстоит дело с локализованными синдромами. В области желудочно-кишечного тракта манифестирующие психовегетативные синдромы могут являться предвестниками язвы или язвенного колита. Гипертоническое нарушение регуляции сердечно-сосудистой системы может иногда переходить в эссенциальную гипертонию.

Существенной терапевтической задачей является выслушать больного. Коммуникативное созвучие может помочь ему больше, чем иной совет. Выслушивание — предпосылка понимания проблем больного. Лишь тогда психотерапевт может принять решение относительно того, что лучше всего может помочь больному — психотерапевтическое лечение, ряд поддерживающих бесед с советами или изменение окружения.

Психотерапия показана, если соблюдаются следующие критерии (Beck, 1968).

1. У больного должно иметься осознание конфликта. Больной должен осознавать, что психовегетативные симптомы связаны с его жизнью и не представляют собой процессы, полностью отчужденные от его Я. Лучше всего такое понимание происходит при остром реальном конфликте,

## Психовегетативные синдромы

связанном по времени с появлением функциональных симптомов.

2. Психовегетативные симптомы, сопровождаемые страхом, более доступны психотерапии, чем ипохондрически переработанные жалобы.
3. Психовегетативный симптом должен быть не старше одного года. С увеличением длительности симптома развиваются процессы, затрудняющие психотерапию, такие, как ятрогенные фиксации или привыкание к вторичной выгоде от болезни.
4. Больной должен чувствовать в себе потребность выговориться и быть в состоянии сделать выводы из беседы. Активное внутреннее сотрудничество больного является обязательной предпосылкой. Недостаточно, когда больные хотят, чтобы их расспрашивали и уговаривали, в ожидании ожидая, что перечисление и сбор биографических данных сами по себе что-либо изменят.

Рекомендуемые виды терапии включают целенаправленную раскрывающую беседу и другие индивидуальные и групповые методы. Решающим для успеха терапии является вовлечение личности с ее эмоциональной сферой в правильную оценку жизненной ситуации, в том числе профессионального и семейного положения, на фоне всей предшествующей жизни. Самочувствие и подавленные потребности, которые были вытеснены в форме соматизации, легче распознать и осмыслить при большом количестве больных в группе, особенно если расстройства у них сходные.

Успешно используются методы гештальт-терапии, психосинтеза, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, НЛП и телесно-ориентированной психотерапии.

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

## 10.1. КАРТИНА ЛИЧНОСТИ

**К**ачество сексуальных переживаний, особенно у женщины, в большей степени зависит от психологических и социологических факторов, а не от гормонального фона (Любан-Площа и др., 2000).

В основе отсутствия сексуальной реактивности женщины, с психоаналитической точки зрения, лежат глубинные невротические расстройства из прегенитальной фазы развития. С точки зрения коммуникативной теории, фригидность является выражением и следствием нарушенных межличностных отношений.

Импотенцию в свете психоаналитического подхода следует понимать как защитный механизм Я против связанных с сексуальностью страхов. Эдипова ситуация с привязанностью к матери и соперническими чувствами по отношению к отцу решалась неадекватно; это привело к фиксации данного конфликта с формированием страхов вплоть до зрелого возраста Sigusch (1975). Возникшее в качестве защиты от страха функциональное нарушение обладает «Я-стабилизирующей» функцией. По данным Thomas (1989), сексуальное поведение нарушается только тогда, когда оно сопряжено со страхом. Он видит «исключительно тесные связи между психологическими барьерами в сексуальной области и их телесным выражением, например, эректильными дисфункциями».

## 10.2. ПСИХОТЕРАПИЯ

Начиная со второй половины XX века процесс исследований в области сексопатологии привел к новым возможностям и стратегиям лечения, позволяющим в течение более короткого времени, чем раньше, добиться существенного улучшения

или выздоровления (Hawton, 1985). При лечении сексуальных дисгармоний хорошие результаты дают, с одной стороны, поведенческая терапия, с другой — разговорная, коммуникативная и фокальная краткосрочная терапия. В особенности следует упомянуть о пионерских работах Мастерс и Джонсон, в которых описываются новые стратегии лечения, без отдельного описания методов, из которых заимствованы отдельные элементы. При использовании этой методики лечение сексуальной пары, в принципе, всегда проводится парой психотерапевтов разного пола (Мастерс и др., 1998). Используется и упрощенная форма этого метода, когда его проводит лишь один терапевт (Любан-Плоцца и др., 2000).

Различные сексуальные нарушения связаны с дефицитом необходимой просветительской информации. Очень важными являются также принципы теории обучения, приведшие к разработке эффективных методов поведенческой терапии сексуальных нарушений. Подходы теории обучения исходят из того, что, например, сексуальное переживание могло в свое время оказаться связанным с ощущением страха, так что впоследствии возникающее сексуальное возбуждение всегда сопровождается страхом, затрудняющим нормальное сексуальное функционирование. Так, импотенция во многих случаях обусловлена страхом перед импотенцией.

Очень важным является также коммуникационно-теоретический подход, т. к. сексуальный акт представляет собой одну из важнейших неверbalных форм коммуникации в межчеловеческих отношениях, которая в особенности легко нарушается при дефектах вербальной и общей коммуникации. В отдельных случаях, впрочем, трудно определить, являются ли сексуальные нарушения следствием коммуникативных, или общее расстройство коммуникации представляет собой следствие сексуального нарушения. Здесь разговорная терапия может принести существенный эффект.

Как и прежде, большое значение имеют глубинно-психологические и психодинамические подходы, поскольку речь часто идет о вытесненных конфликтах, ведущих к комплексам, фиксирующимся в неосознаваемых сферах. Они ведут к тяжелым сексуальным нарушениям, механизмы которых больным не осознаются. Они могут быть вскрыты и обезврежены лишь в ходе психоаналитической терапии.

Представители психоаналитического направления счита-

ют, что в основе многих психологических и сексуальных проблем лежат впечатления и переживания раннего детства, вытесненные в подсознание. Поэтому психотерапия направлена на проникновение в психические процессы, происходящие на бессознательном уровне. По мнению психоаналитиков, осознание пациентом своих вытесненных инфантильных комплексов освобождает его от нервного напряжения, позволяет лучше разобраться в собственных потребностях и эмоциях и, таким образом, способствует выздоровлению. Весьма длительная и трудоемкая психоаналитическая терапия при нарушениях сексуальных функций в чистом виде применяется редко. Чаще в ходе терапии используют отдельные методики психоанализа (метод свободных ассоциаций, толкование сновидений и т. д.), направленные на вскрытие глубинных психологических механизмов сексуальных расстройств.

Что касается аналитических проблем при функциональных сексуальных нарушениях, то ниже приводятся, по Becker (1988), важнейшие аналитические проблемы женских и мужских функциональных расстройств.

**Аналитические аспекты при мужских функциональных сексуальных расстройствах:**

- Импотенция: страх кастрации; страх возмездия; эдипальная фиксация; постоянная конкуренция с мнимыми соперниками; страх перед агрессивными компонентами собственной сексуальности.
- Ранняя эякуляция: эдипально идеализирующее отношение к женщине: не повредить, но также ничего не дать; уретральная фиксация: ничего не отдавать от себя.
- Поздняя эякуляция: чувства вины делают наслаждение невозможным; нежелание отдавать из страха кастрации, при страхе потери Я, в оргастической регрессии (страх смерти).
- Аналитические аспекты при женских функциональных сексуальных расстройствах:
- Эдипальная фиксация: соблазняющий отец затрудняет свою замену; агрессивный отец ведет к регрессии на оральный уровень.
- Проблемы женской идентичности: зависть к мужскому члену ведет к проекции фаллического всемогущества на партнера, не соответствующего идеалу.

- Слабость Я: страх потери Я в оргастической регрессии (потеря контроля) ведет к страху и стыду.
- Женский садомазохизм.

Экзистенциальное направление в психотерапии делает акцент на осознаваемых психических процессах, связанных с бытием человека. Одна из наиболее известных концепций этого направления — логотерапия В. Франкла (1990). Согласно ей, утрата смысла своего существования порождает у человека ощущение духовной пустоты и безысходности (экзистенциальный вакуум), что приводит к возникновению невротических расстройств. Половая жизнь таких людей нередко превращается в постоянную борьбу за чувственное наслаждение, поскольку в сексе они видят свою последнюю отдушину, возможность хоть на время забыть о своих проблемах. Однако, чем больше человек стремится к наслаждению, тем сильнее оно от него ускользает. Происходит смещение внимания с партнера на собственные сексуальные реакции во время интимной близости, человек словно начинает подсматривать за собой и своими действиями, что нарушает автономную нервную регуляцию половой сферы и может привести к расстройствам потенции у мужчин и анергазмии у женщин. Основная цель логотерапии заключается в том, чтобы дать пациенту возможность вновь обрести утраченный смысл жизни и помочь реализовать его. В рамках логотерапии разработаны эффективные методики устранения сексуальных дисфункций. Например, метод «парадоксальной интенции» заключается в том, что пациента заставляют желать того, чего он больше всего боится. Так, мужчине с ускоренной эякуляцией вместо безуспешно применяемых для удлинения полового акта технических приемов и лекарств предлагают сознательным усилием воли стремиться осуществить семяизвержение с первых же фрикций. В ряде случаев это приводит к обратному результату и длительность полового акта возрастает.

### Направленное разъяснение

Если мы сначала обратимся к разъяснению, то важно заметить, что многие сексуальные расстройства сводятся к тому, что оба партнера оказываются неинформированными относительно различия в кривых протекания сексуального возбуждения у мужчин и женщин. Эти кривые отражают быстро

нарастающее сексуальное возбуждение у мужчины и переход после короткого формирования плато к оргазму, т. е. эякуляции, после чего сексуальное возбуждение резко снижается. В отличие от этого сексуальное возбуждение у женщин нарастает очень медленно, дольше формируется плато, и после оргазма медленно спадает возбуждение. Поэтому чрезвычайно важно обратить внимание мужчины на то, что интроверту при половом сношении должны предшествовать медленная настройка и сексуальное возбуждение женщины.

Во время сношения следует обращать внимание на то, чтобы женщина также получала оргазм, и если эякуляция у мужчины наступает раньше и эрекция не сохраняется, важно другими методами, в т. ч. мануальными, пытаться вызвать оргазм у женщины. После этого также необходимы проявления нежности вплоть до снижения у нее возбуждения. Дисгармоничные несовпадения кривых могут явиться причиной отсутствия сексуального удовлетворения у обоих партнеров. В рамках этих разъяснений важно, чтобы различные сексуальные игры были адаптированы к индивидуальному диапазону сексуальной толерантности. Сюда относится также важный вопрос о допустимости различных проявлений сексуальности, которые могут дать возможность усиления эротических ощущений и чувства близости партнеров друг другу. Неверным является до сих пор распространенное представление о том, что все, что не соответствует сношению в обычной позиции, относится к извращениям. Важно подчеркнуть, что о перверсиях можно говорить лишь тогда, когда они являются исключительной предпосылкой для получения сексуального удовлетворения. Пока они представляют собой украшения сексуального процесса, который в конце концов ведет к нормальному удовлетворению половой потребности при нормальном объекте половых устремлений, можно говорить лишь о вариациях любовной игры, если они остаются в рамках положительно окрашенных взаимных переживаний и не вызывают отвращения у партнеров.

### Запрет сношения

Еще одним важным терапевтическим приемом является запрет сношения. Весьма важно сначала запретить сношение людям, находящимся в процессе сексотерапии. Тем самым

достигается, что в «фокусе» внезапно оказывается не сексуальное расстройство, а врач, наложивший запрет. Чаще всего производятся попытки обойти этот запрет, и часто при обсуждении этого сношения оказывается вдруг возможным, поскольку при спорах о нарушении запрета и вскрытом при этом обмене нежностями само расстройство оказывается забытым.

### Аутогенная тренировка

Так как лица с сексуальными расстройствами часто напряжены, аутогенная тренировка является хорошим методом лечения сексуальных нарушений. Во вводных формулах можно добиться дистанцирования от расстройства, например: «Я полностью безразличен к моим нарушениям». Тем самым достигается и снятие напряжения.

### Поведенческая терапия

То, что границы возможности освоения пациентами психотерапевтических навыков шире, чем это иногда предполагают, в особенности относится к поведенческой терапии. Вполне возможно в относительно короткий срок обучиться приемам, необходимым для самостоятельного проведения простых форм терапии в этой области.

Поведенческая терапия в форме десенсибилизации состоит в том, чтобы отключить от страха связанные с ним представления, относящиеся к сексуальной сфере. Лечение страха происходит в ходе упражнений по расслаблению — аутогенной тренировки или упражнений по методу Jacobson (1938). При этом достигается последовательное напряжение и расслабление отдельных групп мышц. В состоянии внезапного мышечного расслабления переживание страха на короткое время оказывается невозможным.

Ниже мы приводим несколько упрощенную схему такого упражнения:

- зажмуриться;
- поджать губы;
- прижать к груди подбородок;
- сжать кулаки;
- напрячь бицепсы;
- прижать локти к груди;
- напрячь живот;

- напрячь мускулатуру таза;
- свести колени;
- сидя, прижать к полу пальцы ног;
- зафиксировать напряжение мышц всего тела;
- как можно быстрее (желательно мгновенно) расслабиться.

Свободная от страха фаза полного расслабления мускулатуры используется для того, чтобы нейтрализовать связанные ранее со страхом сексуальные переживания.

Для этого необходимо предварительно построить иерархическую структуру — составить список всех представлений, вызывающих страх в связи с сексуальностью. Эти представления упорядочиваются в соответствии с убыванием страха.

Ниже приводится краткий образец такой иерархии по мере убывания страха. В иерархии пациентки, страдающей от диспареунии, в конце стоят эротические намеки, входжение в ванную комнату, что уже вызывает страх, а в самом начале — введение члена и половой акт:

- половой акт;
- введение члена;
- раздвигание ног;
- раздражение клитора;
- петтинг;
- обращенный взгляд;
- ласкание груди;
- раздевание;
- объятие и поцелуй;
- входжение в ванную комнату;
- ванная комната;
- эротические намеки.

После того, как эта иерархия выстроена, пациентка обучается упражнениям в расслаблении и должна в момент полного мышечного расслабления представить себе наименее значимую ситуацию из списка. После того, как оказалось возможным представить себе эту ситуацию, не испытывая страха, переходят к следующей. Эти упражнения делают сначала вместе с больной, затем она повторяет их самостоятельно.

Вслед за десенсибилизацией *in vitro* оказывается вполне возможным проведение этой десенсибилизации *in vivo*. При этом необходимо, чтобы партнер был информирован о применяемом методе терапии и готов к сотрудничеству, в том числе,

например, к тому, чтобы прервать половой акт при появлении страха у партнерши, возвращаясь к расслаблениям и снятию страха.

Страхи в связи с сексуальностью чаще всего, в особенности у невротиков, возникают в комбинации с другими страхами. Поэтому важно выстраивать иерархию не только сексуальных страхов, но и несексуальных, пример чего приводится ниже:

- смерть близкого родственника;
- неприятное известие;
- необходимость разговаривать с чужими людьми;
- идти одной по темному переулку;
- вести автомобиль;
- не справляться с домашним хозяйством;
- муж должен внезапно уехать;
- инфаркт миокарда;
- сбороище людей;
- канатная дорога;
- самолет;
- забыла выключить плиту.

Здесь процедура выглядит так же, как и при сексуальных страхах.

### Комбинация различных методов

Широко известен метод лечения по Мастерс и Джонсон (Мастерс и др., 1998). Вот квинтэссенция этого метода:

- раздельные беседы и обследование;
- совместные беседы «за круглым столом»;
- разъяснение;
- обсуждение конфликта;
- практическая поведенческая модификация фокусного расстройства;
- постоянный контроль результатов «за круглым столом».

Мастерс и Джонсон используют подходы поведенческой, а также коммуникативной терапии, причем существенным в лечении является то, что терапевт работает с ко-терапевтом, беседы проводятся сначала индивидуально, затем двумя терапевтами с обоими партнерами. Важными ступенями в этих разговорах являются сначала разъяснение, затем обсуждение конфликта и, наконец, поведенческая модификация *in vivo*, т.

е. оба партнера на практике применяют навыки поведенческой десенсибилизации.

Патогенетическая концепция психотерапии направлена на вскрытие причин и глубинных механизмов формирования тех или иных нарушений, исследование особенностей личности пациента, способствующих возникновению психогенных сексуальных дисфункций. Изучаются впечатления прошлого, осознанные и неосознанные переживания, которые могли негативно повлиять на сексуальное развитие пациента, анализируются его отношения с родителями в детстве, первые сексуальные переживания, подавленные желания, опасения и тревоги, нерешенные внутренние конфликты. Патогенетическая психотерапия осуществляется в серии индивидуальных бесед с психотерапевтом или в форме групповой психотерапии. В ходе лечения добиваются понимания пациентом своих личностных и сексуальных проблем, ошибочности некоторых суждений и уяснения им причин собственного невротического поведения. Такая личностно ориентированная терапия способна изменить отношение больного к себе и окружающим, снять тревогу и эмоциональное напряжение, что ведет к устранению функциональных половых расстройств.

На сегодняшний день разработано множество тренинговых методов коррекции сексуальных нарушений, обладающих быстрым положительным эффектом. Существуют специальные программы их применения как для лечения половых дисфункций у отдельных больных, так и в партнерской паре. Главным принципом любого психотерапевтического тренинга является обучение применяемым техникам и систематическое их повторение с целью выработки и закрепления положительной установки. Для этого проводятся планомерные индивидуальные и парные занятия с постоянным усложнением заданий и повышением требований.

Трудно диагностировать сексуальные нарушения как таковые, не менее трудна и критическая оценка успехов, в особенности при поведенческой модификации у аноргастических и фриgidных женщин. В конце терапии с целью оценки результатов женщинам следует задать следующие вопросы: Радуетесь ли вы половому акту? Переживаете ли вы при этом почти всегда оргазм? Бываете ли вы инициатором сексуальной активности?

## Нейролингвистическое программирование

В качестве первого шага в терапии сексуальных расстройств целесообразно расширить кинестетическую репрезентацию (Бабиков, 1998). Это можно сделать, используя мета-модель, что одновременно позволяет внедрить более эффективную стратегию для получения оргазма или усилить чувственные переживания уже оргазмирующей женщины. Когда кинестетическая система становится референтной, можно с уверенностью говорить об эффективности терапии. Правильно и вовремя заданные мета-вопросы во время предъявления проблемы также позволяют диагностировать пациентку — имеет ли она в процессе полового акта доступ к ощущениям, находится ли она в ассоциированном или диссоциированном состоянии. Если такая способность отсутствует, то проводится ассоциация и закрепление этого переживания в будущем.

Для того чтобы улучшить чувственность, выявляется критическая визуальная субмодальность, при помощи которой «здесь и сейчас» усиливается и «включается» кинестетика. Данная техника достаточно продолжительна по времени, но действенна. Женщины, используя такой индивидуальный «триггер», могут получать сильные чувственные переживания вплоть до полной разрядки даже без внешних стимуляций.

После этого, как дополнение, субмодальные вмешательства в визуальную и аудиальную систему позволяют придать чувственному компоненту больше окраски. Доступ к кинестетической репрезентации может идти через визуальную и аудиальную систему.

Если женщина осознает свой идеальный образ мужчины, который вызывает в ней желание, и может его визуализировать, но этот образ не совпадет с реальным партнером, то в работе полезно использовать техники «взмаха», перенос субмодальных компонентов, наложения двух образов. После этого следует создать направленную фантазию общения с реальным партнером, и, используя кинестетические «якоря» для усиления тех ощущений, которые возникают во время фантазий, «связать» их с реальным образом мужчины.

У пациенток, имеющих сексуальные расстройства, часто выявляются низкая оценка себя как женщины и отсутствие самоуважения. На вопрос: «Кто вы в жизни?», такие женщины

чаще всего определяют себя учителем, поваром, хозяйствой и т. д., реже матерью, а слово «женщина» совсем игнорируется. Так же избегается тема женственности в них самих.

Для повышения самооценки и самоуважения пациенткам предлагалась работа по логической спирали, где в комплексе учитываются логические уровни (среда, поведение, способности, вера и ценности, убеждение, идентичность).

Образом идентичности является женщина, в иерархию ценностей которой вместе с половым инстинктом включается удовольствие, после чего осуществляется вхождение в этот образ. На всех этапах обязательна проверка на экологичность.

Бывают случаи, когда на вопрос: «Кто вы?», пациентка отвечает: «Я женщина, способная любить и быть любимой, я жена и мать», но при этом врач по неверbalным признакам замечает неконгруэнтность в ответе. В таком случае необходимо начать работать с «возражающей частью личности» пациентки. Необходимо выяснить, что является причиной «возражения». Чаще всего это бывает стремление удовлетворить потребность переживания новой кинестетической реальности, и когда эта необходимость удовлетворена, «возражаящая» ранее «часть личности» перестает возражать.

Описанные методы психотерапии в лечении сексуальных расстройств у женщин можно с успехом сочетать с техниками гештальт-терапии и транзактного анализа, арт-терапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии.

Наряду с описанными выше психотерапевтическими методами для лечения сексуальных дисфункций у мужчин и женщин с успехом применяются внушение в гипнотическом состоянии, наркопсихотерапия с использованием закиси азота, различные варианты аутогенной тренировки и рациональная психотерапия, адресованная к разуму и логике больного. Последняя основана на разъяснении пациентам характера сексуальных нарушений, их коррекции с помощью успокойния, активной поддержки и соответствующих рекомендаций. Следует помнить, что любой используемый психотерапевтический прием может оказать положительный эффект, если врач и пациент верят в данный способ психотерапевтического воздействия и возможность излечения.

## *Позитивная психотерапия при сексуальных расстройствах*

**Фригидность** — способность сказать «нет» своим телом; **нарушение эрекции** — способность самоустраниться из конфликтной сферы сексуальности; **преждевременная эякуляция** — способность быстро достигать своей цели.

**Расстройства и физиология.** Из промежуточного мозга, центра возбуждения ЦНС, физические и психические сигналы поступают через спинной мозг к гениталиям, и наоборот, этим же центром воспринимаются и перерабатываются генитальные импульсы. Таким образом, удовлетворяющий и доставляющий удовольствие половой акт возможен только тогда, когда никакие негативные эмоциональные состояния не мешают этому процессу передачи возбуждения.

У людей с сексуальными проблемами, как правило, сферы *тело/ощущения и контакты* являются конфликтными. Расстройства в телесной сфере часто начинаются с табу в сексуальном воспитании по отношению к физическим, связанным с сексуальностью процессам, и связанные с этим ощущения и установки вызывают глубокое недоверие.

Сфера *профессия/достижения* обычно бывает позитивно заполнена. Ее развитие форсируется уже в детском возрасте. Трудолюбие и хорошая успеваемость в школе поощряются любовью и признанием. Все, что лежит за пределами этой сферы, оценивается как пустое времяпрепровождение под девизом: «Не делай глупостей!»

Сфера *контактов* конфликтна. Недостаточно развита способность высказывать свое мнение, открыто и конструктивно говорить с партнером как о негативном, так и позитивном.

Страх отказа, страх разлуки и чувство вины, которые прежде всего обусловлены воспитанием, блокируют женщину. Дискриминирующие диагнозы «фригидность», «половая холодность», «бесчувственность» еще более усиливают эти страхи. Сексуальное расстройство воспринимается как органическая неполноценность, что опять же может вести к усугублению симптоматики. У людей с функциональной сексуальной симптоматикой отношения между родителями часто были холодными или нейтральными. По крайней мере от детей проявления нежности скрывались. Эмоциональные проявления отвергались как «никчемные сантименты». К другим людям родители, как правило, тоже относились достаточно сдержанно. Контакты ограничивались семейной и общественной не-

обходимостью; очень высоко ценилась *учтивость*, однако тоже с учетом дистанции («на расстоянии вытянутой руки»). В *фантазиях* родителей, по всей вероятности, проявлялись недостающие или подавленные эмоциональные отношения в форме недоверия, агрессии и прежде всего страха. Позитивная установка к партнеру и позитивные переживания всего организма стали в связи с такими родительскими концепциями трудно достижимыми. Часто существуют тесные связи между сексуальными переживаниями и религиозным воспитанием и установками. Односторонне понимаемая религиозность может приводить к неврозам, которые, в свою очередь, обусловливают возникновение сексуальных функциональных расстройств.

Вторичные и первичные способы обладают функцией оружия, защиты или предлога. Вследствие влияния на сексуальное развитие женщины очень сложных многочисленных факторов возможность возникновения у нее расстройств больше, чем у мужчины. Сексуальное поведение также зависит не только от биологических предпосылок, гормонального фона или генитальной стимуляции. В большей степени оно зависит — и это более присуще женщине — от психологических и социокультурных факторов.

«Неспособность присоединиться» проявляется в телесной сфере особенно в тех случаях, когда нарушена вербальная коммуникация между партнерами, когда понимание на «словесной почве» кажется невозможным. Женщина, которая не чувствует, что ее принимают, не станет «отдаваться». Женщина, которая не ощущает себя понимаемой и любимой, в буквальном смысле слова «закрывается изнутри». Она «не открывает себя», она «замкнута». При помощи симптоматики она невербально сообщает об этом. Посредством судорог влагалища она может буквально «задеть за живое» мужчину, она может, причиняя боль, удерживать половой член или выталкивать его из себя. Поведение так называемых фригидных женщин обычно не характеризуется активной защитой, это скорее уход в себя, попытка спрятаться от конфликтов. Таким образом, обычно после длительных неразрешенных партнерских и сексуальных проблем, она устанавливает специфическую форму коммуникации на телесной основе.

**Актуальная способность:** «время».

**Определение и развитие:** способность организовывать вре-

мяпрепровождение, устанавливать отношения с прошлым, настоящим и будущим. Это может происходить пассивно, когда распределение времени и времяяпрепровождение перенимаются (займствуются), и активно, при распределении времени по собственной концепции. Уже с раннего детства ребенок учится самостоятельно распределять свое время или пассивно подчинять его происходящему.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас уделяет больше времени себе и партнеру? Как вы себя чувствуете, если ваш партнер уделяет вам мало времени? Укладываетесь ли вы во времени или испытываете скуку и лень? Достаточно ли у вас времени для себя и можете ли вы распоряжаться этим временем? Что бы вы стали делать, если бы у вас появилась неделя свободного времени? У вас (вашего партнера) нормированное рабочее время? Какие у вас планы на будущее? Часто ли вы думаете о том, что вы в прошлом сделали правильно или неправильно? Кто из ваших родителей уделял вам больше времени?

**Синонимы и расстройства:** скука, длительный, вечный, преходящий, утопический, спешка, досуг, старые добрые времена, проводить время, время — деньги, утро вечера мудрее, время поджимает.

Перегрузки, недостаточная нагрузка, пренебрежение, тревога, бесплодные мечтания, чудачество, явления стресса, фиксация на прошлом, одностороннее видение реальности, утопия, желудочные расстройства, сердечные расстройства, сексуальные нарушения.

**Особенности поведения:** сначала подумать, что и когда хочешь делать; поговорить об этом с партнером, с семьей. При помощи планирования вы можете свести нарушения до минимума. Мы должны уметь преодолевать неожиданности, которые тем не менее возникают. Следует определить, что можно, а что нельзя отложить; поочередно решить эти вопросы. Чему уделить время: себе, партнеру, семье, социальным контактам, профессии, мировоззренческим вопросам (религии).

**Актуальная способность:** «сексуальность».

**Определение и развитие:** способность устанавливать половые отношения с собой, с партнером («Ты»). Мы различаем понятия «секс», «сексуальность», «любовь». Секс — это свойство и функция организма. Сексуальность — это способности и свойства, которые становятся критериями притяжения или отвержения. Любовь направлена на носителя этих качеств.

Любят не то, что у него есть, любят его самого. На развитие сексуальности оказывает непосредственное влияние пример родителей, то, как они относятся к потребности ребенка в ласке. Сексуальность зависит от других актуальных способностей, таких, как *опрятность, вежливость, искренность, верность и пунктуальность*.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас отличается большей сексуальной активностью? Есть ли у вас проблемы в сфере сексуальности? Нравится ли вам ваш партнер в физическом отношении? Какие качества партнера вам нравятся, а какие нет? Была ли у вас сексуальная близость с другим партнером; сожалеете ли вы о том, что это в прошлом? Когда вы впервые вступили в сексуальные отношения? Когда вы начали заниматься самоудовлетворением? Что вы об этом думаете? Какие формы сексуальности вы предпочитаете? Кто вас просветил? Как ваши родители относились к сексуальности?

**Синонимы и расстройства:** влюбленный, излюбленный, влюбленный до безумия, нежный, преданный, эротический, страстный, пленительный, возбуждающий, привлекать, соблазнять, притяжение, симпатия, удовольствие, страсть.

Секс как цель жизни, гиперсексуальность, самоудовлетворение как болезненное влечение, сексуальная распущенность, перверсии, садизм, мазохизм, сексуальная фобия, разочарование, проблемы самоценности, супружеские проблемы, сексуальная защита.

**Особенности поведения:** научитесь различать секс, сексуальность и любовь. Необходимо последовательно выяснить сексуальные функции, межличностные отношения, причины и следствия партнерских отношений, говорить о сексуальных проблемах и желаниях.

### Опросник к сексуальным нарушениям

1. Бывает ли у вас ощущение, что вы «не достигаете цели», «промахиваетесь», что вы «хилый», что вы «замкнутый»? Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
2. Каким образом вас «просветили»? Как вы это восприняли?
3. Ваша способность к сексуальному возбуждению и сексуальная чувствительность отсутствовали или были слабы-

ми с детства, или ваша сексуальная восприимчивость была впервые утрачена позднее? Когда это произошло? В связи с чем?

4. Есть ли для вас разница между сексом, сексуальностью и любовью?
5. Рассматриваете ли вы ваши отношения с партнером преимущественно с точки зрения телесных функций и особенностей (фигура, рост, цвет кожи, запах, величина груди, члена, частота оргазма и т. д.)? Как вы относитесь к изменениям физических функций и особенностей вашего партнера (например, в связи со старением)?
6. «Заменим» ли для вас ваш партнер, «заменимы» ли вы для него?
7. Можете ли вы быть со своим партнером нежны и без половой близости?
8. Применяете ли вы аутогенную тренировку и другие релаксационные методы?
9. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, чего вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
10. Какое влияние оказывает ваша работа на ваши сексуальные проблемы? Избегаете ли вы по возможности профессиональных конфликтов? Какие актуальные способности являются поводом или причиной этих конфликтов? Знакомы ли вы с дифференциально-аналитическим опросником?
11. Считаете ли вы сексуальное возбуждение и удовольствие «достижением», которого вы должны добиться, исходя из своей самооценки или оценки вашего партнера (например, определенное число оргазмов)?
12. Уделяет ли ваш партнер достаточное внимание вашим желаниям (предварительные ласки, нежность, позиции, введение полового члена и т. д.)?
13. Может ли ваш партнер откровенно сказать вам о своих проблемах и желаниях? Аргументирует ли он, кричит, задает вопросы, выслушивает, замыкается в себе? Чувствуете ли вы, что он вас понимает?
14. Есть ли у вас способность сказать «нет», если вы чего-то не хотите?
15. Играют ли качества (актуальные способности) вашего партнера большую роль в ваших отношениях?

## **Глава 10**

---

**16. Как вы оцениваете следующие высказывания:**

- «Религия (мировоззрение), которой я придерживаюсь, очень высоко ценит верность в сексуальных отношениях».
- «Я принимаю уникальность моего партнера, которая проявляется в его качествах и способностях».
- «Я боюсь потерять себя, потерять контроль над собой».
- «Мои сексуальные проблемы вызывают во мне ощущение неполноценности».

**17. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?**

**18. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?**

## ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

### 11.1. КАРТИНА ЛИЧНОСТИ

**В**опрос о связи рака с психическими и психосоциальными факторами не нов: уже Гиппократ и Гален задавались им. В многочисленных психосоматических исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем (Baltrusch et al., 1991; Temoshok, 1987).

У раковых больных особенно часто обнаруживаются:

- ранняя потеря важных лиц близкого окружения пациента;
- неспособность больного открыто выражать враждебные чувства;
- сохранение «пуповины» с кем-либо из родителей;
- сексуальные нарушения.

В качестве «психологических канцерогенов» описаны различные травмирующие жизненные события, трудности в связи с утратой объекта и обусловленные этим страхи, нарушение способности к выражению эмоций, трудности в преодолении конфликтов, длительно существующее состояние безнадежности, подавленности, безнадежности и отчаяния.

Многие авторы этиологически связывают личность риска с отягощающими переживаниями в детстве (например, с утратой одного из родителей) при раке молочной железы (Beskewer, 1979), с жестоким детским опытом холодного отношения со стороны близких при раке легкого (Kissen, 1966).

Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключается в ощущении своей беспомощности, отказа от борьбы. Эта эмоциональная реакция приво-

дит в действие ряд физиологических процессов, которые подавляют естественные защитные механизмы организма и создают условия для возникновения и развития опухоли.

Незадолго до начала развития болезни многие из больных раком утратили значимые для них эмоциональные связи. При этом чаще всего они относятся к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-то одним объектом или ролью (с человеком, работой, домом), а не развивать собственную индивидуальность. Когда этим объекту или роли, с которыми человек себя связывает, начинает угрожать опасность или они просто исчезают, такие пациенты оказываются словно наедине с собой, но при этом у них отсутствуют навыки, позволяющие справляться с подобными ситуациями. На основе анализа психологических аспектов жизни более 500 больных LeShan (1977) выделяет в них четыре основных момента.

- Юность пациентов была отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния. Слишком большая близость с другими людьми вызывала у них трудности и казалась опасной.
- В ранний период зрелости пациенты либо установили глубокие, очень значимые для них отношения с каким-то человеком, либо получали огромное удовлетворение от своей работы. В эти отношения или роль они вкладывали всю свою энергию, это стало смыслом их существования, вокруг этого строилась вся их жизнь.
- Затем эти отношения или роль исчезли из их жизни. Причины были самые разные — смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни их ребенка и т. п. В результате снова наступило отчаяние, как будто недавнее событие больно задело не зажившую с молодости рану.
- Одной из основных особенностей этих больных было то, что их отчаяние не имело выхода, они переживали его «в себе». Они были не способны излить свою боль, гнев или враждебность на других.

Все эти примеры помогают выявить то общее, что объединяет большинство конфликтов, с которыми сталкиваются пациенты за несколько месяцев до возникновения заболевания. Выделяют пять этапов развития психологического процесса,

предшествующего возникновению рака (Саймонтон, Саймонтон 2001).

1. Детские переживания, приводящие к формированию того или иного типа личности.
2. На человека обрушаются драматические события, вызывающие у него стресс.
3. Возникшие стрессовые ситуации ставят перед человеком проблему, с которой он не может справиться.
4. Не видя возможности изменить правила своего поведения, человек чувствует свою беспомощность и неразрешимость создавшейся ситуации.
5. Человек отказывается от решения проблемы, теряет гибкость, способность изменяться и развиваться.

Именно потеря интереса к жизни играет решающую роль в воздействии на иммунную систему и может через изменения гормонального равновесия привести к повышенному производству атипичных клеток. Это состояние создает физические предпосылки для развития рака.

Человек, выбирающий позицию жертвы, *влияет* на свою жизнь тем, что придает повышенное значение таким событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Каждый из нас сам *выбирает*, хотя не всегда осознанно, как реагировать на то или иное событие. Величина стресса определяется, во-первых, значением, которое мы ему придаем, и, во-вторых, теми правилами, которые мы сами когда-то выработали и которые указывают на допустимые способы выхода из стрессовой ситуации.

В ряде работ отечественных психологов исследован «психологический профиль онкологического больного». Было выяснено, что у многих пациентов наблюдаются следующие черты: доминирующая детская позиция в коммуникации, тенденция к экстернализации локуса контроля, высокая нормативность в ценностной сфере, высокий порог восприятия негативных ситуаций, сложность понимания сущностных признаков в когнитивной сфере. При этом чаще всего в семье обнаруживалось присутствие доминантной матери.

По данным A. Sellschopp (1990), социальные факторы (профессиональная стабильность, постоянство взаимоотношений), в отличие от психических, характерных для «раковой личности», имеют намного большее значение для качества выживания, чем это считалось до сих пор.

Реакция на психосоциальные стрессоры зависит от структуры личности, т. е. от того, какое значение событию придается субъектом. К психосоциальным стрессорам Blohmke (1976) относит социальную неустроенность, изменения социального статуса, места жительства, недовольство работой, драматические жизненные события и жизненные кризисы, как потеря близких, скорбь, отчаяние, депрессия и безнадежность. Эти стрессоры могут стать пусковыми факторами в развитии онкологических заболеваний. Есть убедительные доказательства того, что стресс является фактором, способствующим возникновению болезней, в том числе и рака (Саймонтон и Саймонтон, 2001).

В рамках личности риска у женщин с предрасположенностью к раку молочной железы описывается неспособность проявлять свои чувства и изливать свой гнев. Эти женщины обычно более приспособлены к жизни и склонны к гармонии отношений. С другой стороны, в прогностических исследованиях (Greer, Morris, 1979) описана группа молодых женщин, склонных к экстремальным взрывам чувств. У женщин, у которых диагностировался рак, отмечались сниженная способность к фантазированию с редуцированием ответов по поводу форм и цвета по тесту Роршаха, уменьшенное число толкований образов; такие больные обнаруживали признаки, указывающие на разочарование, пустоту и чувство, будто они отделены от других людей стеклянной стеной.

Многие онкологические больные с плохим прогнозом реагируют на заболевание такой сильной регрессией своих витальных побуждений, что это начинает напоминать психоз. Они жалуются на полную внутреннюю опустошенность и как бы выжженность.

Что касается влияния психических факторов на благоприятное или неблагоприятное течение заболевания, то имеются прямые указания на более продолжительную жизнь больных раком молочной железы, если они могут проявлять свои агрессивные тенденции вообще и против лечащих врачей в частности. Некоторые авторы (Nakagawa, Ikemi, 1977) даже считают, что некоторым больным можно помочь путем повышения внутренней сопротивляемости и создания установки на активную борьбу.

Многие больные считают, что в происхождении рака важную роль играют психические причины. Более трети больных

раком молочной железы наряду с такими внешними факторами, как повреждения, вредные влияния внешней среды, считают причиной болезни также психические конфликты и перегрузки, тогда как 30% просто рассматривают эту болезнь как наказание за свои грехи и ошибки (Becker, Janz, 1985). Это связано с представлением о том, что рак — не такая болезнь, как другие, что само слово «рак» — это «метафора» для определения злочестивого неодолимого процесса и таинственной судьбы человека, включающей вину и наказание. Понятие «раковая опухоль» не только в представлениях больных, но и в политической терминологии означает неблагоприятное развитие процесса и недопустимые промахи.

Kubler-Ross (1974) описал 5 идеально-типовых фаз процесса, которые могут быть пройдены больным:

- 1) нежелание знать и изоляция (больной отказывается принять свою болезнь);
- 2) гнев и отвергание;
- 3) фаза переговоров (просьбы, прежде всего к врачам);
- 4) депрессия;
- 5) примирение с судьбой, согласие жить, «сколько отпущенено» и умереть «в мире и достоинстве».

Для психотерапевта важно определить, где именно находится больной в своем кризисе.

Психотерапевт должен учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений (Stierlin, 1978). Он должен спросить себя, какое значение имеет страдание для больного и для членов семьи, какие силы здесь действуют как до, так и, в особенности, во время заболевания и после возможной смерти пациента. Если эти силы распознаются, ими можно успешнее пользоваться. Поэтому должно стать правилом наблюдение и лечение не только самого больного, но и «пациента-семьи» (Gutter, Luban-Plozza, 1978).

При этом имеется тенденция к чрезмерному информированию родственников и недостаточному — больного. Тем самым создается опасность того, что родственники завершат психологическую переработку скорби уже перед смертью больного, и он окажется в изоляции. Что и в каком объеме должен врач говорить пациенту — вопрос сложный и в каждом случае решается индивидуально, с учетом того, что по закону больной имеет право получить полную информацию о своем состоянии. В любом случае, чтобы быть вместе с больным, его

родственники должны находиться на том же уровне владения информацией, что и он (Baltrusch, 1969). Различные уровни информации больного и других членов семьи лишают семью возможности сотрудничества. В этой ситуации никто не может действовать естественно; все подвергается искаженной рефлексии в то время, когда нужна открытость. Достижению такой открытости часто может помочь семейная конфронтация.

Kilbler-Ross (1974) указывал на то, что родные могут переживать сходные с больным фазы в ходе заболевания. Родные часто страдают от чувства вины и бессилия. Семейные беседы могут действовать успокаивающе и предотвращать хронизацию этих чувств.

## 11.2. ПСИХОТЕРАПИЯ

Данный раздел написан по материалам книги «Психотерапия рака» (Саймонтон, Саймонтон 2001).

Учитывая общее представление об онкологических заболеваниях, царящее в нашем обществе, и его влияние на больных, становится понятно, насколько опасна эта сила. Требуя от онкологических больных, чтобы они, невзирая на собственный страх и вопреки отрицательным установкам окружающих, попытались изменить свои представления об этой болезни и уверили, что еще смогут поправиться и вести активную и наполненную смыслом жизнь, мы требуем от них проявления огромного мужества и силы. Для того, чтобы помочь им в этой нелегкой задаче, мы прежде всего пытаемся противопоставить существующим в обществе отрицательным установкам относительно рака систему положительных представлений. Эти два вида установок приведены в приведенной ниже таблице.

Отрицательные установки	Положительные установки
1. Рак — это смертельное заболевание	1. Рак не обязательно смертелен
2. Рак нападает извне, и бороться с ним невозможно	2. Собственные внутренние ресурсы организма могут бороться с раком, чем бы он ни был вызван
3. Любое лечение болезненно и неэффективно, причем часто возникают нежелательные побочные эффекты	3. Лечение может быть союзником внутренних ресурсов организма

Представления, приведенные в колонке положительных установок, подтверждены современными научными исследованиями и, с точки зрения науки, могут считаться более оправданными, чем отрицательные установки.

Выделяют четыре психологических этапа, выводящих человека из кризиса к здоровью:

- 1) когда человек узнает, что болен и что его заболевание может быть смертельным, он начинает по-новому видеть свои проблемы;
- 2) человек принимает решение изменить свое поведение, стать другим;
- 3) физиологические процессы, происходящие в организме, реагируют на вспыхнувшую надежду и вновь появившееся желание жить. Образуется новая положительная зависимость физиологических процессов и эмоционального состояния пациента;
- 4) выздоровевший больной чувствует себя «лучше, чем просто хорошо».

Первой задачей психотерапии является необходимость помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию. После этого их можно научить справляться со стрессовыми ситуациями. Особенno важно, чтобы они изменили свои взгляды на самих себя (или восприятие тех проблем, с которыми столкнулись перед началом заболевания). Больные должны поверить в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно.

Появившаяся у пациента вера в возможность поправиться и новое отношение к стоящим перед ним проблемам формируют такую жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее.

Те же самые механизмы, которые способствовали превращению чувств и ощущений в определенные физиологические условия, способствовавшие развитию рака, могут быть использованы и для восстановления здоровья.

## ТЕХНИКИ

### **Техника 1. «Как оценить значение событий»**

Нетрудно понять, кто и какое значение придает определенным событиям в своей жизни. Гораздо сложнее разобраться в этом на своем личном примере. Потеря работы, напри-

мер, может иметь для человека различное значение. Она может означать:

- 1) поражение или признак неудачи;
- 2) вызов;
- 3) возможность начать все сначала;
- 4) подтверждение того, что в жизни нет справедливости.

Какое из этих значений придаст тот или иной человек потере работы, будет определяться другими его представлениями, например:

- 1) видит ли он возможность найти другую работу;
- 2) насколько человек воспринимает данную работу как показатель собственной ценности;
- 3) является ли он хозяином своей жизни;
- 4) его способностями создать новую положительную ситуацию.

Принцип, применяемый для определения значимости события, годится для всех ситуаций, которые обычно выделяются как возможные причины рака. Какими бы болезненными ни были эти ситуации сами по себе — например, потеря любимого человека или важной роли, с которой вы себя отождествляете, величина стресса и особенно степень того, насколько эти события заставляют вас ощущать беспомощность и безнадежность, зависят от значения, которое вы им придаете.

Как только вы начинаете внимательно изучать сложившиеся представления, ограничивающие ваши реакции, как только даете себе возможность рассмотреть другие варианты интерпретации событий и реакций на них, у вас появляется реальный шанс изменить оценку значения тех или иных ситуаций и превратить негативные ситуации в позитивные. Когда вскрываются и уничтожаются основные установки, блокировавшие нормальный ход жизни, она снова начинает течь спокойно и беспрепятственно, а вместе с этим возвращается и жизненная энергия, которая восстанавливает здоровое функционирование естественных защитных механизмов человека.

### **Техника 2. «Определение своей роли в возникновении заболевания»**

Очень полезно бывает попросить пациентов определить те стрессовые ситуации, которые они переживали в период от полугода до полутора лет перед началом болезни.

1. Подумайте о болезни, которой вы сейчас страдаете или

которая у вас когда-то была. Если у вас был рак или вы больны им сейчас, при выполнении этого упражнения имейте в виду именно его.

2. Если у вас рак, выпишите на листке бумаги пять основных стрессовых ситуаций, с которыми вы столкнулись в период от полугода до полутора лет перед тем, как обнаружили свое заболевание.
3. Если вы больны чем-то другим, то перечислите пять основных стрессовых ситуаций, произошедших в течение шести месяцев, предшествовавших болезни. (Для менее тяжелых, чем рак, заболеваний, по-видимому, следует говорить о более коротком периоде времени.)
4. Если вы когда-то пережили рецидивы этого заболевания, вспомните пять серьезных стрессовых ситуаций, произошедших за шесть месяцев до рецидива.

Если вам удалось определить в своей жизни серьезные внешние или внутренние стрессы, попробуйте решить, какое участие вы приняли в этих ситуациях. Может, вы сами создали их или стрессу способствовал способ вашего реагирования на происходящее? Не привела ли к этому ваша привычка всегда ставить интересы окружающих выше своих, то, что вам трудно сказать «нет», или то, что вы забыли об ограниченности своих физических, интеллектуальных и эмоциональных возможностей? А если стресс был вызван внешними событиями, например, смертью любимого человека, не могли ли вы выбрать какие-то другие способы реагирования? Дали ли вы себе возможность выразить горе или решили ни за что не показывать своих чувств? Обратились ли за помощью и поддержкой к друзьям?

Такой самоанализ нужен для того, чтобы определить те представления и способы поведения, которые вы бы хотели изменить сейчас. Поскольку эти установки представляют собой угрозу вашему здоровью, необходимо их пересмотреть.

Следующее упражнение поможет вам определить пять основных стрессовых ситуаций, которые вы переживаете в настоящий момент, и найти альтернативные способы реагирования на них. Это упражнение носит *профилактический* характер, и цель его — в выявлении и устраниении тех моментов, которые в будущем могли бы сделать вас уязвимым для болезни.

1. Выделите пять основных стрессовых ситуаций, которые вы переживаете в настоящий момент.

2. Подумайте над тем, насколько вы сами способствуете возникновению этих ситуаций.
3. Обдумайте, как можно было бы устраниить эти стрессы из вашей жизни.
4. Если вы не видите разумного способа избавиться от стресса, подумайте, помогает ли вы себе справиться с ним другими средствами? Принимаете ли поддержку друзей? Даете ли себе возможность получать какие-то удовольствия? Позволяете ли себе выражать чувства по поводу стрессовой ситуации?
5. Если бы вы чаще ставили свои потребности выше интересов окружающих, не помогло бы вам это избавиться от стрессовых ситуаций или уравновесить их? Задумываетесь ли вы над тем, в чем заключаются ваши собственные интересы? Пробовали ли вы когда-нибудь их удовлетворить вопреки тому, что они, по вашему мнению, противоречат интересам других?

Выполнив это упражнение, обязательно сравните, как вы реагировали на стресс до заболевания и как — сейчас. Нет ли в этих реакциях сходства? Если есть, то пересмотрите свое поведение — возможно, у вас выработался привычный способ реагирования на стрессы, который не способствует вашему здоровью.

Здесь необходимо сделать следующее замечание. Есть существенная разница между тем, что человек в чем-то «виноват», и тем, что он чему-то способствовал. Как можно обвинять кого-то в том, что, живя в обществе, он полностью следовал его правилам — ведь мало кто умеет адекватно обращаться со своими эмоциями. Более того, о вине можно говорить лишь в том случае, если человек знает, что его способ реагирования чреват саморазрушением и сознательно выбирает такое поведение. Это никоим образом не относится к людям, у которых физическое заболевание развилось как реакция на стресс. Печально, что именно те, кто стремится придерживаться выработанных обществом норм поведения, наиболее часто заболевают тяжелыми болезнями.

### **Техника 3. «Определение «преимуществ» болезни»**

Несмотря на то, что болезнь означает страдание и боль, она одновременно помогает решить и некоторые проблемы, встающие перед человеком. Болезнь является своего рода

«разрешением», дающим человеку право вести себя так, как он никогда бы не осмелился, будучи здоровым. Только представьте себе все то, что получает больной: возросшее внимание и заботу окружающих, возможность не ходить на работу, уменьшение обязанностей, снижение предъявляемых к нему требований и многое другое. Поскольку онкологические пациенты часто относятся к тому разряду людей, которые ставят интересы окружающих выше собственных, им бывает трудно позволить себе все перечисленные вольности просто так, не имея серьезного на то основания. В этом смысле заболевание «отменяет» многие представления, мешающие человеку обратить внимание на собственные эмоциональные потребности. Но, предоставляя человеку временную передышку, болезнь одновременно является для него ловушкой. Если ему удается получить внимание и право на отдых только при условии, что человек болен, какая-то часть его не захочет выздоравливать. Рак — слишком высокая цена, чтобы с его помощью решать проблемы, которые можно было бы разрешить, изменив выработанные жизненные правила, не позволявшие обратить внимание на собственные потребности.

Задача, с которой сталкивается пациент, состоит в следующем:

- определить те потребности, которые оказываются удовлетворены благодаря болезни;
- найти пути удовлетворения этих потребностей иным образом, без участия болезни.

Ниже приводится упражнение, которое поможет пациентам выяснить, какие «преимущества» дает им болезнь.

Возьмите лист бумаги и перечислите пять главных преимуществ, которые вам дала самая серьезная из всех ваших болезней (их может оказаться и больше). Если у вас сейчас или когда-либо раньше был рак, возьмите его в качестве примера.

Изучая списки преимуществ, которые составляют пациенты, психотерапевты пришли к выводу, что существует пять основных областей:

1. Болезнь «дает разрешение» уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы.
2. Она предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих.
3. Появляются условия для того, чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или пересмотреть свое понимание ситуации.

4. Появляется стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения.
5. Отпадает необходимость соответствовать тем высочайшим требованиям, которые предъявляют к вам окружающие и вы сами.

Теперь просмотрите составленный вами список. Подумайте, какие потребности лежат в основе преимуществ, которые предоставила вам болезнь: ослабление стресса, любовь и внимание, возможность высвободить свою энергию и т. д. Затем попытайтесь определить правила и представления, мешающие вам удовлетворить эти потребности, не прибегая к болезни.

### **Техника 4. «Методика релаксации»**

Для многих онкологических больных тело становится врачом, как будто, заболев, оно предало их и теперь угрожает самой жизни. Больной человек начинает испытывать враждебность по отношению к своему телу и не верит в его способность совладать с заболеванием. И наоборот, научившись расслабляться и воздействовать на свой организм, человек снова начинает доверять его способности сопротивляться болезни. Тело опять становится источником радости и удовольствия, кроме того, оно служит и важным средством обратной связи — насколько эффективно человек живет.

Релаксация помогает также уменьшить страх, который иногда просто захлестывает пациента, страдающего опасным заболеванием.

Вы можете попросить кого-нибудь прочитать вам эти инструкции вслух или сами записать их на пленку. После каждого этапа оставляйте побольше времени для того, чтобы выполнять все указания спокойно и не спеша.

1. Найдите тихое место с мягким освещением. Закройте дверь и поудобнее устройтесь на стуле или в кресле. Ноги поставьте так, чтобы стопы полностью касались пола. Закройте глаза.
2. Сосредоточьте внимание на своем дыхании.
3. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов и с каждым выдохом мысленно произнесите слово «расслабься».
4. Сосредоточьте внимание на лице и постараитесь ощутить любое напряжение мышц лица и глаз. Мысленно пред-

ставьте себе это напряжение в виде какого-то образа. Это может быть сжатый кулак или завязанная узлом веревка. Затем представьте себе, как она развязывается, разжимается, повисает, подобно натянутой, а затем отпущенной резинке.

5. Ощутите, как расслабляются ваше лицо и глаза. Почувствуйте, как одновременно с этим волна расслабления распространяется по всему вашему телу.
6. Напрягите лицо и глаза, зажмурив как можно сильнее, а затем расслабьтесь и почувствуйте, как расслабляется все ваше тело.
7. Повторите то же самое со всеми остальными частями тела. Медленно продвигайтесь по лицу вниз, к нижней челюсти, к шее, спине, плечам, предплечьям, к ладоням, груди, животу, бедрам, голеням, лодыжкам, стопам, пальцам ног, пока все тело не будет расслаблено. Для каждой части тела мысленно представляйте себе напряжение, а потом воображайте, как оно исчезает, тает. Сначала вы напрягаете эту часть тела, а затем расслабляете ее.
8. Расслабив все тело, оставайтесь в этом приятном состоянии от двух до пяти минут.
9. Теперь почувствуйте, что мышцы ваших век стали легче. Будьте готовы к тому, чтобы открыть глаза и вновь оказаться в комнате.
10. Откройте глаза. Вы готовы снова вернуться к своим обычным делам.

## Техника 5. «Процесс создания мысленных образов»

Если вы читаете эти указания для кого-то, постарайтесь делать это медленно, чтобы у выполняющего упражнение было достаточно времени на выполнение каждого этапа. Рекомендуем отводить на это упражнение от 10—15 минут и повторять его три раза в день.

1. Найдите тихое место с мягким освещением. Закройте дверь и поудобнее устройтесь на стуле или в кресле. Ноги поставьте так, чтобы стопы полностью касались пола. Закройте глаза.
2. Сосредоточьте внимание на своем дыхании.
3. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов и с каждым выдохом мысленно произнесите слово «расслабься».

4. Сосредоточьте внимание на своем лице и постарайтесь ощутить любое напряжение лица и глаз. Мысленно представьте себе это напряжение в виде какого-то образа. Это может быть завязанная узлом веревка, сжатый кулак. Затем представьте себе, что они расслабляются, разжимаются, повисают, подобно натянутой, а затем отпущенное резинке.
5. Ощутите, как расслабляются мышцы вашего лица и глаз. Почувствуйте, как одновременно с этим волна расслабления распространяется по всему вашему телу.
6. Напрягите лицо и глаза, зажмурив их как можно сильнее, а затем расслабьте и почувствуйте, как расслабляется все ваше тело.
7. Повторите то же самое со всеми остальными частями тела. Медленно продвигайтесь от лица вниз, к нижней челюсти, шее, плечам, спине, предплечьям, к ладоням, груди, животу, бедрам, голеням, лодыжкам, стопам, пальцам ног, пока не окажется расслабленным все тело. Для каждой части тела мысленно представляйте себе напряжение, а потом воображайте, как оно исчезает, тает.
8. Теперь представьте себе, что вы находитесь где-нибудь на природе, в приятном для вас месте. Постарайтесь как можно точнее увидеть все подробности: заметить краски, услышать звуки, все, что вы ощущаете, когда соприкасаетесь с окружающими предметами.
9. Продолжайте мысленно оставаться в этом месте в очень расслабленном состоянии в течение двух-трех минут.
10. Затем в символическом или реалистическом виде постарайтесь увидеть свой рак. Представляйте его состоящим из очень слабых клеток с неправильным строением. Помните, что в обычном состоянии в течение жизни наш организм уничтожает тысячи таких атипичных клеток. Зрительно представляя себе рак, подумайте о том, что для вашего выздоровления необходимо, чтобы защитные механизмы вашего тела вернулись к естественному, здоровому состоянию.
11. Если вы сейчас получаете какое-то традиционное лечение, представьте, что это лечение поступает в ваш организм определенным, понятным вам образом. Если это радиотерапия, то представьте себе ее как луч, состоящий из миллионов энергетических зарядов, поражающих все клет-

ки, попадающиеся им на пути. Нормальные клетки способны восстановить любой нанесенный им ущерб. Раковые клетки этого не могут — они слишком слабы. (Это как раз главный принцип, на котором основана радиотерапия.) Если вы получаете химиотерапию, представьте себе, что введенное вам лекарство попадает в ваши сосуды. Вообразите, что это лекарство действует как яд. Нормальные клетки — умные и сильные — не очень восприимчивы к этому яду, а раковые клетки — слабые, и поэтому достаточно небольшого количества яда, чтобы их убить. Они поглощают яд и умирают, а затем выводятся из организма.

12. Представьте себе, как ваши лейкоциты приближаются к месту, где находится рак, определяют атипичные клетки и разрушают их. В вашем распоряжении огромная армия лейкоцитов. Они очень сильны и полны энергии. Кроме того, они очень умные. Они по всем статьям превосходят раковые клетки, и в их победе не может быть никакого сомнения.

13. Представьте себе, как рак уменьшается в размерах, лейкоциты подхватывают мертвые раковые клетки и через печень и почки выводят их из организма вместе с мочой и калом.

Это образ ваших представлений о желаемом. Продолжайте представлять себе, как уменьшается рак, пока он полностью не исчезнет. Представьте себе, что, по мере того как рак уменьшается и наконец полностью исчезает, у вас становится больше энергии, улучшается аппетит. Вы хорошо чувствуете себя в окружении семьи, видите, как вас любят.

14. Если вы ощущаете в каком-то месте боль, зрительно представьте себе, как целая армия лейкоцитов устремляется туда, чтобы успокоить ее. Какова бы ни была причина этой боли, отдайте своему организму приказ исцелить себя. Представьте себе, как ваше тело поправляется.

15. Постарайтесь мысленно увидеть себя бодрым, здоровым, полным энергии.

16. Представьте себе, как вы добиваетесь выполнения тех задач, которые перед собой поставили. Вы осуществляете свои жизненные цели; у всех членов вашей семьи дела идут хорошо; ваши отношения с окружающими становятся все более значимыми. Помните, что если вы будете ви-

деть смысл в том, чтобы поправиться, то это поможет вам выздороветь. Посвятите некоторое время тому, чтобы подумать о своих жизненных ценностях.

17. Мысленно похвалите себя за то, что вы сами способствуете своему выздоровлению. Представьте себе, как вы делаете это упражнение три раза в день, сохраняя в течение всего времени сосредоточенность и внимание.
18. Теперь почувствуйте, что мышцы ваших век стали легче. Будьте готовы к тому, чтобы открыть глаза и вновь оказаться в комнате.
19. Откройте глаза. Вы снова можете возвращаться к своим обычным делам.

После выполнения упражнения возмите лист бумаги и нарисуйте те образы, которые возникли у вас во время визуализации.

Для того чтобы было понятнее, чего ожидать от приведенных упражнений, ниже приводится перечень возможных положительных результатов.

1. Этот процесс может уменьшить страх. Чаще всего страх бывает вызван чувством, что вы не способны повлиять на происходящее. Онкологические пациенты ощущают, что состояние их организма ухудшается, а они ничего не могут поделать. Расслабление и визуализация помогают человеку почувствовать, что он все-таки играет определенную роль в поддержании своего здоровья, а это создает ощущение способности влиять на ситуацию.
2. Этот процесс может привести к изменению внутренних установок пациента и усилить желание жить.
3. Он может повлиять на физиологические изменения, поддержать иммунную систему, помочь организму бороться со злокачественной опухолью. Поскольку душевное состояние имеет непосредственное отношение к состоянию иммунной системы и гормональному равновесию, эти физиологические изменения напрямую связаны с изменениями в представлениях и установках человека.
4. Этот процесс может служить методом оценки представлений, которых в настоящий момент придерживается человек, а при необходимости — и способом их изменения. Изменяя образы и символы, используемые в визуализациях, можно добиться изменения установок, напрямую соотносимых с состоянием организма.

5. Данный процесс может стать средством взаимодействия с бессознательной сферой, в которой, по крайней мере частично, кроются причины некоторых из наших представлений.
6. Он может служить способом понижения общего напряжения и уменьшения стресса. Даже регулярное расслабление само по себе уже способно значительно снизить напряжение и стресс и оказать тем самым серьезное влияние на функции организма.
7. Этот процесс может противостоять общему состоянию беспомощности и безнадежности и привести к его изменению. Именно ощущение общей подавленности в значительной степени влияет на развитие рака. Как только человек начинает представлять себе, что его тело вновь становится здоровым, что он способен разрешить сложности, присутствовавшие в его жизни до начала заболевания, ощущение безнадежности и беспомощности постепенно ослабевает. Более того, по мере выздоровления растет его уверенность в себе, его оптимизм.

Ниже приводится список экспериментальных критериев, которые можно использовать для оценки содержания визуализации. Исследования показали, что, несмотря на индивидуальные различия, хорошо работающие символы обладают сходными свойствами. Но поскольку мыслительные образы являются сугубо индивидуальными, нам хотелось бы еще раз подчеркнуть, что речь здесь идет об определенных *свойствах* символов, а не о самих символах.

1. Раковые клетки должны быть слабыми и не иметь жесткой структуры.
2. Лечение должно обладать силой и мощью.
3. Здоровым клеткам легко восстановить те небольшие повреждения, которые может им нанести лечение.
4. Армия лейкоцитов огромна и по количеству намного пре-восходит раковые клетки.
5. Лейкоциты агрессивны, всегда готовы к бою. Они способны быстро обнаружить раковые клетки и разрушить их.
6. Мертвые раковые клетки выводятся из организма естественным способом.
7. В конце работы с воображением вы здоровы, свободны от рака.

8. Вы видите, как достигаете поставленных целей, выполняете свое жизненное предназначение.

После завершения упражнения пациентов просят изобразить увиденные во время визуализации образы по одной простой причине. Рисунок фиксирует представления, свойственные им в определенный момент времени, поэтому позже можно будет проследить за тем, как они развиваются. Обычно пациентов просят делать такой рисунок раз в три месяца, а потом о нем рассказывать. Сравнивая символы, изображенные во время первого сеанса, с теми, что были нарисованы позже, появляется возможность судить о том, как развивается отношение пациентов к раку, как изменяются их представления.

### Техника 6. «Преодоление затаенных обид»

Затаенная обида — не то же самое, что гнев или злоба. Чувство гнева обычно бывает однократной и не слишком продолжительной эмоцией, тогда как затаенная обида — это продолжительный процесс, оказывающий на человека постоянное стрессовое воздействие.

У многих людей на душе лежат обиды, копившиеся годами. Нередко во взрослом человеке живет горечь детских переживаний, и какое-то болезненное событие он помнит всю жизнь в мельчайших подробностях. В самом начале такие чувства могут быть абсолютно оправданы, но в дальнейшем, продолжая носить их «в себе», человек обязан будет оплачивать это повышенным физиологическим и эмоциональным напряжением.

Метод для преодоления обид описан ниже. Однако, прежде чем вы начнете его использовать, необходимо наметить подходящую цель. Определить ее не так уж сложно — если вы до сих пор переживаете какую-то старую боль, вновь и вновь возвращаетесь к вызвавшему ее эпизоду, повторяете в уме, что вам следовало тогда сказать или сделать, вспоминаете возмутительное поведение своего «обидчика», значит, в вас живут не нашедшие выхода чувства. Вот как это делается:

1. Сядьте поудобнее. Закройте глаза. Стопы поставьте на пол.
2. Если вы чувствуете, что напряжены или вам трудно сосредоточиться, воспользуйтесь методикой расслабления, описанной ранее.
3. Мысленно представьте себе человека, к которому вы испытываете неприязнь.

4. Представьте, что с этим человеком происходит что-то хорошее, например он добивается внимания, любви или получает много денег. Пусть с ним случится что-то, что он сам рассматривал бы как благо.
5. Постарайтесь осознать свою реакцию на это. Если вам трудно представить, что с этим человеком происходит что-то хорошее — это вполне естественно. Постепенно, по мере того, как вы будете повторять данное упражнение, вам будет все легче и легче это сделать.
6. Подумайте о роли, которую, возможно, вы сыграли в той стрессовой ситуации. Попробуйте по-иному увидеть событие и поведение того человека. Представьте себе, как ситуация может выглядеть с его точки зрения.
7. Обратите внимание — чем больше вы расслаблены, тем меньше чувство обиды. Обещайте себе, что вы постараитесь сохранить в себе новое понимание той ситуации.
8. Теперь вы можете открыть глаза и вернуться к обычным делам.

Это упражнение обычно занимает менее пяти минут. Постарайтесь выполнять его каждый раз, когда чувствуете, что ваши мысли снова вернулись к неприятному, вызвавшему гнев эпизоду. Возможно, иногда вам месяцами не придется выполнять это упражнение, а иногда вы будете делать его по нескольку раз в день.

Можно попробовать применять этот метод и сразу же после неприятного события.

## Техника 7. «Постановка целей»

Предлагая пациентам поставить перед собой определенные цели, психотерапевт помогает им определить и сформулировать то, ради чего они хотят жить, восстановить свою связь с жизнью. Этим они как бы подтверждают, что еще хотят что-то от нее получить и постараются этого добиться. Преобразуя свои эмоциональные, интеллектуальные и физические потребности в жизнеутверждающее поведение, они снова возвращаются к жизни. Воля к жизни становится сильнее, когда у человека есть, ради чего жить.

Постановка целей имеет для онкологических пациентов и ряд других положительных моментов, а именно:

1. Этот процесс служит эмоциональной и интеллектуальной подготовкой к действиям, в которых должно воплотиться

решение человека выздороветь. Вы как бы признаете, что это входит в ваши намерения.

2. Постановка целей укрепляет уверенность в том, что человек способен удовлетворить свои потребности.
3. Когда человек принимает на себя ответственность за собственную жизнь, у него повышается самооценка.
4. Постановка целей концентрирует энергию, задает приоритеты.

Постановка целей — это способ направить свою энергию в нужном направлении. Цели могут меняться по мере того, как меняется ваше восприятие жизненных ценностей. Что-то может добавиться, от чего-то, наоборот, можно отказаться. Цель имеет смысл только как утверждение вашего понимания своих насущных потребностей. Вы сами ответственны за то, чтобы осознать эти потребности и для их удовлетворения поставить перед собой разумную цель. Предпринимая шаги для достижения чего-то, что имеет для вас значение, вы тем самым наполняете свою жизнь смыслом. Это и есть самый главный шаг к здоровью.

### **Выбор целей: общие рекомендации.**

Есть люди с изначально очень четким представлением о своих целях. Другие же, пытаясь ответить на вопрос: «Что нужно в жизни лично мне?», сталкиваются в буквальном смысле с неведомыми им ранее переживаниями. Тратя огромные усилия на то, чтобы соответствовать требованиям родителей, жены или мужа, детей, друзей и начальства, многие из нас давно потеряли ощущение собственных желаний. А кто-то, кто в прошлом очень ясно представлял свои желания и потребности, при смене жизненных обстоятельств часто теряется и не знает, что ответить на этот вопрос. Приведенные ниже способы помогут вам определить цели, соответствующие вашим насущным потребностям вне зависимости от состояния, в котором вы находитесь в настоящий момент. Попробуйте каждый из предлагаемых подходов, пока не выберете для себя тот, который покажется вам наиболее подходящим:

1. Еще раз проанализируйте «преимущества» болезни.
2. Спросите себя, что вам необходимо для «выживания».
3. Задавайте себе вопросы, связанные с личностным ростом.

### **Несколько конкретных предложений по постановке целей.**

1. Выбранные вами цели должны быть «сбалансированы» и, соответствуя вашим истинным желаниям, включать дея-

тельность, которая не только приносит удовольствие, но и наполнена внутренним смыслом.

2. Ваши цели должны быть реалистичными, конкретными и определенными.
3. Постарайтесь сделать свои цели «измеряемыми».
4. Достижение поставленных целей должно зависеть только от вас.
5. Не бойтесь помечтать.

Релаксация и работа с мысленными образами помогают укрепить веру в то, что они способны добиться поставленных задач. Начинать следует с процесса, описанного ранее, только в этом случае во время сеанса визуализации следует зрительно представлять себе цель таким образом, как будто вы ее уже достигли, и с этой позиции рассматривать шаги, которые были предприняты для ее осуществления.

Ниже приводится инструкция по визуализации, направленной на подтверждение поставленных целей. Выберите время и прямо сейчас, наметив определенную цель, прочтите инструкцию. Первые несколько раз выполнять упражнение будет легче, если вы сделаете магнитофонную запись этой инструкции или попросите кого-нибудь прочесть ее вслух.

1. Воспользуйтесь указаниями к процессу релаксации, приведенному ранее.
2. Выберите цель, над достижением которой вы хотели бы поработать.
3. Мысленно представьте себе, что вы уже добились ее выполнения.
4. Постарайтесь испытать те чувства, которые будут сопутствовать достижению поставленной цели. Что вам скажут окружающие? Что вы будете делать? Как будете выглядеть? Представьте, что вас окружает. Постарайтесь добавить к этой картине как можно больше подробностей.
5. Представьте себе, как на достижение данной цели отреагируют значимые для вас люди.
6. Мысленно постарайтесь увидеть шаги, которые вы предприняли, чтобы добиться этого. Каков был первый шаг? Решите, в чем состояли ваши действия, чтобы выполнить этот шаг. Постарайтесь пережить чувство завершения каждого следующего шага. Добавьте максимальное количество деталей к каждому из шагов и к вашим чувствам по поводу их завершения.

7. Почувствуйте радость и благодарность за то, что вы добились поставленной цели.
8. Постепенно перенеситесь в настоящий момент времени.
9. Теперь откройте глаза и приступайте к выполнению первого шага.

### Техника 8. «Встреча с Внутренним Наставником»

Некоторые ученые высказывают предположение, что у онкологических больных произошло нарушение связи с ресурсами бессознательного. Чтобы пациенты смогли установить связь со своим глубинным источником исцеления и силы, обучите их работе с Внутренним Наставником.

Один из способов, позволяющих соприкоснуться с Внутренним Наставником, называется «направляемый сон наяву» — особая форма работы с воображением. На важность установления контакта с Внутренним Наставником как на одно из непременных условий личностного роста и самопознания указывает психосинтез.

У многих людей Внутренний Наставник принимает облик какой-то уважаемой авторитетной личности (старой мудрой женщины или мудреца, доктора, религиозного деятеля), с кем можно вести внутренний диалог, задавать вопросы и выслушивать ответы, выходящие, казалось бы, за рамки сознательных способностей человека.

Описанные ниже этапы направлены на то, чтобы вы смогли установить со своим Внутренним Наставником первый контакт, в какой бы форме он ни предстал в вашем воображении.

1. Поудобнее устройтесь в кресле или на стуле, стопы должны касаться пола. Закройте глаза. Чтобы полностью расслабиться, выполните упражнение на релаксацию.
2. Мысленно представьте себя на природе, в каком-то месте, которое дает вам ощущение уюта, тепла, мира и спокойствия. Это место может существовать в действительности, а может быть выдуманным. Сосредоточьтесь на всех окружающих вас подробностях. Постарайтесь воспринимать все, происходящее вокруг вас, всеми органами чувств, как будто вы на самом деле там находитесь.
3. Обратите внимание на тропинку или дорожку, которая начинается рядом с вами и уходит дальше, за горизонт.

**Начинайте по ней двигаться. Идти по этой дорожке легко и приятно.**

4. Обратите внимание на голубоватое сияние вдалеке. Оно движется по направлению к вам. Вы спокойно и с любопытством ждете его приближения.
5. Сияние становится все ближе, и вы понимаете, что это — какое-то живое существо: человек, с которым вы незнакомы, или симпатичное животное.
6. По мере того как этот человек или животное приближается, постарайтесь внимательнее рассмотреть его. Какого оно пола? Какой формы и размера? Если это существо — человек, обратите внимание на его лицо, волосы, глаза, фигуру.
7. Если в присутствии этого человека или животного вы чувствуете себя уютно, безопасно и спокойно, значит, это — Внутренний Наставник.
8. Спросите, как его зовут, а потом попросите его о помощи.
9. Поговорите с ним. Постарайтесь поближе познакомиться. Обсудите с ним свои проблемы, как бы вы это сделали с близким другом.
10. Обратите внимание на все, что узнаете от этого Внутреннего Наставника. Он может сообщить вам что-то с помощью слов или симвлических жестов, указывая на что-то или достав какой-то предмет, олицетворяющий его совет.
11. Договоритесь о том, как держать с ним связь, если вам снова понадобится его совет.
12. Как только будете готовы, медленно возвращайтесь в ту комнату, где сейчас находитесь, и откройте глаза.

Не расстраивайтесь, если вам не удастся с первого раза встретиться с Внутренним Наставником или получить от него какую-то информацию. Часто, для того чтобы это произошло, требуется несколько попыток. Ведь это существо — часть вас самих, и, возможно, вы годами не уделяли этой своей части достаточного внимания. Поэтому для того, чтобы снова наладить с ней отношения, вам понадобится время и терпение.

## **Техника 9. «Преодоление боли»**

Физическая боль выполняет иногда сразу несколько психологических функций. Онкологический пациент может полагать, что «преимущества» болезни — в виде возросшей любви

и внимания окружающих, возможности уйти от неприятной ситуации и т. д., в большей степени вызваны его страданиями от боли, нежели просто самим фактом злокачественного заболевания — ведь боль напоминает о болезни с такой очевидностью. Это называется «внешними вознаграждениями за боль», поскольку они служат для того, чтобы влиять на внешние условия — на окружающих людей и их отношение к больному.

Боль, как и рак, может служить человеку оправданием, позволяющим признать собственное значение и собственные потребности. Если вам удастся разрешить себе попросить любви и внимания окружающих и освободиться от стресса, не прибегая к помощи боли, вы сможете ее уменьшить.

У боли есть и «внутреннее вознаграждение». Некоторые из пациентов, например, прибегают к физической боли как к предлогу, позволяющему им не обращаться к эмоционально болезненным жизненным ситуациям. В этом случае физическая боль может служить бессознательной заменой эмоциональной боли, поскольку физическую боль нередко легче перенести, особенно если человек боится, что у него не хватит сил справиться с болью эмоциональной или он давно потерял надежду разрешить психологический конфликт.

Поэтому при выяснении причин физической боли рекомендуется рассмотреть возможную «выгоду», которую эта боль могла бы предоставить. В результате такого самоанализа вы сможете пересмотреть некоторые из своих представлений и поведение, способствующее возникновению боли. Спросите себя: «Для чего мне нужна эта боль? Какую цель она преследует? Что она разрешает мне делать или не делать? Какую выгоду я от нее получаю?» Нередко бывает, что на эти вопросы трудно найти ответ. Сознание попытается заверить вас: «Эта боль мне не нужна. Она вовсе не служит никаким целям. Она мешает мне сделать то, что я хочу». Очень важно перешагнуть через эти уверения. Для того, чтобы ответить на все поставленные вопросы, бывает полезно обратиться за помощью к тем из близких людей, кто не станет скрывать от вас правду, или же к профессиональному психологу-консультанту.

Поскольку боль нередко бывает связана со страхом и напряжением, многие из пациентов замечают, что, когда они начинают регулярно выполнять упражнения на релаксацию и визуализацию, боль уменьшается. Это можно объяснить двумя причинами. Во-первых, расслабление снижает мышечное

напряжение, которое в свою очередь уменьшает боль. Во-вторых, благодаря работе с мысленными образами у пациента постепенно формируется установка на выздоровление, его страх исчезает, а это, в свою очередь, снижает мышечное напряжение и таким образом влияет на уменьшение боли.

Боль никогда не бывает постоянной, хотя пациенты нередко описывают ее именно так.

Если больному удастся осознать те установки, которые влияют на боль, он получит возможность как-то изменять свои мысли. Для того, чтобы усилить положительные ожидания, больной может чаще выполнять упражнение на релаксацию и визуализацию. Изменив способ реагирования на неизбежные ситуации, он станет менее уязвим для возможных стрессов. Понимание того, как человек сам способствует возникновению боли, является первым важным шагом к тому, чтобы она стала меньше.

### ***Упражнение 1. «Зрительное представление целительных сил своего организма»***

Цель данного упражнения — помочь человеку мобилизовать целительные силы организма и направить их к больному месту, чтобы устраниТЬ существующие нарушения и таким образом уменьшить боль.

1. Начните с упражнения на расслабление.
2. Представьте себе, что ваши лейкоциты (или какой-то иной символ целительных сил вашего организма) отправляются на разведку, чтобы выяснить, в чем причина испытываемой боли. Постарайтесь увидеть этих «разведчиков» как можно отчетливее. Пошлите их к тому месту, где вы ощущаете боль.
3. Если лейкоциты (или какой-то другой выбранный вами образ) обнаруживают раковые клетки, представьте себе, как лейкоциты нападают на них и уничтожают, оставляя после себя чистую и здоровую ткань, совершенно свободную от боли.
4. Если эти лейкоциты (или ваш собственный мысленный образ) находят не рак, а напряженные болезненные мышцы или связки, то представьте себе, что эти мышцы или связки расслабляются. Постарайтесь почувствовать расслабление в этой области, мысленно вообразите, как они расслабляются, подобно натянутой и отпущененной резинке.

5. Обратите внимание, что, по мере того как вы удерживаете в воображении образ расслабляющихся мышц и связок, боль постепенно уменьшается и может даже полностью отступить.
6. Мысленно похвалите себя за то, что принимаете участие в преодолении боли, а затем вернитесь к своей обычной деятельности.

### ***Упражнение 2. «Налаживание связи с болью»***

С болью, как и с Внутренним Наставником, можно установить связь и вести мысленный разговор. И в том, и в другом случае вы можете многое узнать об эмоциональных слагаемых вашей боли и заболевания. Никто не сможет назвать причину ваших неприятностей лучше, чем вы сами.

1. Начните с упражнения на расслабление.
2. Представьте свою боль в образе какого-нибудь существа. Постарайтесь как можно подробнее его рассмотреть.
3. Попытайтесь завести разговор с этим существом. Спросите его, почему оно здесь, каковы его цели. Внимательно выслушайте ответы.
4. Теперь спросите это существо, эту боль, что вы можете сделать, чтобы от нее избавиться. Внимательно выслушайте, что оно вам сообщит.
5. Откройте глаза и начните выполнять его советы. Обратите внимание, уменьшается ли ваша боль.
6. Поздравьте себя с тем, что вам удалось уменьшить боль, и возвращайтесь к обычной деятельности.

### ***Упражнение 3. «Зрительное представление боли»***

Еще один способ уменьшения боли состоит в том, чтобы представить себе, как она выглядит. Как и первое упражнение, этот метод направлен на усиление веры в собственную способность управлять процессами, происходящими в организме.

1. Начните с упражнения на расслабление.
2. Сосредоточьтесь на боли. Какого она цвета? Постарайтесь поточнее увидеть ее цвет, размер и форму. Это может быть ярко-красный шар, размером с теннисный мяч или грейпфрут.
3. Мысленно удалите этот шар из своего тела и поместите его на расстоянии метров трех от вас.

4. Мысленно увеличьте этот шар до размера баскетбольного мяча. Затем уменьшите его до размеров горошины. Теперь пусть он станет такого размера, как ему хочется. Обычно он возвращается к тому размеру, с которого началась визуализация.
5. Начните изменять цвет шара. Сделайте его сперва розовым, затем бледно-зеленым.
6. Теперь возьмите зеленый шар и поместите его обратно, в первоначальное место. Обратите внимание, не удалось ли вам уменьшить боль.
7. Откройте глаза и возвращайтесь к каждодневным занятиям.

## Техника 10. «Рецидив болезни»

Если человек заранее готов к возможности возвращения болезни, это помогает значительно снизить страх рецидива.

Необходимо попросить пациентов, чтобы они постарались запомнить две вещи. Во-первых, в этот период надо непременно обратиться к кому-нибудь из окружающих — к домашним, друзьям или врачам, чтобы те поддержали их своей любовью, своим пониманием, даже в тяжелые моменты перепадов их настроения. Эта поддержка даст пациенту силы справиться с охватившим его отчаянием. Во-вторых, не следует делать серьезных выводов относительно того, чем в конце концов закончится их заболевание. Если пациент придет к выводу, что в будущем его ждут такие же страдания, как сейчас, он может на эмоциональном уровне отказаться от борьбы, а это будет способствовать ухудшению физического состояния. Во время рецидива необходимо убедить пациента рассматривать этот болезненный и страшный период как временное явление. Потрясение и растерянность непременно пройдут, и, когда это произойдет, они смогут начать спокойно и взвешенно оценивать происходящее и думать о будущем.

Как только пациенты сообщают, что этот наиболее тяжелый период позади и они полны сил и решимости взглянуть на то, что происходит, надо начинать вместе анализировать ситуацию. Необходимо рассматривать рецидив не как поражение, а как имеющий важное психологическое значение сигнал организма. Он может означать следующее:

1. Пациент не смог справиться со стоящими перед ним эмоциональными проблемами и бессознательно принял решение сдаться. Рецидив служит сигналом того, что ему

необходимо обратиться за помощью к психотерапевту, для того чтобы разрешить эти проблемы.

2. Пациент еще не научился удовлетворять свои эмоциональные потребности иначе, чем с помощью болезни. В данном случае важно пересмотреть «преимущества» заболевания и постараться найти новые способы удовлетворения потребностей.
3. Возможно, пациент пытается произвести слишком много изменений в своей жизни одновременно. Это само по себе может стать источником сильного физиологического стресса, и организм хочет показать ему, что необходимо снизить темп и предъявляемые к себе требования.
4. Пациент сделал какие-то важные изменения, но затем расслабился и впал в состояние благодушия. Многие больные рассказывали, что, как только непосредственная угроза миновала, им становилось трудно продолжать следовать по пути изменений. Это легко понять: человеку свойственно быстро реагировать на непосредственную опасность, но трудно поддерживать новый тип поведения, если он не вошел в привычку. Привычка приобретается только в результате регулярной практики и самодисциплины.
5. Пациенты не прислушались к своим эмоциональным потребностям. Их поведение продолжает быть направлено на саморазрушение, и организм напоминает им о необходимости обратить внимание в первую очередь на эмоциональные потребности и здоровье.

Этот список, безусловно, далеко не исчерпывает всех возможных вариантов, и для того, чтобы выяснить значение каждого конкретного рецидива, может быть очень полезна помощь психотерапевта. Однако без активного участия самого пациента вряд ли удастся полностью разобраться в процессах, происходящих у него в душе.

Очень большую пользу в этом может оказать беседа с Внутренним Наставником. Пациентам рекомендуется хотя бы раз в день во время сеанса визуализации обращаться к своему внутреннему источнику мудрости и спрашивать его: «Какое значение имеет этот рецидив? Что он хочет мне сказать?»

Еще одно полезное упражнение в этой ситуации — постараться исследовать период, предшествовавший возвращению болезни. Какие события или изменения произошли у вас за это время? Что нового было в вашем поведении или деятельности?

## Техника 11. «Работа со смертью»

Вероятно, из всех жизненных проблем самой эмоционально тяжелой и пугающей является проблема смерти. Смерть вызывает у человека такой страх, что в нашем обществе эта тема, по существу, является запретной. Не имея возможности открыто обсуждать или даже просто признавать смерть, мы тем самым способствуем усилению ее власти над нами, подкрепляем неопределенность своего отношения к ней. Большинство онкологических больных не столько боятся самой смерти, сколько того, что с этим связано. Их пугает перспектива медленного умирания, которое истощит родных и друзей как эмоционально, так и материально. Они с ужасом думают о предстоящих месяцах в больнице, вдалеке от близких, о бесмысленном, одиноком и полном страданий существовании.

Необходимо помочь пациентам разобраться со своими страхами и представлениями о смерти. Когда люди могут открыто взглянуть на возможность смертельного исхода, это не только снижает уровень их тревоги, но, по-видимому, и уменьшает физическую боль, связанную со смертью.

### *Упражнение 1. «Увидеть свою жизнь и смерть»*

Чтобы вам было легче сформулировать свои представления о смерти и умирании, здесь приводится упражнение по визуализации (можно было бы назвать его «направляемой фантазией»), которое даст возможность более широко взглянуть на жизнь и ее закономерное завершение. Это упражнение — не «репетиция» смерти, оно скорее направлено на то, чтобы провести «общий обзор жизни» и помочь человеку увидеть то важное, что он еще может осуществить. Оно поможет вам отказаться от старых предрассудков, представлений и поведения и будет способствовать формированию новых установок и чувств, новых способов отношения к жизни.

Поскольку понятие смерти для многих людей связано с определенными религиозными представлениями, инструкции составлены таким образом, чтобы они не предполагали и не навязывали никаких конкретных религиозных установок. Постарайтесь перевести эти указания на язык своей веры. Как и всегда при визуализации, можно попросить кого-нибудь медленно прочитать эти инструкции вслух или заранее записать текст на магнитофон.

1. Выберите тихую комнату, сядьте поудобнее и начните с упражнения на расслабление.
2. Когда вы почувствуете, что полностью расслабились, представьте себе, что врач сообщает вам, что у вас рецидив ракового заболевания (если у вас нет рака, представьте себе, что вам говорят, что вы умираете). Представьте все чувства и мысли, которые это сообщение у вас вызовет. Куда вы пойдете? С кем будете говорить? Что скажете? Не торопитесь, постарайтесь представить себе все это в мельчайших подробностях.
3. Теперь представьте себе, что вы постепенно умираете. Мысленно нарисуйте подробную картину ухудшения вашего здоровья. Постарайтесь сосредоточиться на всех подробностях процесса умирания. Осознайте, что вы потеряете, когда умрете. Дайте себе возможность в течение нескольких минут пережить все эти чувства и тщательно в них разобраться.
4. Представьте людей, окружающих ваше смертное ложе. Постарайтесь увидеть, как они будут реагировать на то, что теряют вас. Что они говорят, что чувствуют? Не спешите, подробно представьте себе все, что происходит, включая момент вашей смерти.
5. Теперь вообразите, что присутствуете на своих похоронах или на церемонии прощания. Кого вы там видите? Что чувствуют пришедшие люди? И снова не спешите, дайте себе возможность пережить все в подробностях.
6. Представьте себя мертвым. Что происходит с вашим сознанием? Пусть оно попадет туда, где, по вашей вере, находится сознание после смерти. Оставайтесь там какое-то время и все прочувствуйте.
7. Дайте возможность вашему сознанию отправиться во вселенную и встретить там то, что, как вы считаете, является источником или первопричиной вселенной. В присутствии этого источника оглянитесь на прожитую жизнь и вспомните ее во всех подробностях. Не спешите. Чем из того, что было сделано, вы остались довольны? Что сделали не так? Какие обиды носили в себе в течение жизни? Какие из них живы в вас до сих пор? Попытайтесь провести такой обзор своей жизни и задать себе эти вопросы вне зависимости от того, что, по вашим представлениям, происходит с сознанием после смерти.

8. У вас теперь есть возможность вернуться на землю в новом теле и начать жизнь заново. Выберете ли вы тех же родителей или найдете новых? Какими качествами они будут обладать? Будут ли у вас братья и сестры? Это те же самые братья и сестры или другие? Какую профессию вы выберете? Что самое главное из того, чего вы хотите добиться в этой новой жизни? Что будет для вас важно? Тщательно обдумайте все новые возможности.
9. Осознайте, что этот процесс смерти и перерождения в вашей жизни непрерывен. Каждый раз, когда вы меняете что-то в своих представлениях и чувствах, вы умираете и вновь рождаетесь. Теперь, пережив смерть и новое рождение в своем воображении, вы можете увидеть, как это происходит и в вашей реальной жизни.
10. Спокойно и не торопясь возвращайтесь обратно в настоящий момент времени. Будьте готовы снова вернуться к обычной жизни.

Обычно и для больных, и для всех других людей, выполнивших это упражнение, наиболее полезной оказывается та его часть, в которой они оглядываются на прожитое. Это помогает человеку понять, каких изменений в своей жизни он хотел бы добиться. Постарайтесь обратить внимание пациентов на то, что у них еще есть время, чтобы, воспользовавшись полученными во время подобной визуализации знаниями, кое-что изменить в своей жизни. Тогда им не придется жалеть о том, о чем они сожалели во время воображаемой смерти. Представляя себе человека, которым бы они хотели стать, если бы получили возможность родиться заново, люди на самом деле решают, что бы им хотелось в себе изменить. Помогите пациенту попытаться найти способ, чтобы стать таким человеком сейчас, в этой жизни.

## *Поддержка семьи*

**Поощряйте выражение чувств.** Узнав о своей болезни, больные часто много плачут. Они оплакивают возможность собственной смерти и потерю ощущения, что будут жить вечно. Единственную, но очень важную помощь, которую в данной ситуации может предложить семья больному, — это готовность пережить все эти трудности вместе с ним. Если больной не говорит, что хочет остаться один, будьте с ним, предос-

тавьте ему как можно больше физического тепла, близости. Пощадите обнимайте и дотрагивайтесь до него. Не бойтесь поделиться своими чувствами.

По мере того как будет расти ваше понимание и изменяться восприятие происходящего, будут меняться и так называемые «недостойные» или «неправильные» чувства. Но они изменяются гораздо быстрее, если и вы, и больной, вместо того чтобы гнать их, позволите себе их пережить. Отрицание чувств лишает нас возможности узнать то, что они могли бы сказать: ведь чувства — это тот самый опыт, на основе которого возникает новое понимание.

**Слушайте и реагируйте, не поступаясь цельностью своей личности.** Очень важно, чтобы вы старались сохранять верность самому себе. Если в ответ на предложение помочь вы получаете заведомо невыполнимую просьбу, необходимо дать больному понять, что ваши возможности ограничены: «Я хотела бы помочь тебе, но этого сделать я не в силах. Может быть, я могу помочь чем-то еще?» Такой ответ не закрывает возможностей для продолжения отношений и показывает, что вы любите и переживаете за близкого человека, но одновременно с этим вы определяете границы, в рамках которых вы можете и хотели бы действовать.

Для того чтобы общение было искренним и действительно помогало переносить трудности, необходимо проявлять чуткость к тому, что вы слышите и говорите.

Обратите внимание, не больше ли вы говорите, чем слушаете, и не заканчиваете ли вы фразы за больного. Если это так, подумайте, не стоят ли за этим ваши собственные тревоги и не лучше ли будет, если вы дадите возможность вести беседу самому больному.

**Поддержка самостоятельности и инициативы больного.** Каждая семья, в которой есть онкологический больной, хочет ему помочь и чувствует свою ответственность за его поддержку. При этом очень важно, чтобы родные больного не забывали о своих собственных потребностях и дали возможность больному самому отвечать за свое здоровье. Поэтому очень существенно, чтобы в семье к нему относились как к ответственному человеку, а не как к беспомощному ребенку или жертве.

**Поддержка не должна превращать больного в ребенка.** На сколько далеко должна распространяться ваша поддержка больного раком? Лучше всего, если вам удастся поддерживать

больного, не превращая его при этом в неразумного ребенка. Когда больной или кто-то из его близких испытывает страх, очень важно, чтобы они общались между собой как взрослые люди, реалистично и открыто обсуждая вероятность риска и возможную боль.

**Поддерживайте, не стараясь «спасти».** Когда в семье, где один из супругов болен раком, начинается подобная «игра в спасение», это всегда легко заметить. Согласно представлениям, выработанным нашей культурой, если ты любишь человека, то в случае его болезни ты должен окружить его вниманием, взять на себя все его заботы и до такой степени во всем ему помогать, что ему вообще нечего будет делать. Такое отношение близких не оставляет больным никакой возможности отвечать за свое собственное благополучие, поэтому важно помогать человеку, а не подавлять его.

Поведение «спасителя» чаще всего проявляется тремя способами. Вы «спасаете» кого-то, если:

- делаете для человека что-то, чего не хотите делать, и при этом не сообщаете ему, что делаете это вопреки своему желанию;
- начинаете делать что-то вместе с другим человеком и обнаруживаете, что он переложил на вас большую часть работы;
- не всегда даете людям понять, чего бы вы хотели. Конечно, это не значит, что, выражая свои потребности, вы будете всегда получать желаемое. Не говоря о своих желаниях открыто, вы лишаете окружающих возможности на них реагировать.

Если вы обнаружите, что, вместо того чтобы помогать, «спасаете» кого-то, помните: жизнь больного зависит от того, насколько он сможет использовать ресурсы своего собственного организма.

**Поощряйте здоровье, а не болезнь.** Если для того, чтобы поправиться, больные должны проявить силу воли и взять на себя ответственность за свою жизнь, то друзья и близкие больного часто бессознательно мешают этому, потакая болезни. Нередко они проявляют максимум любви и заботы, когда человек слаб и беспомощен, а когда он начинает выздоравливать, их любовь и забота ослабевают.

Ниже приводятся некоторые рекомендации, которые помогут вам создать атмосферу поощрения здоровья.

1. Не лишайте больного возможности самому заботиться о себе.
2. Обязательно обращайте внимание на любое улучшение состояния больного.
3. Занимайтесь с больным какой-то деятельностью, не относящейся к болезни.
4. Продолжайте проводить время с больным, когда он начнет поправляться.

\* \* \*

Кроме указанных выше методик, используются методы гештальт-терапии, транзактного анализа, психодрамы

### ***Позитивная психотерапия при онкологических заболеваниях***

**Рак** — способность съедать самого себя; способность бороться или сдаваться.

**Расстройства и физиология.** Деление и размножение клеток обеспечивают рост организма и постоянное обновление клеток. Это является нормальным физиологическим процессом до тех пор, пока образуется клеток не больше, чем требуется. Процесс только тогда становится патологическим, когда определенная группа клеток начинает бесконтрольно размножаться, проникает в соседние ткани и разрушает их. Сами по себе раковые клетки не выполняют никакой функции. Особый статус злокачественные заболевания получают еще и потому, что может быть поражен любой орган.

**Актуальный конфликт.** Пациент воспринимает заболевание как угрозу всему своему существу. Он боится не только болей, угасания и ранней смерти, но и физических дефектов (например, удаления части тела или органа, облысения из-за химиотерапии), а также социальной изоляции вследствие длительного пребывания в больнице и тревоги у близких, что ведет к ограничению контактов. Именно в нашем обществе с подчеркнутой ролью деятельности потеря физических сил и способности к профессиональному труду переносится особенно тяжело. Рак не является таким повседневно встречающимся заболеванием, как, например, инфаркт миокарда или инсульт, и последние не менее опасны. Онкологическое заболевание означает больше, чем «просто» болезнь: рак — это что-то неизлечимое, это «послание смерти». С другими людьми так просто об этом тоже не поговоришь. Часто возникает

даже страх произнести слово «рак», как будто на нем лежит табу. Даже врачи нередко не называют болезнь своим именем, и возможное течение заболевания не обсуждается с пациентом. Все описывается в общих чертах, пациент имеет о болезни смутное представление; часто ему вообще ничего не говорят, что, однако, еще больше усиливает сомнения пациента, но никак не помогает ему. Больной ощущает себя покинутым.

Больной раком склонен к уходу в работу. Сфера разум/деятельность развита у него сильно. Он надеется, что хорошая должность даст ему уверенность и признание. Поэтому он тяжелее переносит промахи. Неудачи на работе нередко обнаруживаются перед началом злокачественного заболевания. Так же тяжело переживает он потерю близкого человека. Типичный раковый больной очень часто культивирует исключительные отношения только с одним человеком, игнорируя внешние контакты. Он охотно жертвует собой для родителей, детей или супруга. Он вкладывает в эти отношения всего себя и готов вынести все, лишь бы не потерять партнера. Если по какой-либо причине дело доходит до развода, этот «удар судьбы» может вывести больного из психофизического равновесия.

Сфера фантазий бывает ограниченной. Воображение развивается, кажется, только в направлении страхов, тревог, сомнений. Больные со злокачественными опухолями часто не имеют осознанных представлений о желаемом, а если имеют, то у них не хватает мужества реализовать то, что они бы хотели сделать, то, о чем мечтали. Экспансивные намерения были у них подавлены обычно еще в детстве или же их цели, связанные с самопожертвованием, не имеют пределов. С этой точки зрения метастазы являются сигналом для интеграции четырех сфер переработки конфликтов, чтобы уменьшить их раздельное существование. Большую помощь может оказать выяснение и дифференцировка микротравматических переживаний в последние 5–10 лет.

**Базовый конфликт.** На основе данных многочисленных исследований личности как у манифестных больных раком, так и у больных с другими диагнозами на момент исследования, можно сделать вывод, что модели для подражания и их базовые концепции отношения к своему телу (здравье/болезнь, эстетика, питание), к профессии и работе, к общению с людьми/партнерству, к будущему и жизненной философии являются собой отличный способ познакомиться с субъектив-

ной оценкой пациентом развития, течения и прогноза болезни. Семейные концепции типа «что с того?» или «все это все равно не имеет смысла», «нужно принимать все так, как есть», «здоровье — это все, жизнь без здоровья — это ничто» воспринимают будущее закрытым и безнадежным. Часто эти люди, уже будучи взрослыми, страдают от этих взглядов. Собственные потребности они или вообще не воспринимают, или игнорируют их. Выразить свои чувства им очень сложно. Нередки проблемы в сексуальной области. Они не научились последовательно преодолевать эмоциональные проблемы и освобождаться от повседневного раздражения. Проблемы будто «въезжаются» в них.

**Актуальные и базовые концепции.** Решающее значение для психосоматического понимания злокачественных заболеваний имело открытие факта, что иммунная система человека тесно связана с возникновением ракового заболевания, т. е. от сопротивляемости организма, его защитных сил зависит, «спокойно» ли ведут себя клетки или начинают безудержно размножаться. Известно, что защитные силы организма ослабляются душевными травмами, так что эмоции также могут влиять на возникновение и течение рака. Благодаря многочисленным научным исследованиям, которые подтверждают это предположение, сегодня уже не приходится сомневаться, что психические факторы играют важнейшую роль в развитии онкологических заболеваний. И этот факт важен не только для возникновения, манифестиации и роста опухоли, но и для ее уменьшения. Последнее может придать нам сил и оптимизма: не стоит пускать заболевание на самотек, мы можем сделать кое-что для выздоровления.

Четыре формы переработки конфликтов предоставляют хорошую возможность для диагностики, терапии и прогноза заболевания.

- Безнадежность пациента может быть преодолена при обсуждении вопросов типа «откуда я — зачем я?» и вопросов о смысле жизни, смысле болезни.
- Социальную изоляцию легче всего преодолеть, если мы настраиваем пациента на общение с партнером, детьми, семьей, друзьями и знакомыми в зависимости от конкретной ситуации.
- Стressовую ситуацию можно преодолеть, проанализировав травматически влияющие на пациента актуальные способности на работе.

- Стабилизацию физических факторов, с одной стороны, можно обеспечить соответствующей химиотерапией, релаксационными методиками и правильным питанием, с другой — сбалансированностью отношений в трех других сферах.

## Опросник для онкологического больного

1. Кто и когда сообщил вам о вашей болезни?
2. Беспокоитесь ли вы о своих физических функциях и способностях?
3. Ощущаете ли вы себя, с вашей точки зрения, ущербным?
4. Насколько хорошо информированы вы о характере вашего заболевания и возможном течении его, включая шансы излечения?
5. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
6. Какие актуальные способности (*аккуратность, пунктуальность, чистоплотность, вежливость, искренность, трудолюбие, бережливость, справедливость*) вы больше всего цените в себе и в ваших коллегах, сотрудниках и начальнике?
7. Каких установок и поведения ожидают от вас на работе?
8. Можете ли вы непринужденно говорить с вашими близкими о своем заболевании?
9. Связано ли для вас слово «рак» с определенным табу?
10. Чувствуете ли вы себя одиноким?
11. Можете ли вы открыто проявлять ваши чувства?
12. Можете ли вы выражать свои потребности или скрываете их? Жертвуете ли вы собой ради других?
13. Считаете ли вы, что все в конечном счете не имеет смысла и нужно принимать все, как есть?
14. Кажется ли вам будущее мрачным и безнадежным?
15. Является ли для вас здоровье всем, а жизнь без здоровья — ничем?
16. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
17. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИИ

**Д**епрессивные расстройства по своей симптоматике являются наиболее соматизированными психическими состояниями. Заторможенность и подавленность, господствующие в сознании, непосредственно действуют на соматические функции. Имеется даже тенденция считать всю комплексность и значимость психосоматических связей в медицине, все психосоматические жалобы или хотя бы большинство их проявлением ларвированной депрессии и соответственно лечить их медикаментозно. Подобная позиция является односторонней, но в то же время нельзя отрицать, что многие психически обусловленные соматические проявления можно рассматривать как эквивалент не отраженных в психической сфере состояний страха и депрессии.

Взаимодействие соматических и психических процессов редко где проявляется столь явственно, как в психосоматике и соматопсихике депрессий. Одновременно при депрессии происходит переплетение предрасположенности и среды, личности и ситуации, психодинамических причин и отщепления некоторых тем в сфере психического и соматического.

При депрессии страдают практически все сферы — эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах пациента, так и объективно — в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось больным как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость — различные формы досуга, общение, чтение книг, хобби, профессиональная деятельность, половая жизнь и пр. Пропадет не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности. У больного, страдающего депрессией, нет мотивации, не возникает желания приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием и раздражением. При всех типах депрессивного состояния страдают

также и первичные биологические мотивации — нарушается сон, аппетит, сексуальная функция. Степень этих расстройств зависит, как правило, от тяжести депрессивного состояния.

Под ларвированными или маскированными депрессиями понимают депрессивные состояния, при которых психосоматические симптомы выражены таким образом, что становится трудно распознать собственно психопатологическую симптоматику.

Депрессивный синдром проявляется в различных функциональных сферах.

**Психические симптомы:** подавленность, неспособность к принятию решений, замедление мышления, апатия или внутреннее беспокойство, страх, тоскливы мысли, потеря чувств, внутренняя пустота.

**Психомоторные симптомы:** психомоторная заторможенность (скованность, гипо- и амимия, снижение выразительности эмоций) или психомоторная ажитированность (внешнее беспокойство, неусидчивость, компульсивная малопродуктивная деятельность).

**Психосоматические симптомы:** нарушения витальных чувств (физическая слабость, отсутствие бодрости).

**Вегетативные нарушения в узком смысле:** головокружения, нарушения сердечного ритма, сухость во рту, запоры, нарушения дыхания.

**Вегетативные нарушения в широком смысле:** нарушения сна, ощущения боли, сжатия, холода, снижение аппетита и веса, нарушения менструального цикла, импотенция.

Если описанные проявления касаются эндогенных депрессий, то речь идет однозначно о ларвированных, или маскированных, депрессиях. При неэндогенных психозах, например, при невротических депрессиях, дифференцировка с психосоматическими нарушениями и заболеваниями становится трудной. В целом можно сказать, что под ларвированными или маскированными депрессиями понимаются эндогенные депрессии, сопровождаемые выраженной психосоматической симптоматикой, в то время как психосоматические нарушения или заболевания представляют собой соматизированные неврозы, т. е. соматизированный страх (Pöldinger, 1982). При эндогенных ларвированных депрессиях, т. е. психосоматических нарушениях и заболеваниях, рекомендуется комбинация фармакотерапии и психотерапии.

Среди неэндогенных депрессий, сопровождающихся отчетливыми психосоматическими проявлениями, следует также упомянуть об описанной Kielholz (1973) депрессии истощения. Она наступает после длящегося в течение нескольких месяцев или лет затяжного стресса и проявляется сначала в гипестетически-астенической стадии раздражительностью, повышенной чувствительностью и сниженной продуктивностью. Во второй стадии следуют психосоматические проявления, прежде всего вегетативной природы. Это соответствует старому диагностическому обозначению «неврастении», с отчетливой повышенной утомляемостью. Лишь после этой психосоматической стадии, в которой депрессия истощения трудно распознаваема как таковая, в последующем, при наличии дополнительной нагрузки или внезапного снятия психологического стресса, наступает собственно депрессивное состояние. Третья стадия представлена полной картиной депрессии. Депрессия истощения не является новым заболеванием, это лишь «прототип» психогенной депрессии.

При оценке реакции на стресс следует учитывать, идет ли речь об остром или хроническом стрессе, о личности с наследственной предрасположенностью к эндогенной депрессии или о нарушении развития в раннем детстве. Соответственно могут формироваться депрессия истощения или острая тревога при стрессовой реакции, может манифестируть эндогенная депрессия или невроз.

Соматические жалобы и функциональные симптомы как сопровождающие проявления или эквиваленты депрессивных расстройств могут так сильно выступать на первый план, что они господствуют во всей клинической картине. Соответственно эмоциональное нарушение может отходить на задний план и оставаться незамеченным. Это может происходить при депрессиях самого разного генеза: при фазно-эндогенных, невротических, при которых на первый план выступает личность, а также при реактивных депрессиях, которые понятным образом вытекают непосредственно из ситуации.

### 12.1. КАРТИНА ЛИЧНОСТИ

Типичными ситуациями заболевания при депрессиях являются потеря чувства безопасности, разлука, изоляция, возрастание ответственности. Даже эндогенные депрессии, по

некоторым оценкам, в 15—30% случаев провоцируются ситуационно, хотя бы их первая фаза. Из физических факторов имеют значение инволюционный период у женщин и мужчин, сопровождающийся кризами как в соматической сфере, так и в психике, а также необходимость переориентироваться в жизни, к чему многие люди оказываются не готовыми. Нельзя забывать о том, что и в рамках соматических заболеваний и нарушений могут развиваться депрессивные расстройства настроения, которые, со своей стороны, могут привести к расширительному толкованию психосоматических отношений.

С психосоматических позиций депрессии зависят от реального существования обычно идеализируемого объекта. Это формирует и повышенную чувствительность к разлуке. В отношении объектов выступает определенная инфантильная зависимость, которая носит оральные черты. Обнаруживается желание симбиотического приобщения к добре матери и ее авторитету, так же как к хорошему лечащему врачу, психотерапевту. Это перенесение имеет разные аспекты, больной нередко колеблется между сверхступчивым пассивным поведением, не откликающимся на предложение помочь, и упорными активными тенденциями, отражающими поиски признания. Больной может угодить другим, он мог бы своими действиями обезопасить других, защитить их (Benedetti, 1987; Brautigam, 1979).

Захиста больного депрессией заключается в характерных формах реагирования типа навязчивой любви к порядку и щепетильности, когда больной хочет устраниć все, что мешает, всякий беспорядок, всякую агрессивность, всякую грязь, все, что не находит признания. Больному требуется постоянно «делать добро», т. е. он старается своей деятельностью, своей близостью к другим людям, своим безупречным образом жизни отвергнуть таящиеся в нем агрессивные и деструктивные тенденции. Депрессия представляется как распад этой характерной защиты, как изоляция от полезного объекта, как подверженность самоупрекам. Особая тенденция к соматизации депрессивного расстройства психодинамически объясняется тем, что нарушенная симбиотическая зависимость от внешнего реального объекта смещается на зависимость от внутреннего объекта — одного из органов своего тела. Эта тенденция к интернализации и соматизации психического страдания и внешних психосоциальных конфликтов не только соответст-

вует представлениям больного о болезни, но и близка к врачу бному восприятию. Энтузиасты технически оснащенной современной медицины и многие врачи также склонны к интернализации и соматизации без учета психосоциальных конфликтов. В общественном сознании психические нарушения подвержены дискриминации, что и отражает указанная тенденция.

Возможность реагирования депрессивными психическими или чисто соматическими симптомами предполагает наличие соответствующей предрасположенности, которая может быть наследственно обусловленной или приобретенной в раннем детстве под влиянием внешних факторов в процессе развития. При этом важную роль играют ситуационные социальные влияния.

Манифестная картина личности больных депрессией определяется уже упомянутыми формами реагирования. Между невротической и психотической формой депрессии имеются плавные переходы.

В преморбиде обычно не находят грубых невротических признаков. Чаще встречаются такие черты личности, как сверхприспособленность и трудолюбие. В раннем детстве иногда встречаются проявления страха, но без выраженных невротических признаков. Если внимательно рассматривать межличностные отношения, то можно обнаружить тенденцию к симбиотическим отношениям с сильными привязанностями. Тенденция к социальной сверхприспособленности соответствует социальной пригодности больных депрессией, которые чаще встречаются в средних социальных слоях, в первую очередь среди служащих и чиновников.

### 12.2. ПСИХОТЕРАПИЯ

Для постановки диагноза имеют значение определенные характерные признаки. Необходимо изучить предыдущие сходные, возникавшие в кризисных ситуациях соматические нарушения или состояния душевного упадка. При этом следует обращать внимание на настроение больных и их потребности.

В течение дня часто очевидны колебания настроения, нередко со значительным улучшением к вечеру. Расстройства сна, самобичевание сопровождают апатию и утрату трудоспособности. Утомляемость как ведущий и основной симптом

вместе с утратой трудоспособности стоят на первом плане и при эндогенной депрессии.

Для депрессий характерна «реакция в последний момент»: когда врач хочет закончить беседу и больному угрожает одиночество, он задерживает врача, жалобно смотрит на него, заново торопливо излагает свои переживания, не прибавляя ничего нового или существенного. Депрессии у других членов семьи также имеют значение для постановки диагноза.

В случаях ларвированной или маскированной депрессии не только важно думать о депрессии, надо также уметь задавать решающие вопросы. Ниже приводятся вопросы, ответы на которые облегчают распознавание депрессии; некоторые дальнейшие вопросы и ответы на них должны сделать возможным распознавание эндогенных депрессий.

**Подавленность.** Чувствуете ли вы себя подавленным? Хотелось ли вам иногда заплакать?

**Неспособность к получению удовольствия.** Можете ли вы еще радоваться?

**Потеря инициативы и интересов.** Проявляете ли вы на работе и в свободное время меньше инициативы, чем несколько недель или месяцев назад? Следите ли вы за событиями в газетах, по радио и телевидению? Доставляют ли вам ваши хобби и увлечения столько же радости, как и прежде?

**Переживание неудачи.** Чувствуете ли вы себя неудачником?

**Чувство вины.** Часто ли вы упрекаете себя, есть ли у вас чувства вины и неполноценности?

**Пессимизм.** Смотрите ли вы в будущее пессимистичнее, чем раньше, есть ли у вас иногда чувство, что все бессмысленно?

**Умственная жвачка.** Приходится ли вам часто невольно увязать в ваших пессимистических мыслях?

**Неспособность к принятию решений.** Трудно ли вам порой решиться на что-либо?

**Потеря социальных контактов.** Реже ли вы встречаетесь с вашими родственниками, друзьями и знакомыми, чем раньше, или чувствуете ли вы себя забытыми ими?

**Нарушения сна.** Спите ли вы хуже, чем раньше? Трудно ли вам заснуть? Не просыпаетесь ли вы ночью или рано утром?

**Нарушения аппетита.** Снизился ли у вас аппетит? Теряете ли вы в весе, нет ли у вас запоров?

**Снижение либидо.** Нет ли у вас трудностей в сексуальном отношении?

### **Вопросы, касающиеся эндогенности.**

**Наследственность.** Были ли у вас в роду случаи депрессий, состояний повышенной активности или самоубийства?

**Предшествующие фазы.** Были ли у вас раньше периоды подавленности или повышенной активности?

**Суточные колебания.** Когда вы чувствуете себя хуже всего — утром или вечером?

**Раннее пробуждение.** Когда вы просыпаетесь утром?

В отношении смены синдромов чрезвычайно примечательно то, что такие типичные психосоматические синдромы, как колиты, язвы, крапивница, астма и т. д., могут чередоваться с депрессивными fazами. Это привлекает внимание к соматопсихическим связям, которые изучаются при психосоматических заболеваниях, неврозах и психозах. Соматические и психические причины не должны рассматриваться альтернативно. Очень часто соматическим выражением депрессий являются запоры, отсутствие аппетита; у женщин менструации становятся нерегулярными или прекращаются, либидо снижается, ухудшается общее состояние. Часто на первый план выступают расстройства сна, что проявляется уплощением и укорочение физиологических faz сна на ЭЭГ.

Лечение должно быть направлено на психологические и возникающие в процессе заболевания дополнительные влияния. Больной депрессией всегда связан прочными узами с психотерапевтом. В этом заключается наилучшая защита от суицидальных тенденций. При невротических и реактивных депрессивных состояниях не следует медлить с психологической переработкой конфликта; ее необходимо проводить уже в остром периоде, так как психотерапевтическая беседа именно в это время может дать облегчение. Показана длительная психотерапия — раскрывающая, индивидуальная или групповая, особенно в тех случаях, когда к этому имеются предпосылки со стороны личности.

Могут успешно использоваться практически все методы психотерапии, приведенные в главе 3 части 1.

## ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

**И**нфекционные болезни — результат взаимодействия микроорганизмов с организмом человека. Выраженность и характер течения инфекционной болезни зависят от особенностей возбудителя болезни (вид возбудителя, выделение экзотоксинов, инвазивные факторы, механизмы размножения и т. п.), с одной стороны, и состояния защитных сил организма человека — с другой, т. е. обусловлены взаимодействием возбудителя, его вирулентности и резистентности организма.

В связи с этим иммунную систему в последнее время определяют как связующее звено в функциональной психосоматической цепи. Интуитивные знания опытных врачей о том, что характер реакции на инфекцию или на течение инфекционного заболевания зависит также от эмоциональных факторов, могут теперь опираться на дифференцированные исследования иммунной системы. Взаимодействие психосоциальных или эндокринных влияний и иммунного ответа очень сложно: в афферентной части иммунной системы осуществляется влияние на активацию и инактивацию макрофагов, на лимфоток, а также происходят изменения аутоантигенов. В центральной части иммунной системы происходят изменение количества и скорости деления иммунокомпетентных клеток в лимфоидной ткани, а также метаболизма мембран и нарушение специфических иммуноглобулинов. В эфферентной части иммунной системы даже малые изменения уровня кортикостероидов ведут к блокированию макрофагами комплексов антиген-антитело (Amkraut et al. 1974).

Многое из того, чего не хватает современной психосоматике в плане понимания инфекционных заболеваний, в патогенетическом плане может получить объяснение именно при изучении реакции иммунной системы на психические нагрузки (Cohen, Williamson 1991).

Для возникновения и течения инфекционных заболеваний важно то, что универсальные, в целом типичные для данной болезни связи проявляют свое специфическое содержание в каждом конкретном случае прежде всего на фоне индивидуальной истории жизни и особенностей субъективных переживаний пациента, значение и тяжесть которых в каждом отдельном случае должны тщательно изучаться. История болезни и история жизни человека неразрывны, хотя в каждом отдельном случае значение каждого из факторов порой бывает трудно оценить.

## 13.1. ПРОСТУДЫ

От 25 до 40% больных обращаются к врачам общей практики по поводу заболевания дыхательных путей. К этой группе заболеваний относятся инфекции верхних дыхательных путей, вирусный грипп и простудные заболевания, протекающие с лихорадкой, но без осложнений. Это самые частые заболевания вообще; считается, что взрослые переносят простуду 2—3 раза в год, часто с кратковременным болезненным состоянием и освобождением от работы.

Психосоциальные факторы играют решающую роль в течении заболевания и его преодолении. Статистика и кривые заболеваемости показывают взаимосвязь между психическими факторами и развитием и клиникой инфекционных заболеваний. Невротики заболевают инфекциями верхних дыхательных путей в 2—3 раза чаще и болеют ими дольше, чем все население в среднем.

Lewis и Lewis (1975) были первыми авторами, которые указали на то, что восприимчивость человека к респираторным вирусам зависит от его эмоционального состояния. Согласно Studt (1986), структура личности определяет специфическую картину болезни и течение инфекционного заболевания. Frankenhaeuser et al. (1978) считают, что безделье тоже может вызывать стресс и повышенный выброс катехоламинов и кортизола. Udelmann (1982) обнаружил временную взаимосвязь между уменьшением Т- и В-лимфоцитов и изменением жизненной ситуации. Labhardt (1983) считает, что кашель означает в переносном смысле освобождение от невыполнимых эмоций, напряжения и конфликтов, которые связаны с гне-

вом, агрессией или страхом. Чтобы понять их значение, необходима позитивная эмоциональная диагностика. Для Jankovic (1989) иммунная система является мультисистемой, от которой неотделима эндокринная и нервная системы, так что их следует рассматривать как целое.

### 13.2. ПРОСТОЙ ГЕРПЕС

Простой герпес — рецидивирующее вирусное заболевание с кратковременным первичным инфицированием и эндогенной реинфекцией. Оно проявляется лихорадочными высыпаниями размером от булавочной головки до чечевицы, которые затем высыхают и отпадают без рубцевания. Локализуются высыпания чаще в области губ, носа и рта на местах перехода кожи в слизистые оболочки (мы не рассматриваем здесь энцефалит как следствие простого герпеса). Герпес (лабиальный или генитальный) принадлежит к наиболее частым, обычно неопасным заболеваниям. В то же время при достаточно тяжело протекающем генитальном герпесе больные наряду с соматической симптоматикой переживают довольно серьезное психическое отягощение.

Вirus простого герпеса обладает до сих пор не объясненной способностью переходить в латентное состояние и длительное время сохраняться в организме своего хозяина в неактивной форме. Серологически выделяют 2 подгруппы: ГВП-1 — обычно возбудитель лабиального герпеса, особенно частоpersistирующий в ганглиях ядер тройничного нерва, и ГВП-2 — наиболее частый возбудитель генитального герпеса, находящийся преимущественно в крестцовых ганглиях.

Если защитные силы организма снижаются под влиянием соматических или психологических факторов, то вирусы могут распространяться путем трансфера из клетки в клетку. В нормальных условиях этот процесс контролируется и подавляется Т-лимфоцитами, что происходит вследствие цитотоксического действия или активации макрофагов. Однако современные иммунологические исследования показали, что внутренние и внешние нагрузки (стрессы) легко нарушают это равновесие и тем самым могут быть ответственны за возникновение нового приступа болезни.

На примере простого герпеса можно особенно четко про-

демонстрировать, как переплетены между собой эти факторы, и на поставленный вопрос можно ответить утвердительно в обоих направлениях. В наше время находят очевидные связи между психопатологическими факторами (депрессия, страх, общий психосоматический синдром) и частотой и тяжестью жалоб (боли, зуд) — факторами риска, которые предсказывают возможность рецидива болезни надежнее, чем другие показатели. Однако остается спорным вопрос, насколько ответственны за возникновение болезни непосредственно предшествующие ей вредности или же большую роль играют изначальные глубинные невротические черты личности, или влияют оба эти фактора (Schmidt et al. 1985; Goldmeier et al. 1986; Levenson et al. 1987; Kemeny et al. 1989; Rand et al. 1990).

Комплексность, дифференцированность и сложность современных психонейроиммунологических исследований можно продемонстрировать на примере работы (Kemeny et al. 1989). Авторы на протяжении нескольких месяцев изучали у 36 пациентов с генитальным герпесом имевшийся (или ожидаемый) у них стресс, настроение, состояние здоровья, а также, в качестве иммунологического параметра, Т4-(хелперы) и Т8-(супрессоры) клетки. У пациентов с высокими показателями стресса обнаружено меньшее количество Т4- и Т8-клеток; у пациентов с высокими показателями тревожной депрессии или агрессивности выявлено уменьшение количества Т8-клеток; у пациентов с высокими показателями депрессии отмечена повышенная склонность к рецидивам генитального герпеса. Последний фактор установлен также при тщательном изучении ВИЧ-инфицированных людей, у которых выраженностю депрессивности определяет течение заболевания (Kemeny et al. 1989; Weiner et al. 1989).

Провоцирующие факторы многообразны и могут быть как экзогенными (солнечное или ультрафиолетовое облучение, сопутствующие инфекционные заболевания, экзаменационные нагрузки, одиночество), так и эндогенными (внутренние конфликты).

В типичной конфликтной ситуации часто отмечаются чувство вины, которое возникает из-за конфликта в сексуальной сфере, и страх загрязнения, но могут быть и конфликты иного рода. Люди, склонные к рецидивам простого герпеса, часто имеют и другие психосоматические или невротические синдромы.

### 13.3. АНГИНА

Поскольку большинство возбудителей ангины, включая гемолитический стрептококк, обнаруживаются в глотке и у здоровых людей, считают, что только воздействие дополнительных вредных факторов вызывает ангину. Следует также учитывать изменения иммунитета, например, вследствие вирусных заболеваний, физических и психических стрессовых ситуаций и конфликтов. При стрептококковой ангине не вырабатывается иммунитет и даже отмечается повышенная восприимчивость и нарастающая поливалентность в отношении провоцирующих факторов (вирусные заболевания, банальные инфекции, психические конфликты). Учитывая частоту ангин, можно было бы считать их совпадение с жизненными кризами случайным. Однако опытные инфекционисты называют среди провоцирующих факторов также и психогенные. Предпосылкой для того, чтобы правильно воспринимать такую взаимосвязь, является то, что семейный врач достаточно близок к своему пациенту и хорошо знает его историю жизни, социальные отношения и внутренние проблемы.

Миндалины как часть лимфатического глоточного кольца относятся к иммунной системе организма; иммунологические особенности при простом герпесе сходны во многом с таковыми при тонзиллярной ангине. В отношении миндалин особенно важно, что они как часть лимфатической системы, особенно развитой в детстве, в пубертатном периоде подвергаются обратному развитию. Таким образом, перемены и более или менее благополучный переход от детства и юности к зрелости происходят в соматической сфере.

Клинические наблюдения подтверждают склонность к учащению ангин в подростковом и юношеском возрасте, когда наступают кризы в перегруженной конфликтами сексуальной сфере.

Weizsäcker (1946) и R. Bilz (1936) привели множество наблюдений, свидетельствующих о том, что остро возникающие приступы ангины могут быть связаны с кризисными обострениями и потрясениями «генеративной сферы», т. е. часто с амбивалентными сексуальными желаниями.

О том, что болезнь как внезапный критический прорыв может быть не только поражением, но и проявлением изменения, новой ситуации, свидетельствует именно ангина.

Психоаналитики, в том числе и Фрейд, отмечали у многих невротиков наличие иммунитета в отношении инфекционных заболеваний. При распаде невротической защиты во время сеанса психоанализа впервые наблюдается «готовность к соматическим заболеваниям». Так, Weizsacker (1949) описал больного с невротической симптоматикой, у которого не только развилась ангина во время аналитического лечения на фоне исчезновения невротических симптомов, но и возникла новая жизненная ситуация после преодоления этого соматического заболевания и выздоровления.

### 13.4. ТУБЕРКУЛЕЗ

Наряду с возбудителем в патогенезе заболевания играет роль ряд биологических факторов, в том числе общая резистентность, возраст, наследственность, психические факторы, так что либо вскоре происходит подавление первичной инфекции, либо инфицирование микобактериями туберкулеза приводит к развитию болезни.

Старые очаги первичного заболевания через много лет латентного состояния могут активизироваться, и после стадии раннего инфильтрата развивается хронический туберкулез. В развитии болезни играют роль гормональные (пубертат, беременность), психосоматические конstellации и возрастное снижение толерантности.

По мнению многих фтизиатров и психосоматиков, личность, социальные факторы и жизненная ситуация имеют значение как для развития первичного заболевания, так и для дальнейшего течения туберкулеза.

Почти каждый взрослый подвергался контакту с бациллами туберкулеза. Клинически заболевает лишь незначительная часть инфицированных патогенным возбудителем. Что касается сопротивляемости организма, то имеется тесная связь между параметрами личности и стрессом, с одной, и реакцией иммунной системы — с другой стороны.

При туберкулезе существует бросающееся в глаза несоответствие между инфекцией и манифестным заболеванием.

Уже в 1826 году французский интернист Laennec описал в качестве одной из причин легочной фтизии глубокое, настойчиво потрясающее страдание. Здесь в первую очередь сущест-

венными для патогенеза являются не внезапные удары судьбы и тяжелые душевные травмы, а хронические состояния, возникающие, например, когда на длительное время затягивается выбор профессии или супружеского партнера. Постоянно изнуряющие напряжения и конфликты, разочарования, длительный страх или постоянные раздоры могут повлиять на возникновение заболевания. Huebschmann (1952) указывает на истории болезни, из которых убедительно следует, что болезнь представляет эквивалент жизненно важного решения. Выздоровление наступает, когда ситуация разрешается извне, в силу чего внутреннее решение заболеть становится излишним.

Личность больного туберкулезом не соответствует какому-то единому типу, однако она имеет один общий признак: большую ранимость ко всякому отнятию любви, потребность остаться вблизи матери, в узкой зоне безопасности, в центре которой находится мать. Есть тип, который открыто проявляет свою потребность в любви; другие же хотят любой ценой избавиться от этой пассивной безопасности, в которой они в то же время имеют такую же боязливую потребность. Kissen, Le Shan (1964) описали в качестве бросающейся в глаза особенности личности туберкулезных больных «необычайную потребность в симпатии».

Воспринимаемая со страхом близость с половым партнером, амбивалентные связи, которые могут вызвать криз, встречаются в преморбидном периоде у многих молодых людей и обнаруживаются в анамнезе при первичном заболевании. Это, по существу, повседневные нагрузки, которые, однако, субъективно могут восприниматься как душевые катастрофы. Вопрос о том, в чем тот или иной человек наиболее раним, что приводит к нарушению равновесия, в чем его ахиллесова пятка, может быть решен только исходя из анализа его переживаний. Однако такая или похожая ситуация может приводить к рецидивам.

Следующая область перегрузок и конфликтов, предшествующих легочному туберкулезу, относится к сфере профессиональных отношений. Собственно говоря, речь идет о банальных профессиональных перегрузках, (например, аттестация, попытка добиться самостоятельности или повышения по службе, переход на другую работу). Точно так же для воспри-

имчивых людей патогенной может оказаться встреча со смертью, особенно при утрате близкого человека.

Клинический опыт свидетельствует о том, что имеются трудные ситуации, характерные для разных возрастных групп, которые предшествуют туберкулезу легких. Изучение жизни пациентов показывает связь сложных психосоциальных ситуаций с манифестацией туберкулеза (Rahe et al. 1964).

Еще до начала эры антибиотиков была описана личность больного с повышенной чувствительностью в сфере межличностных отношений, лабильностью самооценки. Эти особенности описаны как шизоидная невротическая структура или как преэдипово нарциссическое расстройство.

При туберкулезе в большей мере, чем при многих других психосоматических заболеваниях, до начала эры антибиотиков встречались вторичные, связанные с болезнью влияния на личность больного. Эти влияния были обусловлены хроническим течением болезни, частым смертельным исходом. Болезнь приводила к профессиональным и жизненным трудностям, связанным с многомесячным или даже многолетним пребыванием в больнице. Описываемые ранее в художественной литературе образы туберкулезных больных в основном определялись именно этими личностными изменениями. Эйфория, повышенная любовь к жизни, гиперсексуальные фантазии — это были плоды такого развития, которые созревают именно в подобной исключительной ситуации.

### 13.5. ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В случае простудных заболеваний и ангины показаны методы психотерапии, вскрывающие конфликт — когнитивная психотерапия, транзактный анализ, гештальт-терапия.

При лабиальном и генитальном герпесе, особенно в случаях, когда медикаментозная терапия не приводит к стойкому выздоровлению, кажется оправданным и необходимым посредством психотерапии поддерживать пациентов с их психосоциальными проблемами (например, устраниить ощущение, что он «прокаженный», и другие депрессивные формы переработки). Особенно хорошие результаты отмечаются при ограниченной во времени ориентированной на болезнь группоп-

вой психотерапии: в результате не только достигалось ослабление депрессивности (Drob, Bernard, 1986), но и к моменту повторного ослабления обнаруживалось удивившее даже авторов ослабление тенденции к рецидивам генитального герпеса (McLarnon, Kaloupek, 1988).

В случае туберкулеза, наряду с химиотерапией и хирургическим лечением в терапию должна быть вовлечена личность больного. Голландскому фтизиатру Bronkhorst (1950) удалось показать, что при сильной привязанности пациента к врачу и интенсивном индивидуальном врачебном ведении у более половины больных наступает спонтанное закрытие каверн («затронутость легких поддается излечению лишь тогда, когда затягиваются эмоциональные раны»).

В условиях стационара или санатория часто показана конфликт-центрированная, поддерживающая и ведущая больного индивидуальная психотерапия. Многим больным психотерапия нужна и после выписки, чтобы переработать расставание с защищающей ситуацией санатория и преодолеть трудности включения в сложную социальную ситуацию. Высказывается точка зрения, что современные медицинские подходы должны применяться лишь вместе с дополняющей психотерапией.

### *Позитивная психотерапия при простудных заболеваниях*

**Простудные заболевания и насморк** — способность перерабатывать «мелочи» повседневной жизни верхними дыхательными путями и тем самым временно завоевывать бережное отношение; способность показать, что всем этим уже «полн по ноздри».

**Расстройства и физиология.** Обонятельные импульсы поступают в лимбическую систему, структуру мозга, которая расположена вокруг ствола мозга и является чувствительной зоной. Человек способен ориентироваться по воспринимаемым им запахам («хороший нюх» или «чутье» на что-то), чтобы в случае «подозрительного» запаха защитить себя. Кроме того, раздражение обонятельных клеток, поступающее от приятно пахнущей пищи, приводит к усиленному слюноотделению. Наконец, нос и горло выполняют также коммуникативную функцию. При насморке человек не ощущает ни запаха, ни вкуса. Большой хрипит; при определенных обстоятельствах он «не может выдавить ни звука». В соответствии с

позитивной концепцией эти патофизиологические процессы рассматриваются как имеющие очень большой смысл. Их нужно не устранивать, а понимать. Если кто-то простужен, то его инстинктивно сторонятся. Речь затруднена, и на время общение может быть прервано (быть «безмолвным» или «безответным»). К своему организму больной относится хорошо. Физические потребности высоко ценились в его семье. При недомогании пациент получал много сочувствия и внимания («оденься потеплее!»). В семейной традиции *деятельность* с точки зрения *усердия* и *добросовестности* играла очень большую роль и меньшую — с позиции *предприимчивости* и *ответственности*. Ребенок реагировал на конфликты родителей высокой подверженностью простудным заболеваниям; он «жертвовал» собой в надежде таким образом вновь объединить родителей. Пациенты, которые не очень связаны внешними обстоятельствами (профессионально или социально), могли наблюдать у своих родителей, что те каждую простуду очень ритуализировали: они хотели «покоя», демонстрировали «плохое настроение» и очень интенсивно «холили» свое заболевание. Было очень важно внешне произвести хорошее впечатление. Достаточно часто возникает несоответствие между тем, какие правила общественного и религиозного характера родители требуют соблюдать, и тем, что они сами делают. Часто заболевший насморком «оскорблён» и желает отсторониться от этой обидной ситуации.

### Опросник к простудным заболеваниям

1. Есть ли кто-нибудь, кого вы «на дух не переносите»? Может, вы «сыты по ноздри» от кого-нибудь или чего-нибудь? Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
2. Регулярно ли вы занимаетесь спортом?
3. Регулярно ли вы принимаете предписанные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
4. Чувствуете ли вы себя на работе «издерганным»? Чем? Какими «мелочами» (микротравмы)?
5. Считаете ли вы целесообразным самоустраниваться в напряженных ситуациях, так как это «дурно пахнет»?

## Инфекционные болезни

6. Избегаете ли вы контактов, при которых вам приходится кому-нибудь что-то «выложить»? Вы пассивный или активный курильщик?
7. Соблюдается ли при вашем заболевании вокруг вас некоторая «дистанция», которую вы иначе не можете организовать?
8. «Безмолвствуете» ли вы или «не подлежите контакту», когда у вас простуда? От чего это защищает вас? Кого или чего (сознательно или нет) можете вы таким образом избежать?
9. Хотели бы вы получить «заслуженный» отдых, однако не решаетесь выразить это словами?
10. Получаете ли вы благодаря вашему заболеванию то внимание, которого в других случаях не имеете в такой форме? От кого? Как?
11. Прячетесь ли вы при разочарованиях обратно в свой «уличный домик» вместо того, чтобы сказать: «разочарование лучше, чем очарованность»?
12. Хотели бы вы лучше «залезть с головой под одеяло», чтобы ничего не видеть и не слышать?
13. Какие планы есть у вас на ближайшие 5 дней, 5 недель, 5 месяцев?
14. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
15. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

## ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

**О**коло 70% населения страдают периодическими, примерно 7% — постоянными головными болями. У 10% этих пациентов симптоматика находится в связи с другим органическим заболеванием.

Головная боль как побочный симптом встречается при многих соматических и психических заболеваниях. Но она является также особо частой формой психосоматического расстройства. Положение головы является частью непроизвольно переживаемого внутреннего состояния человека. В речевом обиходе имеются такие выражения, как «высоко держать голову», «покорно склонять голову», «с холодной головой», «потерять голову», «биться головой об стену» и т. п. Многие речевые обороты показывают, что голова в первую очередь предназначена для трезвого понятийного мышления, для проницательного, здравого осмысления человека, но также и для выбора основной эмоциональной установки и выбора соответствующей окружению позы. От одностороннего внимания, направленного на одну часть тела — голову, у пациентов с головной болью следует переходить к аналитическому изучению человека в целом, что может способствовать решению вопросов диагностики и лечения.

Эпидемиологические исследования показывают, что почти в 90% случаев головная боль обусловлена не органическими причинами, причем особое внимание следует обращать прежде всего на хронические, характерные для данного больного формы головной боли, возникающей в определенных ситуациях. Такого рода боль не поддается типичному симптоматическому лечению анальгетиками, щадящим режимом и покоем. Часто ее появление связано с наличием ситуационных трудностей или конфликтов.

Функциональные головные боли могут выступать в форме сосудистых (мигрень) и болей, связанных с напряжением. Причина приступа мигрени — начальное спастическое сужение мозговых сосудов. В дальнейшем происходит расширение артерий с формированием отека, который поддерживает болевой синдром в течение часов или дней. Головная боль напряжения возникает в результате постоянного напряжения мышц затылка и плечевого пояса, боль распространяется от мест прикрепления мышц по всей голове.

Поскольку головные боли представляют собой часто наблюдаемый в клинике симптом, они часто встречаются у пациентов с психоэмоциональными проблемами. Головные боли могут сопровождать следующие нарушения.

1. При психосоматических реакциях на острую травму или острый конфликт. Примеры тому большинству из нас известны по собственному опыту, как например, головные боли после волнующих или тягостных переживаний.

Кратковременные головные боли могут замещать обиду, враждебность и гнев. Они могут выступать в качестве реакции на переутомление и внутренние или внешние перегрузки на фоне конфликта, связанного с признанием собственной значимости. Часто при головных болях напряжения наблюдается пусковая ситуация невозможности достижения желаемого социального успеха.

2. В рамках нарушений личностного развития. Здесь мы должны различать простые аномалии душевного развития, при которых конфликты осознаются, и аномалии душевного развития, при которых конфликты вытесняются в бессознательное.

Примером простой аномалии развития является депрессия истощения по Kielholz (1971), выступающая как следствие длительной эмоциональной нагрузки и протекающая, как правило, в трех стадиях. На первой, астенически-гиперэстетической, стадии больные раздражительны и очень чувствительны. На второй стадии выступают психосоматические жалобы, среди которых на первом месте стоят головные боли. Лишь на третьей стадии, наконец, выступает собственно депрессивная симптоматика в психической и истощение адренергической нервной системы в соматической сферах (типичный депрессивный «синдром головной боли второй половины жизни»).

Примером аномалий душевного развития с вытесненными в бессознательное конфликтами является невротическое нарушение развития и психосоматические заболевания в узком смысле. При обеих формах неосознаваемых аномалий душевного развития головные боли являются весьма частым симптомом.

3. Головные боли у психопатических личностей выступают в рамках дисфорических состояний и в отягощающих ситуациях.

4. В заключение следует упомянуть головные боли как психосоматические симптомы в рамках эндогенных психозов.

Сюда относятся головные боли в рамках шизофренического круга, прежде всего, симптоматические шизофренические психозы, как, например, сенестопатическая шизофрения, при которой часто важнейшим симптомом являются своеобразные ощущения в области головы. Эти больные часто затрудняются в вербализации своих ощущений и описывают ощущения в голове не как собственно болевой феномен, а скорее как своеобразное чувство, которое может граничить с деперсонализацией.

Наконец, головные боли являются частым психосоматическим симптомом при депрессии. Они могут наряду с другими соматическими жалобами доминировать таким образом, что собственно депрессии распознаются лишь с трудом. Эти депрессии поэтому часто описываются также как скрытые или маскированные.

### 14.1. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

#### *Картина личности*

Головная боль напряжения, возникающая по невротическим причинам, может быть обусловлена внешним и/или внутренним трудовым конфликтом. При этом обнаруживаются чрезмерные притязания и слишком большие ожидания успеха и признания. Они приводят к разочарованию, особенно тогда, когда их изживание задерживается чувством вины, исходящим из детства (Бондаренко и др., 1997; Benedittis et al., 1992; Ehde et al., 1992; Holm et al., 1986; Lehrer, Murphy, 1991).

В картине личности часто находят повышенное честолюбие с чрезмерной активностью и обычно очень однообразной жизнью. Стремление к совершенству и повышенный уровень притязаний также характерны для таких больных. У них ни-

когда не наступает полного расслабления. Длительное напряжение мышц плечевого пояса, затылка и всей головы является сопровождающим проявлением и выражением фрустрации, внутренней напряженности, никогда не приводящей к определенности, удовлетворенности и развязке.

Наряду с этими обстоятельствами, в силу их относительной частоты считающимися типичными, имеются и другие психодинамические факторы. Различные возрастные группы, разный уровень образования, разные формы социализации и, наконец, исходные личностные структуры — все это имеет значение.

Невротические механизмы могут представлять главный фактор в этиологии синдрома, так что даже обнаружение органического поражения не всегда ведет к цели. Проблема часто остается нерешенной, что подтверждается в том числе трудностями и неоднозначными результатами лечения.

Систематическое изучение жизненных обстоятельств пациентов с головными болями часто позволяет установить связь между приступами головных болей и типичными эпизодами, разыгрывающимися в окружении больного.

Психосоматический подход пытается придать какое-то значение симптуму головной боли вне зависимости от его причины. Так, головная боль может означать затруднение мышления. Как при хронической головной боли, так и при мигрени у больных обнаруживается преимущественно уровень интеллекта выше среднего. Мнимая «невротическая тупость» многочисленных больных с привычной головной болью представляется часто не чем иным, как результатом затруднения мышления и следствием их интеллектуального негативизма.

Хотя нельзя говорить о собственном типе личности цефалгического больного, у пациентов с головными болями часто встречаются анксиозные проявления, повышенные честолюбие и стремление к доминированию, склонность к перфекционизму и, вследствие этого, хронические психические перегрузки. Высокий уровень притязаний ведет к конфликту с реальными возможностями и страхами, подавляемой агрессивностью и фрустрациями, что может находить выражение в фоновом состоянии хронической напряженности. Кратко это можно обозначить как конфликт между хотением и умением больного.

Спастические головные боли прежде всего связывают с чрезмерными нагрузками на мышцы в области затылка, пле-

чевого пояса и головы. То же самое относится к вазомоторным головным болям и мигрени. Но почему человек постоянно «подставляет свой лоб», «держит ухо востро», «стискивает зубы», «закусывает губу», бывает «твердолобым» и т. д.? Головные боли возникают вследствие изменений в сосудистом аппарате головы. Спастическое сужение сосудистого русла коррелирует с постоянным напряжением двигательного аппарата, а то и другое посредством вегетативной нервной системы тесно связано с душевным состоянием. При сильных эмоциях, длительных психических нагрузках и конфликтах очень легко могут возникнуть головные боли, если человек по своей конституции обладает очень лабильной, реактивной сосудистой системой.

Какое психологическое значение имеют головные боли? Голова в прямом и переносном смысле является «высшей» частью тела, в которой расположены мозг и органы чувств.

Пациент с 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 является собой удручающее препятствие. Происходит неосознаваемое символическое отражение подавляемых чувств. Если голова человека все время испытывает давление (давление деятельности), то она «должна» начать болеть. Кроме того, головная боль является способом для разгрузки. Если, например, гнев или разочарование проявляются в головной боли, то пациенту и его окружающим обычно легче принять телесную симптоматику, чем психическую.

Часто пациенты с головными болями — выходцы из семей, где очень высоко ценятся 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. Они все больше идентифицируются с родительской концепцией достижений и привыкают к давлению извне. 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 работы. В вопросах о мировоззре-

нии, религии и будущем постоянно приходится сталкиваться с пессимистическими взглядами, что является следствием «интеллектуального негативизма».

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».

Замкнутая жизнь пациентов с головной болью могла явиться результатом их болезни: трудно быть приятным в общении, когда тебя преследуют постоянные головные боли. Но отсутствие социальной поддержки может и само по себе считаться стрессовым фактором, способным повышать риск возникновения головной боли. Чувство одиночества и покинутости может быть неощущаемым, но в то же время мощным источником головной боли у людей, уже предрасположенных к ней биологически.

В любом случае страдающие головной болью люди должны следить за состоянием своей социальной жизни так же, как и за состоянием организма, а психотерапевты, лечащие головную боль, должны быть осведомлены о потенциальном влиянии социальных факторов.

Нет никаких сомнений, что эмоциональный стресс, острый или хронический, делает многих пациентов более восприимчивыми к болезни». Что касается некоторых специфических типов стрессовых факторов, являющихся, по-видимому, наиболее сильными возбудителями головной боли, то среди них отмечаются неудачный брак, работа с требовательным и суровым начальником, длительные неудачи или несчастная жизнь в семье. Другими словами, те стрессы, что являются хроническими или непреодолимыми, представляют собой наибольшую опасность.

Также типичными для пациентов с головной болью являются некоторые личностные черты, усиливающие восприятие неблагоприятных окружающих факторов. У таких людей отмечаются склонность сделать все не просто хорошо, а наилучшим образом, высокие амбиции, добросовестность, повышенная эмоциональность, затруднения в двусмысленных ситуациях, сильная потребность в социальном одобрении и альтруизм, часто сопровождаемый чувством вины из-за недостаточной альтруистичности. Результатом является хронический стресс, поскольку эти люди менее способны защитить себя от чрез-

мерных требований со стороны других, испытывают слишком сильное чувство вины, чтобы избегать обременительных задач, и скорее уступят, чем дадут себя вовлечь в неприятную конфронтацию с окружающими.

### ***Психотерапия***

Лечение пациента с психосоматическими головными болями исключительно с помощью анальгетиков является недостаточным, если в основе симптоматики лежат состояния внешнего или внутреннего напряжения, которые недоступны восприятию самого больного. Переработка конфликта может, как правило, происходить в рамках краткосрочной терапии, действенность которой часто повышается в результате сопровождающего психофармакологического лечения.

Головная боль напряжения является показанием для сочетания психотерапевтических бесед и всех видов соматических мероприятий. Хронические и фиксированные личностные состояния лучше всего поддаются методам групповой терапии (арт-терапия, психодрама, телесно-ориентированная психотерапия, гештальт-терапия, транзактный анализ); при необходимости их дополняют краткими психотерапевтическими беседами. Пациенты обычно стараются занять особое положение в группе, довольно быстро начинают излагать свои личностные проблемы, проявляют признаки навязчивостей и нарциссические черты и оказываются очень обидчивыми. Если параллельно проводить направленные на соматическую сферу лечебные мероприятия, такие, как интенсивная кинезитерапия, функциональное снятие напряжения и т. п., это может облегчить вербальное групповое лечение, а также групповую терапию. У больных, которые не хотят или не могут проходить психотерапию, с успехом применяют метод самоконтроля мышечного напряжения с помощью биологической обратной связи.

Ключ к предотвращению головной боли, вызванной стрессами, состоит в том, чтобы просто стать менее восприимчивым. Чем больше вы освободите себя от хронической потребности в одобрении со стороны окружающих, тем лучше вы сможете развиваться, уважать и понимать себя. Вот несколько советов, собранных от разных специалистов, для облегчения данной задачи:

- Не бойтесь высказываться и выражать свои эмоции. Это лучше, чем аккумуляция в себе отрицательных переживаний (в форме возмущения и расстройства).
- Осознавайте пределы своих возможностей. Вы не можете достать до неба, но вы не должны испытывать вину из-за того, что у вас нет крыльев. Работайте в меру своих сил и старайтесь чувствовать удовлетворение от работы.
- Не старайтесь угодить всем. Это неизбежно приведет к тому, что вы так или иначе будете обманывать себя.
- Привыкайте к позитивному мышлению. Как бы вас ни беспокоило то, что у вас чего-то нет, напоминайте себе о том, что у вас есть что-то другое.
- Чаще улыбайтесь и смеяйтесь. Исследования показывают, что при этом происходит высвобождение эндорфинов — естественных веществ, способных улучшать настроение. Улыбка может заметно поднять ваше состояние духа, даже если вы не думали об этом.
- Чаще плачьте. Многие психологи говорят, что плач — лучший способ дать выход стрессу, с которым может сравняться разве что громкий, пронзительный крик.
- Раньше вставайте по утрам. Многие склонные к головной боли люди находят, что они могут предупредить возникновение приступа, если встанут с постели на десять-пятнадцать минут раньше. Хорошее самочувствие в течение всего дня стоит нескольких минут потерянного сна.
- Поскольку напряженные мышцы, особенно в области плеч и шеи, являются частой причиной головной боли, расслабление их может быть эффективной превентивной мерой.

При головной боли напряжения успешно используется сочетание биологической обратной связи с мышечной релаксацией (Blanchard et al., 1987; Blanchard et al., 1990) и методы когнитивной психотерапии (Lisspers, Ost, 1990).

## 14.2. МИГРЕНЬ

### *Картина личности*

Приступы мигрени представляют собой особую форму головных болей, характеризующуюся преимущественно латеральной пульсирующей болью, тошнотой, рвотой, светобояз-

нью и сопровождающей неврологической симптоматикой. Больные часто демонстрируют подавленную враждебность, которая, по Fromm-Reichmann (1959), «представляет собой враждебную завистливую установку, специфически направленную против интеллектуальных достижений других. Это имеет значение при выборе органа страдания».

Мы можем понимать мигрень как «жульничество». Она служит сокрытию душевных конфликтов, которые больной «не должен» сообщать. Приступ мигрени может давать больному элементы вторичного удовлетворения: он дает возможность манипулировать семьей или наказывать окружающий мир.

Типичный пациент с головными болями, как показал в своих классических трудах Wolff (1948), — 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. Loch (1965) говорит, что, вероятно, «нужно уметь мыслить на относительно высоком уровне, чтобы стать пациентом, страдающим головными болями».

### ***Психотерапия***

Если у больных имеются выраженные конфликтные ситуации или личностные проблемы, то им показана раскрывающая глубинно-психологическая психотерапия (гештальтерапия, психосинтез, терапия, фокусированная на решении, когнитивная, позитивная и семейная психотерапия).

### ***Нейролингвистическое программирование***

При мигрени рекомендуется использовать технику диссоциации, то есть помочь пациенту «разъединить» разум и тело, а затем предложить ему увидеть процесс собственного рождения, включая и тот трудный момент, когда при продвижении по родовым путям, чтобы обеспечить возможность двигаться дальше, произошло уменьшение размеров головы и, соответственно, повышение внутричерепного давления. Важно, чтобы сознание пациента сказало своему рождающемуся Я, что повышение давления, конечно, помогло ему в тех чрезвычайных обстоятельствах, но больше к нему прибегать не следует,

разве только если придется родиться еще раз. Когда младенец появится, нужно сказать ему, что за искусственным повышением давления последовало восстановление формы его головы, но теперь в таком восстановлении нет необходимости, тем более что теперь кости черепа жестко соединены между собой. Младенец должен услышать также, что все вокруг любят его, включая его самого, и что он является желанным ребенком и никто не сделает попытки избавиться от него.

### **Позитивная психотерапия при головной боли**

**Головная боль и мигрень** — способность давать выход напряжению и конфликтам через голову.

**Актуальная способность:** «аккуратность».

**Определение и развитие:** способность организовывать и расчленять свое восприятие и все окружающее. Она направлена на различные системы отношений: разумный порядок вещей, традиционный порядок, интуитивный, полный фантазий, романтический порядок, внешний и внутренний порядок. Даже у неаккуратного ребенка есть свой порядок и свое осмысление порядка. Аккуратности учатся на примере родителей, ближайшего окружения, проходя через поощрения и наказания. Кажущаяся неаккуратность ребенка — это ступень в его попытках организовать свой мир. Основной функцией аккуратности является дифференцирование. Через него приобретается определенное отношение и доверие к вещам. У этих пациентов доминируют вторичные способности *усердие/деятельность, точность и добросовестность, аккуратность и обязательность*. Следует перестраивать, напротив, *искренность и откровенность, контакты, терпение, время, веру, надежду и любовь*.

**Как об этом спрашивают.** Кто из вас больше ценит порядок? Есть ли у вас и были ли проблемы из-за неаккуратности (с кем)? Следите ли вы за тем, чтобы ваша квартира (спальня, жилая комната, гараж, сад), ваше рабочее место всегда были в идеальном порядке? При беспорядке вы чувствуете себя ужасно или находите, что немножко беспорядка — это как раз то, что нужно? Кто из ваших родителей в большей степени следил за порядком? Что случалось, если вы в детстве не убирали свою комнату?

**Синонимы и расстройства:** наводить порядок, вкривь и вкось, хаотичный, неясный.

Педантичность, навязчивый контроль, внутренняя напряженность, защищенность, агрессия, конфликты отцов и детей, профессиональные трудности, желудочные и кишечные расстройства.

**Особенности поведения.** Уже небольшая перестановка зачастую создает необходимый вид. Ящик для вещей, которые в данный момент не нужны, предотвращает хаос в комнате. Все на своем месте. Находить вещи там, где их положили. Ребенок нуждается в своем собственном порядке, прежде всего в процессе игры. Если вы что-то берете у своего партнера, скажите ему об этом. Вы сохраните себе и ему время и нервы. Думали ли вы когда-нибудь взять пару дней отпуска, чтобы навести порядок?

Цель терапии — переработка неактивных сфер (расширение сфер *Тело-Я, межличностные контакты и воображение, фантазия*). Параллельно с этим проводился анализ акцентированных сфер на протяжении жизненного пути.

### Опросник к головным болям и мигрени

1. Вы когда-нибудь размышляли так, что «ломали голову» или «голова трещала»? Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
2. Кто и когда сообщил вам о вашей болезни?
3. Как вы лечились до сих пор? Как вам объясняли ваше заболевание?
4. Занимаетесь ли вы аутогенной тренировкой, постизометрической мышечной релаксацией или аналогичными упражнениями? Придерживаетесь ли вы диеты?
5. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
6. Почему сужаются кровеносные сосуды в голове? Кто-то «перелез через вашу голову»? Вы пытались «прыгнуть выше головы»? Считаете ли вы, что в некоторых делах нужно «ломать голову»? Делали ли вы что-либо «сломя голову»?
7. Считают ли вас «светлой головой» или «тупоголовым»? Часто ли вы кажетесь «безголовым», теряя рациональный контроль над собой?
8. Можете ли вы открыто выражать свои чувства?

## **Головная боль**

---

- 9. Является ли для вас общение с друзьями, знакомыми, гостями разгрузкой и расслаблением или вы еще в преддверии встречи начинаете волноваться (будут ли они довольны?... у других стол был богаче... после придется снова все убирать!»).**
- 10. Думаете ли вы о своем будущем чаще пессимистично? Что вы понимаете под выражением «интеллектуальный пессимизм»? Характерно ли для вас «быть всегда в заботах»?**
- 11. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?**
- 12. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?**

## **СПИСОК ЦИТИРОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

Abdulwadud O., Abramson M., Forbes A., et al., Attendance at an asthma educational intervention: characteristics of participants and non-participants. — Respir. Med., 1997, Vol.91, p.524—529.

Abramson L., McClelland D.C., Brown D., Kelner S.Jr. Alexithymic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults. J Nerv Ment Dis 1991; 179: 8: 490—494.

Achte K. B., Vankonen M. L. Psychic factors in cancer. Cancer and psyche, p. 1. Psychiatric Clinic of the University Central Hospital, Helsinki, 1970.

Alexander F. Psychosomatic medicine: Its principles and applications. — N. Y.: Konald, 1951.

Alexander, F. Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment. Psychoanalytic Quarterly, 1950.

Andreassi J.L. Psychophysiology: Human Behavior and Physiological Response. Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 1989.

Andrews, J.D.W. The active self in psychotherapy. New York: Gardner, 1990.

Aresin, L. Ober Korrelationen zwischen Personlichkeit, Lebensgeschichte und Herzkrankheit. VEB Fischer, Jena 1960.

Averill J.R. Anger and aggression: an essay on emotion. New-York, Springer-Verlag, 1982.

Bach H. Die Ausreifung der menschlichen Aggressivitat (Am klinischen Beispiel der Tetanic und Schizophrenic). Fortsch. Psychoanal. 3: 147, 1969.

Bach M, Bach D. Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatizing patients. Psychother Psychosom 1995; 64, 43—43.

Bach M., Bach D. Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. Psychother Psychosom 1996; 65: 3: 150—152.

Bach M., Bach D., de Zwaan M. Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study. Psychosomatics 1996; 37: 5: 451—458.

Baer P. E. Conflict management in the family. The impact of paternal hypertension. In: Advances in family intervention, assement and theory, vol 4. JAI, Greenwich London, 1983.

Baer P. E., Reed J., Bartlett P. C., Vincent J. P., Williams B. J., Bourianoff G. G. Studies of gaze during induced conflicts in families with a hypertensive father. Psychosom. Med. 1983, 45, 3: 233—242.

- Baer P. E., Vincent J. P., Williams B. J., Bourianoff G. G., Bartlett P. C. Behavioral response to induced conflict in families with a hypertensive father. *Hypertension*, 1980, 2,1: 70—77.
- Balint M. *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt, 1969.
- Baltrusch H.J.F. Psychosomatische Beziehungen bei Krebskranken. *Psychosom. Med.*, 1969, 7: 196—219.
- Baltrusch H.J, Stangel W, Titze I. Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurologica* 13:315—327, 1991.
- Barefoot J, Helms M, Mark D, Blumenthal J, Califf R, Haney T, et al. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996;78:613—7.
- Barefoot J, Patterson J, Haney T, Catton T, Hickman J, Williams R. Hostility in asymptomatic men with angiographically confirmed coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1994;74:439—42.
- Barefoot J.C. *Hostility, coping and health*. Washington, DC: American Psychological Association 1992.
- Barsky A. J., Klerman G. L., Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. — *Am. J. Psychiatry*, 1983, Vol. 140, p. 273—283.
- Basler, H.-D., H. Otte, T. Schneller, D. Schwoon: *Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Erkrankungen*. Kohlhammer, Stuttgart 1979.
- Beck A. *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New-York: Hoeber, 1967.
- Beck D. *Die Kurzpsychotherapie*. Schweiz. Med. Wochenschr. 98: 1859, 1968.
- Beck, A. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford, 1995.
- Becker, H., W. Senf: *Praxis der stationären Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart 1988 Benedetti, G.: *Psychotherapie depressiver Psychosen*. In: *Psychiatric der Gegenwart*. Springer, Berlin 1987 (S. 369—385)
- Benedittis de G, Lorenzetti A. The role of stressful life events in the persistence of primary headache: major events vs. daily hassles. *Pain* 51:35—42, 1992.
- Benedek T. An approach to the study of the diabetic. *Psychosom. Med.* 10, 284—292, 1948
- Benotsch, E.G., Christensen, A.J., McKelvey, L. Hostility, social support, and ambulatory cardiovascular activity. *Journal of Behavioral Medicine*, 1997, 2, 163—176.
- Bernstein, P. *Theory and methods in dance-movement therapy: A manual for therapists, students, and educators*. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt, 1972.
- Berntson, G.G., Cacioppo, J.T., Quigley, K.S. Respiratory sinus arrhythmia: Autonomic origins, physiological mechanisms, and psychophysiological implications. *Psychophysiology*, 1993, 30(2), 183—196.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Berry E.M., Fried S., Edelstein E.L. Abnormal oral sensory perception in patients with a history of anorexia nervosa and the relationship between physiological and psychological improvement in this disease. *Psychother Psychosom* 1995;63:32—37.
- Beutel, M. *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Edition Medizin VCH, Weinheim, 1988.
- Blanchard E.B., Appelbaum K.A., Guarnieri P., Morrill B., Dentinger M.P. Five year prospective follow-up on the treatment of chronic headache with biofeedback and/or relaxation. *Headache* 27:580—583, 1987.
- Blanchard E.B., Appelbaum K.A., Radnitz C.L., Morrill B., Michultka D., Kirsch C., Guarnieri P., Hillhouse J., Evans D., Jaccard J., Barron K. A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive therapy in the treatment of vascular headache. *J Consult Clin Psychol* 58:216—224, 1990.
- Blanchard EB, Schwarz SP, Radnitz C. Psychological assessment and treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Modif* 11:348—372, 1987.
- Blanchard EB, Schwarz SP. Adaptation of a multicomponent treatment for irritable bowel syndrome to a small-group format. *Biofeed Self-Reg* 12:63—69, 1987.
- Blatner A. *Foundations of psychodrama: History, theory, practice and resources*. San Marcos, Tx: San Marcos Treatsent Center, 1985.
- Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 13. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New Your, 1975.
- Bleuler M. Entwicklungslinien psychiatrischer Praxis und Forschung in jungster Zeit. *Schweiz Med Wochenschr*. 91: 1549, 1961.
- Blohmke M. *Psychosoziale Faktoren und Krankheit*. Med. Nensch. Ges. 1: 116—121, 1976.
- Blomfield L. B. Rheumatism and emotion. In: Hoff H., Tschaubitscher H., Krespin-Exner K. (Hrsg.). *Meskel und Psyche*. Karger, Basel, New York, S. 142—149, 1964.
- Bogutyn T, Kokoszka A, Palczynski J, Holas P: Defence mechanisms in alexithymia. *Psychol Rep* 1999;84:183—187.
- Boiten FA, Frijda NH. Emotions and respiratory patterns: review and critical analysis. *Int J Psychophysiol* 17:103—28, 1994.
- Bonkhorst W. Das psychische Moment bei der Behandlung der Lungentuberkulose. *Psyche (Stuttg)*. : 721, 1950.
- Boor de C. *Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere des Asthma bronchiale*, Bd. 4. Huber & Klett, Bern, Stuttgart, Wien, 1965.
- Booth-Kewley, S., Friedman, H. S. Personality, Type A behavior, and coronary heart disease: The role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 783—792, 1987.
- Bowlby, J.: Separation anxiety. *Int. J. Psycho-Anal.* 41, 1960, 89.
- Brautigam W., Christian P. *Psychosomatische Medizin*. Theime, Stuttgart, 1973.

- Brautigam, W. Grundlagen und Erscheinungsweisen des Torticollis spasticus. Nervenarzt 25, 1954, S. 451.
- Briddell, D.V., Leublum, S.R. The multimodal treatment of spastic colitis and incapacitating anxiety: A case study. In A. A. Lazarus (Ed.), Multimodal Behavioral therapy, New York: Springer, 1976.
- Brown E. L., Fukuhara J. T., Feiguine R.J. Alexithymic asthmatics: The miscommunication of affective and somatic states. — Psychother Psychosom. 1981, N 36, p. 116—121.
- Brown J.C., Rawlinson M. Relinquishing the sick role following open-heart surgery // J. Health Soc. Behav. 1975. V. 16.
- Brown, D.P., Fromm, E. Hypnotic treatment of asthma. Advances. 1988, 5(2), 15—27.
- Bruch H. The importance of overweight. Norton, New York, 1957.
- Bruch H. Eating disorders. Basic Books, New York, 1973.
- Buchholz, I. Breathing, voice and movement therapy: Applications to breathing disorders. Biofeedback and Self-Regulation. 1994, 19(2), 141—154.
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Reed V: Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. Psychother Psychosom 1999;68:325—332.
- Bulik CM, Sullivan PF, Joice PR: Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. Acta Psychiatr Scand 1999;100:27—32.
- Burns, J.W., Katkin, E.S. Psychological, Situational, and Gender Predictors of Cardiovascular Reactivity to Stress: A Multivariate Approach. Journal of Behavioral Medicine, 1993, 16(5), 445—465.
- Burns, J.W., Hutt, J., Weidner, G. Effects of Demand and Decisions Latitude on Cardiovascular Reactivity Among Coronary-Prone Women and Men. Behavioral Medicine, 1993, 19(3), 122—128.
- Buss A.H. The psychology of aggression. New York: Willey, 1961.
- Camilleri M., Choi M.-G. Review article: irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 1997; 11: 3—15.
- Cannon W. B. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Appleton: New-York, 1929.
- Cash T.F, Deagle E.A: The nature and assessment of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. Int J Eat Disord 1997;22:107—125.
- Cash T.F. The treatment of body image disturbance; in Thompson JK (ed): Body Image, Eating Disorders, and Obesity. Washington, American Psychological Association, 1997a, pp 83—107.
- Cash, T.F. The Body Image Workbook, New Harbinger Publ.: Oakland 1997b.
- Casper R.C: Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. Psychosom Med 1990;52:156—170.
- Clarke P.S. Asthma, emotions, hyperventilation and allergy. Abstract. Int. Congr. Allerg. Clin. Immun., 1982—790P.
- Clauser G. Psychotherapie-Fibel. Thieme, Stuttgart, 1967.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Cleveland S. E., Fisher S., *Body image and personality*, prima ed. (1958), D. Van Nostrand Company, Princeton, New Jersey; seconda ed. (1968) Dover, New York.
- Cobb S. Contained hostility in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 1959, 2: 419. Cobb S. Hostility and its control in rheumatoid disease. *Arthritis Rheum.* 1962, 5: 290.
- Cohen S, Williamson GM. Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull* 109:5—24, 1991.
- Cohen, S., Kaplan, J.R., Manuck, S.B. Social support and coronary heart disease. Underlying psychological and biological mechanisms. In: S.A. Shumaker, S.M. Czajkowski (eds.) *Social support and cardiovascular disease*, Plenum: New-York, 1994.
- Condrau G. *Psychosomatik der Frauenheilkunde*. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1965.
- Contrada, R.J. Personality and anger in cardiovascular disease: Toward a psychological model. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp.149—171). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
- Costa P., McCrae F. Multiple uses for longitudinal personality data // *European Journal of Personality*, 1992. Vol. 6. P. 85—102.
- Cottington, E., Matthews, K., Talbott, E., Kuller, L. Occupational stress, suppressed anger, and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1986, 48, 249—259.
- Creer T. Psychological factors and death from asthma: creation and critique of a myth. — *J. Asthma*, 1986, Vol. 23, p. 261—269.
- Creer, T. The application of behavioral procedures to childhood asthma: Current and future perspectives. *Patient Education & Counseling*, 1991, 17(1), 9—22.
- Cremerius J. *Die Prognose funktioneller Syndrome*. Enke, Stuttgart, 1968.
- Dembroski T.M., Costa P.T.: Coronary prone behavior: Components of the Type A pattern and hostility. Special Issue: Personality and physical health. *J. Pers.* 55: 211—235, 1987.
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M. Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior. In T.M. Dembroksi, T.H. Schmidt, G. Blumchen(Eds.), *Biobehavioral bases of coronary heart disease*. New York: Karger, 1983.
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Costa, P.T., Grandits, G.A. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine*, 1989, 51, 514—522.
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T.L., Blumenthal, J.A. Components of Type-A, hostility, and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 1985, 47, 219—233.
- Deter H.C. *Psychosomatische Behandlung des Asthma bronchiale*:

- Indikation, Therapie und Ergebnisse der krankheitszentrierten Gruppentherapie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1986
- Deutsch F. The psychosomatic concept in psychoanalysis. Int. Univ. Press, New York, 1953.
- Diamond, E.L. The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. Psychological Bulletin, 1982, 92, 410—433.
- Dilts, R. Applications of Neuro— Linguistic Programming, Meta Publications, Capitola, Ca., 1983.
- Dirks J.F., Robinson S.K., Dirks D.L. Alexithymia and the psycho-maintenance of bronchial asthma // Psychother. Psychosom. — 1981. — Vol. 36. — P. 63—71.
- Drewnowski A, Yee DK, Kurth CL, Krahn DD: Eating pathology and DSM-III-R bulimia nervosa: A continuum of behavior. Am J Psychiatry 1994;151:1217—1219.
- Dunbar F. Mind and body: Psychosomatic medicine. Random, New York, 1947.
- Dunbar F. Emotions and bodily changes, 4. Aufl. Columbia Univ. Press. New York. 1954.
- Ehde DM, Holm JE. Stress and headache: comparisons of migraine, tension, and headache-free subjects. Headache Quar 3:54—60, 1992.
- Ellis, A. Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. New York-McGraw-Hill, 1973.
- Ellis, A., Dryden, W. The practice of rational-emotive therapy. New York: Springer, 1987.
- Ellis, A., Grieger, R. (Eds.) Handbook of rational-emotive therapy. New York: Springer, 1977.
- Endler N.S., Parker J.D.A. The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues, and measurement // Personality psychology in Europe / G.L.Van Heck, P.Bonaiuto, I.J.Deary, W.Nowak (Eds.). 1993. Vol. 4. P. 309—319.
- Engebretson, T.O., Matthews, K.A. y Scheier, M.F. Relations between anger expression and cardiovascular reactivity: Reconciling inconsistent findings through a matching hypothesis. Journal of Personality and Social Psychology, 1989, 57, 513—521.
- Engel G.L. Psychological development in heath and disease. Saunders, Philadelphia, 1962.
- Engel G. L., Schmale A. Jr. Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity, and the disease onset situation. J. Am. Psychoanal. Assoc., 1967, 15: 344.
- Erskine-Milliss, J. Schonell, M. Relaxation therapy in asthma: A critical review. Psychosomatic Medicine, 1981, 43 (4), 365—372.
- Eysenck, H.J.: The Biological Basis of Behavior. Thomas, Springfield/I 11, 1959.
- Fain M. Regression et psychosomatique. Rev. Fr. Psychoanal., 1966, 30: 451.
- Fairburn CG, Agras WS, Wilson GT: The research on the treatment

- of bulimia nervosa: practical. and theoretical implications; in Anderson GH, Kennedy SH (eds): *The Biology of Feast and Famine: Relevance to Eating Disorders*. San Diego, Academic Press, 1992, pp. 318—340.
- Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Can— SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA: Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:463—469.
- Fairburn CG, Kirk J, OConnor M, Cooper PJ: A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1986;24: 629—643.
- Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT: Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual; in Fairburn CG, Wilson GT (eds): *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York, Guilford Press, 1993, pp. 361—404.
- Fairburn CG: A cognitive and behavioural approach to the management of bulimia. *Psychol Med* 1981;11:707—711.
- Fairburn CG: Cognitive-behavioral treatment for bulimia; in Garner DM, Garfinkel PE (eds): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia*. New York, Guilford Press, 1985, pp 160—192.
- Fava GA, Freyberger HJ, Been P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN: Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995;63:1—8.
- Fineman S. Unemployment: Personal & Social Consequence. London: Tavistok, 1987.
- Fineman S. White collar unemployment: Impact a. Stress/— Chichester etc. 1983.
- Finn P.R., Martin J., Pihl R.O. Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism. *Psychother Psychosom* 1987; 47: 1: 18—21.
- Firman, J. «I» and Self, Re-visioning Psycho-synthesis, Psycho-synthesis Palo Alto, California, 1991.
- Ford C.V. The somatising disorders: Illness as a way of life. 3d print. New York etc., 1984.
- Ford M., Miller P., Eastwood J., e.a. Life events, psychiatric illness and irritable bowel syndrom Gut, 1987, 28: 2: 165—166.
- Freyberger H. Psychosomatische Therapie bei Colitis Ulcerosa. *Med. Klin.*, 1969, 64: 969.
- Freyberger H. Der psychosomatische Umgang mit Patienten mit Magen— und Zwölffingerdarmgeschwur. *Therapiewoche.*, 1972, 23: 2492.
- Freyberger H. Psychosoziale Probleme bei erzinfarktpatienten. *Therapiewoche.* 1976a, 26: 5510—5514.
- Freyberger H. «Symptom», «Konflikt» und «Personlichkeit» in der Behandlung psychosomatischer Patienten. *Prax. Psychother.*, 1976b, 3: 121—131.
- Freyberger H., Kynsebeck H.W., Lempa W. et al. Psychotherapeutic interventions in alexithymic patient. With special regard to ulcerative colitis and Crohn patients. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 2: 72—81.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Freyberger H., Leutner V. Die psychosomatische Therapie des Magen— und Zwölffingerdarmgeschwurs. Therapiewoche., 1974, 24: 278.
- Fried R. The Hyperventilation Syndrome. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.
- Fried, R. The Breath Connection. New York: Plenum, 1990.
- Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings // J. Amer. Med. Ass. 1959. V. 169.
- Friedman, M., R.H. Rosenman, V. Carroll: Changes in the serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress. Circulation 17(1958) 822.
- Fromm-Reichmann F. Intensive Psychotherapie. Hippocrates, Stuttgart, 1959.
- Fukunishi I., Kaji N., Hosaka T. et al. Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy. Psychosom 1997; 38: 1: 20—26.
- Furman B., Ahola T. Solution Talk. Hosting Therapeutic conversations. — New York. London, 1992.
- Garfinkel, P.E., Garner, D.M. Perceptions of the body in anorexia nervosa. In K.M. Pirke, D. Ploog (Eds.), The psychobiology of anorexia nervosa. Berlin: SpringerVerlag, 1984. Garner, D.M., Garfinkel, P.E. Handbook of Treatment for Eating disorders (second ed.) New York: The Guilford Press, 1997.
- Gentry, W.D., Chesney, A.P., Gary, H.E., et al. Habitual anger-coping styles. I. Effect on mean blood pressure and risk for essential hypertension. Psychosomatic Medicine, 1982, 44, 195—202.
- Geringer, E. S. Affective disorders and diabetes mellitus. In Neuropsychological and Behavioural Aspects of Diabetes ( ed. C. S. Holmes). New-York: Springer-Verlag, 1990.
- Goldschmidt O. Die funktionelle Sterilität der Frau. Psyche., Stuttg., 1973, 27: 69—86.
- Goldstein, H.S., Edelbery, R., Meier, C.F., Davis, L. Relationship of resting blood pressure and heart rate to experienced anger and expressed anger. Psychosomatic Medicine, 1988, 50, 321—329.
- Goodsitt A: Eating disorders: A self-psychological perspective; in Garner DM, Garfinkel PE (eds): Handbook of Treatment for Eating Disorders. New York, The Guilford Press, 1997, pp 208—228.
- Grace W.J., D.P. Graham: Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. Psychosom. Med. 14(1952) 143.
- Greenberg R.P., Dattore P.J. Do alexithymic traits predict illness? J Nerv Ment Dis 1983; 171: 5: 276—279.
- Greer, S., Morris, T. Pettingdale, K. W. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. Lancet, ii, 1979, 785—787.
- Groddeck G. Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik. Limes, Weisbaden, 1961.
- Groen J. J., Loos W. S. de Psychosomatische aspecten van diabetes mellitus. Amsterdam, 1973.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Groen J.J. Clinical Research in Psychosomatic Medicine. Assen 1982.
- Groen J.J., Pelser H. Experiences with and results of group psychotherapy in-patients with bronchial asthma. — J. Psychosom. Res., 1960, Vol.4, p. 191—205.
- Gutter A., Luban-Plozza B. Familie als Risiko und Chance. Antonius, Solothurn, 1978.
- Haberer T., Muller M. Das Bulimiesyndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. Nervenarzt., 1986, 57: 322—331.
- Habermas. T. HeiBhunger: Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Fischer. Frankfurt, 1990.
- Hahn P. Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht. Vandenhoeck & Ruprecht, Gottingen, 1971.
- Haida M., Nomura Y., Ito K., Makino S., Miyamoto T., Arerugi. Psychological profiles of patients with bronchial asthma (II). Analysis according to the modes of attack in severe asthmatics and in those with fatal asthma. 1995, Vol. 44, p.1 143—59.
- Han, J.N., Stegen, K. De Valck, C., Clement, J., Van de Woestijne, K.P. Influence of breathing therapy on complaints, anxiety and breathing patterns in patients with hyperventilation syndrome and anxiety disorders. Journal of Psychosomatic Research. 1996, 41(5), 481—493.
- Hanson RW, Gerber KE. Coping with Chronic Pain: A Guide to Patient Self-management. New York:Guilford Publications, 1990.
- Hardy, J., Smith, T. Cynical hostility and vulnerability to disease: Social support, life stress, and physiological response to conflict. Health Psychology, 1988, 7, 447—459.
- Hawton, K. Sex Therapy : A Practical Guide. Oxford: Oxford Medical Publications, 1985.
- Hay P, Fairburn C, Doll H. The classification of bulimic eating disorders: A community-based cluster analysis. Psychol Med 1996; 26:801—812.
- Heim E., Blaser A., Waidelich E. Dyspnoe: Eine psychosomatische Untersuchung. Respiration. 1970, 27: 1—23.
- Heinberg LJ: Theories of body image disturbance: Perceptual, developmental, and sociocultural factors; in Thompson JK (ed): Body Image, Eating Disorders, and Obesity. Washington, American Psychological Association, 1997, pp 27—47.
- Heinroth J. C. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung, Vogel, Leipzig, 1818.
- Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB: Mortality in eating disorders: A descriptive study. Int J Eat Disord 2000;28:20—26.
- Hoek H.W. The distribution of eating disorders; in Bronwell KD, Fairburn CG (eds): Eating Disorders and Obesity. A comprehensive Handbook. New York, Gailford Press, 1995.
- Holm JE, Holroyd KA, Hursey KG, Penzien DB. The role of stress in recurrent tension headache. Headache 26:160—167, 1986.

Holmes T., Rahe R. Holmes-Rahe life changes scale. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, pp. 213—218, 1967.

Holroyd K.A., Coyne J. Personality and health in 1980th. Psychosomatic medicine revisited? // J. Pers., 1987, v. 55.

Honkalampi K., Hintikka J., Saarinen P., Lehitonen J., Viinamaki H. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Psychother. Psychosom., 69 (6), 2000.

Houston, B.K. Anger, hostility, and psychophysiological reactivity. In A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), Anger, hostility and the heart (pp.97—115). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.

<http://gipnoz.lgg.ru/>

<http://pptus.ru/serverpsytechserver.html>

<http://psi.lib.ru/statyi/nazar/katatum.htm>

<http://psybook.newmail.ru/>

<http://www.insite-med.spb.ru/theory.htm>

<http://www.nlp.by.ru/>

<http://www.nlp.kiev.ua/literature.ru>

<http://www.people.nnov.ru/kamin/ccc.htm>

Huebschmann H. Psyche und Tuberkulose. Enke, Stuttgart (Beiträge aus der allgemeinen Medizin, Bd. 8), 1952.

Irvine, J., Garner, D. M., Craig, H. M., Logan, A. G. Prevalence of Type A behavior in untreated hypertensive individuals. Hypertension, 1991, 18, 72—78.

Isenberg SA, Lehrer PM, Hochron S. The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asthma: a review and a hypothesis regarding vagal mediation. Psychosom Med. 1992;54:192—216.

Jacobson, E.: Progressive Relaxation. Univ. Chicago Press, Chicago 1938.

Jager B, Liedtke R, Kunsebeck H-W, Seide L, Lempa W: Everyday addictive behavior of bulimic women. Psychother Psychosom 1991; 56:64—69.

Jain AK, Gupta JP, Gupta S, Rao KP, Bahre PB: Neuroticism and stressful life events in patients with non-ulcer dyspepsia. J Assoc Physicians India 1995;43:90—91.

Jard B. Knowles, Douglas A. Drossman. Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment. In: Evidence based Gastroenterology and Hepatology. Edited by J. McDonald, A. Burnoughs, B. Hagan, — London; BMJ Books 1999; 241: 260.

Jasper, K., Maddocks, S.E. Body Image Groups. In: Harper-Giuffre, H., Roy-Mackenzie, K.(eds), Group Psychotherapy for Eating Disorders, (pp.181—199). Washington D.C.: American Psychiatric Press Inc., 1992.

Jenkins C.D. Psychologic and social precursors of coronary disease N. Engl. J. Med., 1972, 284: 244.

Jess P. Personality pattern in peptic ulcer disease: A cohort study. J Intern Med 1994;236:271—274.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Jimerson D.C., Wolfe B.E., Franko D.L. et al. Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosom Med* 1994; 56: 2: 90—93.
- Jones N.F., Kinsman R. A., Schum R., Rensikoff P. Personality profiles in asthma. — *J. Clin. Psychol.*, 1976, Vol.32, p. 285—291.
- Jores A. *Praktische Psychosomatik*. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1976.
- Junker H. Ehepaargruppentherapie mit Patienten aus der oberen Unterschicht. *Psyche (Stuttg.)*. 1972, 26: 541—556.
- Kadzin A. Methodology, design and evaluation in psychotherapy research // *Handbook of psychotherapy and behavioral change* / Eds. A. Bergin, S. Garfield. New York: Wiley, 1994, 4th ed.
- Kanayama G, Pope HG Jr, Hudson JI: Body image drugs: A growing psychosomatic problem. *Psychother Psychosom* 2001;70:61—65.
- Kaplan, J.R., Botchin, M.B., Manuck, S.B. Animal models of aggression and cardiovascular disease. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp.127—148). Hillsdale: Erlbaum, 1994.
- Karpman, S. *Fairy Tales and Script Drama Analysis*, Transactional Analysis Bulletin, vol. 7 no. 26, 1968.
- Karush A., Danils G., O'Connor J.F., Stern L.O. The response to psychotherapiy in chronic ulcerative colitis. *Psychosom. Med.*, 1968, 3: 255—262.
- Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. et al. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. *Psychosom Med* 1994; 56: 3: 237—244.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., Weiss, S.T. A Prospective Study of Anger and Coronary Heart Disease. *Circulation*, 1996, 94(9), 2090—2095.
- Kielholz P. (Hrsg.) *Die larvierte Depression*. Huber, Bern, Stuttgart, Zurich, 1973.
- Kim Berg I. *Family Preservation*. — London., 1991.
- Kim Berg I., Miller S.D. *Working With the Problem Drinker. A Slolution-Focused Approach*. — New York. London, 1992.
- Kimball C.P. Diagnosing psychosomatic situations // Clinical diagnosis of mental disorders: A handbook. New York, London, 1978.
- Kissen D., Le Shan L. L. (eds) *Psychosomatic aspects of neoplastic disease*. Pitman. London, 1964.
- Kohle K., Simons C. Anorexia nervosa. In: Uexkull T. von (Hrsg.) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. Urban & Schwärzenberg. München. Baltimore. 1979, S. 529.
- Kroger F., Petzold E. *Klinische Psychosomatik: Blutdruckregulation. Problemstellung aus systemtheoretischer Sicht*. Z *Psychosom. Med.*, 1985, 31: 339—354.
- Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment // *Int. J. Psychoana. Psychother.* 6 1983. — № 9. —p. 353—378.
- Kubler-Ross E. *Interviews mit Sterbenden*. Kreuz, Berlin (Gutersloher Taschenbiicher. Bd. 71), 1974.

## **Список цитированной и рекомендуемой литературы**

- Lacey, J.I. Somatic response patterning and stress: Some revisions of activation theory. En M.G.H. Coles, J.R. Jennings y J.A. Stern (Eds.), Psychophysiological perspectives. Festschrift for Beatrice and John Lacey (pp. 14—42). New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1984.
- Ladwig, K.H.: "Kardiovaskulare Hyperreaktivitat und Depression. Differentielle Psychosomatik der koronaren Herzerkrankung. Springer, Berlin, 1986.
- Lane RD, Sechrest L., Reidel R. Socidemographic correlates of alexithymia. Compr Psychiatry 1998;39:377—385.
- Lazarus R.S. Emotion and adaptation. New York, 1991.
- Lazarus RS. Psychological Stress and the Coping Process. New York:McGraw-Hill, 1966.
- Lazarus, R. S. Casebook of multimodal therapy. New York: Guilford, 1995.
- Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping process. New York, 1966.
- Lehr U., Thomae H. Coping and Aging // Personality Psychology in Europe / G. Van Heck, P.Bonaiuto (Eds). 1993. Vol.4. P. 365—387.
- Lehrer PM, Hochron SM, Isenberg S, Rausch L, Carr R. The Asthma Symptom Profile: a psychophysically based scale for assessment of asthma symptoms. J Psychosom Res 37:515—521, 1993.
- Lehrer PM, Isenberg S, Hochron SM. Asthma and emotion: a review. J Asthma. 1993;30:5—21.
- Lehrer PM, Murphy AI. Stress reactivity and perception of pain among tension headache sufferers. Behav Res Ther 29:61—69, 1991.
- Lehrer, P.M., Sargunarat, D., Hochron, S.M. Psychological approaches to the treatment or asthma. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 1992, 60(4), 639—643.
- Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Early-Zald MB: Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in later development of disordered eating. J Abnorm Psychol 1995; 104:140—149.
- LeShan L.L. You can fight for your life. New York: .Evans & Co., 1977.
- Lesperance F, Frasure-Smith N., Talajicm M. Major depression before and after myocardial infarction. Its nature and consequences. Psychosom Med 1996;58:99—110.
- Levenstein S, Kaplan GA, Smith MW: Psychological predictors of peptic ulcer incidence in the Alameda County Study. J Clin Gastroenterol 1997;24:140—146.
- Levenstein S, Varvo V, Spinella S, Arca M: Life events, personality, and physical risk factors in recent-onset duodenal ulcer. J Clin Gastroenterol 1992;14:203—210.
- Levenstein S: Peptic ulcer at the end of the 20th century: Biological and psychological risk factors. Can J Gastroenterol 1999;13:753—759.
- Lewis Bl. Hyperventilation syndroms: clinical and physiologic observations. Postgrad, Med., 1957, 21: 259—271.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Lipowski Z.J. Psychological reactions to physical illness // Can. Med. Ass. J., 1983, p. 128.
- Lisspers J, Ost LG. Long-term follow-up of migraine treatment: do effects remain up to six years? Behav Res Ther 28:313—322, 1990.
- Loch W. Regression. Psyche (Stuttg.). 1963, 17: 516.
- Luban-Plozza B., Meerloo J. A. M. Anorexic mentale et suicide intestinal. Med. Hyg., 1968, 26: 847.
- Lumley M.A., Mader C., Gramzow J., Papineau K. Family factors related to alexithymia characteristics. Psychosom Med 1996; 58: 3: 211—216.
- Lumley MA, Ovies T. Stettner L Wehmer F, Lakey B: Alexithymia, social support and health problems. J Psychosom Res 1996, 41, 519—530.
- Lydiard RB, Greenwald S, Weissman MM, Johnson J, Drossman DA, Ballenger JC: Panic disorder and gastrointestinal symptoms: Findings from the ECA. Am J Psychiatry 1994;151:64—70.
- MacDougall, J.M., Dembroski, T.M., Dimsdale, J.E., Hackett, T.P. Components of Type-A, hostility, and anger-in: Further relationships to angiographic findings. Health Psychology, 1985, 4, 137—152.
- Magui G, DiMarco F, Aggio L, Borgherini G: Psychosomatic factors and peptic ulcer disease. Hepatogastroenterology 1986;33:131—137.
- Maguire, P., Haddad, P. Psychological reactions to physical illness. In Seminars in Liaison Psychiatry (eds E. Guthrie & F. Creed), pp. 157—191. London: Gaskell, 1996.
- Marty P. Die «allergische Objektbeziehung». In» Brede K. (Hrsg.). Einführung in die psychosomatische Medizin. Athenaum Fischer. Frankfurt, 19974, S. 420.
- Marty P., MUzen M. de La pensee operatoire. Rev. Fr. Psychoanal. [Suppl]. 1963, 27: 1345—1356.
- Maslow, A. Motivation and Personality, Hariow Essex, Edison Wesley, 1987.
- Matthes I. Ein Urticaria-Patient. Versuch einer Darstellung seines Selbsterlebens anhand von Auszügen aus dem Rorschach-Test. In: Brede K. (Hrsg.) Einführung in die Psychosomatische Medizin. Athenaum Fischer, Frankfurt am Main, 1974.
- McFarlane A.C. Life events and psychiatric disorders: The role of a natural disaster // Br. J. Psychiat., 1987, v. 151.
- McGoldrick M., Gerson, R. Genograms in Family Assessment. — N. Y.: W. W. Norton & Company, 1985.
- McIntosh JH, Nasiry RW, Frydman M, Waller SL, Piper DW: The personality pattern of patients with chronic peptic ulcer: A case control study. Scand J Gastroenterol 1983;18:945—950.
- Meichenbaum D. A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorders (PTSD). Waterloo, ON: Institute Press, 1994.
- Mellett P. The birth of asthma. — J. Psychosom. Res., 1978, Vol.22, p. 239—246.

- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., & Hallet, A.J. A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 1996, 119(2), 322—348.
- Minuchin S., Rosman B., Baker L. *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Klett-Cotta, Stuttgart, 1983.
- Minuchin, S. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974.
- Mitrani J.L. «Unmentalized» experience in the etiology and treatment of psychosomatic asthma. — *Contemp. Psychoanal.*, 1993, Vol.29, p. 314—342.
- Mitscherlich A. *Krankheit als Konflikt*, Bd. 1—2. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1956.
- Moraes de JS: Peptic ulcer: Psychosomatic or infectious disease? Etiologic factors revisited ten years after the Campylobacter-helicobacter advent. *Rev Soc Bras Med Trop* 1995;28:1—5.
- Moreno J. T. *Psychodrama*. Beacon, N. Y: Beacon House, 1964.
- Musaph H. Die Psychosomatik dermatologisch Kranker. In: Jores A. (Hrsg.) *Praktische Psychosomatik*. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1976, S. 344.
- Nagel KL, Jones KH: Sociocultural factors in the development of eating disorders. *Adolescence* 1992;27:107—113.
- Neal A. National trauma and collective memory. Major events in the American century. N. —Y., 1998.
- Nemiah J.C. Denial Revisited: Reflections on Psychosomatic Theories. — *Psychother. Psychosom.*, 1975, Vol. 26, p.140—147.
- Nemiah J.C., Sifnoes P.E. Psychosomatic illness and problem of communication. *Psychother Psychosom* 1970; 18: 154—160.
- Nemiah, J.C., P.E. Sifneos: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill: *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Butterworth, London 1970 (pp. 26—34).
- Niaura r., Todaro J.F., Stroud L., Spiro III a., Ward K.D., Weiss S. Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease. *Health Psychology*, 21 (6), pp. 588—593, 2002.
- Nixon, P.G.F. Effort syndrome: Hyperventilation and reduction of anaerobic threshold. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1994, 19(2), 155—170.
- Numata Y., Ogata Y., Oike Y. et al. A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm. *Jpn Circ J* 1998; 62: 6: 409—413.
- Nyhlin H, Ford MJ, Smith JH, Nicol EF, Elton RA, Eastwood MA. Non-alimentary aspects of the irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 37:155—162, 1993.
- Orth-Gomer K., N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 105—133). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1996.
- Overbeck G., Biebl W. *Psychosomatische Modellvorstellungen zur Pathogenese der Ulcuskrankheit*. Psyche (Stuttg.). 1975, 29: 542.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Palfai, T.P., Hart, K.E. Anger coping styles and perceived social support. *Journal of Social Psychology*, 1997, 137, 1—7.
- Parker J.D., Taylor G.J., Bagby R.M. Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Compr Psychiatr* 1998; 39: 2: 91—98.
- Parsons K.P. Coping with stressful episodes: The role of individual differences // *J. Pers. Soc. Psychol.* 1986. V. 31.
- Pernini, C., Muller, F.B., Buhler, F.R. Suppressed aggression accelerates early development of essential hypertension. *J. Hypertension*, 1991, 9, 499—503.
- Petzold E. Psychotherapeutische Gesichtspunkte bei der Nachbehandlung von Patient mit Herzinfarkt. *Notabene Medici.*, 1976, 6: 14—18.
- Petzold E., Reindell A. *Klinische Psychosomatik*. Quelle & Meyer, Heidelberg (UTB 991), 1980.
- Piper DW, Tennant C: Stress and personality in patients with chronic peptic ulcer. *J Clin Gastroenterol* 1993;16:211—214.
- Poldinger W. Differenzieren zwischen Psychosomatoen und larvierten Depressionen. *Mk. Arzt. Forth.*, 1982, 32: 53—64.
- Pollock G.H. The psychosomatic specificity concept // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования, 1978, т. II.
- Price VA. Type A behavior pattern: A model for research and practice. New York etc., 1982.
- Prill H. J. *Psychosomatische Gynakologie — Erfahrungen und Ergebnisse einer aktsvklimschen Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg, Munchen, 1964.
- Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Pieters G: Body experiences in eating disorders before and after treatment: A follow-up study. *Eur Psychiatry* 1999;14:333—340.
- Probst, M. Body experience in eating disorder patients. Kortenberg: University Center Sint Jozef, 1997.
- Raffi A, Rondini M, Grandi S, Fava GA: Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychol Med* 2000;30:727—731.
- Raiha I, Kemppainen H, Koskenvuo M, Sirander L: Lifestyle, stress, and genes in peptic ulcer disease: A nationwide twin cohort study. *Arch Intern Med* 1998;158:698—704.
- Rakel R.E. *Textbook of family practice* (5-th edition). — Philadelphia, London, Toronto: W. B. Sounders Company, 1995. — 1754 p.
- Reindell A., Petzold E., Kammeier W., Deter C. Psychotherapie bei Diabetes mellitus? *Prax Psychother.*, 1976, 21: 139—143.
- Reindell A., Ferner H., Gmeliin K. Zur psychosomatischen Differenzierung zwischen Colitis ulcerosa und Ileitis terminalis (Morbus Crohn) // *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 1981, 27: 358—371.
- Ricca V, Mannucci E, Zucchi T, Rotella CM, Faravelli C: Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and binge-eating disorders. *Psychother Psychosom* 2000;69:287—295.
- Richter D., Stauber M. *Psychosomatische Probleme in der Geburtshilfe und Gynakologie*. Kehrer, Freiburg, 1983.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Richter, H.E., D. Beckmann: Herzneurose, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart, 1986.
- Rimon R. A psychosomatic approach to the rheumatoid arthritis. Acta Rheumatol Scand [Suppl 13]. 1969.
- Rodewig K. Psychosomatic aspects of hyperthyroidism with special reference to Basedow's disease. An overview. Psychother Psychosom Med Psychol 43:271—273, 1993.
- Roger D., Jarvis G., Najarian B. Detachment and Coping // Personality and Individual Differences. 1993. No 6. Vol. 15. P. 619—626.
- Rose H. K. Die Psychosomatik der Kranken mit normokalzianischer Tetanie. In: Jores A. (Hrsg.). Praktische Psychosomatik. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1976, S. 256.
- Rose, R.M., Jenkins, C.D., Hurst, M.W. Air Traffic Controller Health Change Study: A Prospective Investigation of Physical, Psychological, and Work-related Changes. Boston, Mass: Boston University School of Medicine. A report to the Federal Aviation Administration on research performed under contract DCT-FA73WA-3211, 1978.
- Rosenman R. H., Friedman M. The possible relationship of the emotions to clinical coronary heart disease. In: hormones and atherosclerosis. Academic Press, New York, 1959.
- Rosenman, R.H. The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. In T.M. Dembroski, S. Weiss, J. Schillar, S.G. Haynes, & M. Feinlieb (Eds.), Coronary prone behavior. New York: Springer-Verlag, 1978.
- Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // Psychological Monographs, 80 (Whole No. 609), 1966.
- Rotter JI: The genetics of gastritis and peptic ulcer. J Clin Gastroenterol 1981;3(suppl):35—43.
- Rowan, J., Subpersonalities, The People Inside Us, Routledge, London and New York, 1990
- Rudolf G. Psychodynamische und psychopathologische Aspekte des Diabetes mellitus. Z. Psychosom. Med. Psychoanal., 1970, 16: 246 — 262.
- Saab PG, Schneiderman N. Biobehavioral stressors, laboratory investigation, and the risk of hypertension. In: Cardiovascular Reactivity to Psychological Stress and Disease (Blascovich J, Katkin ES, eds). Washington:American Psychological Association, 1993;49—82.
- Schaefer K., Schwarz D. Verhaltenstherapeutische Ansätze für Anorexia nervosa. Z. Psychol. Psychother., 1974, 22: 267—284.
- Schafer H. Die Hierarchie der Risikofaktoren. Med. Mensch. Ges., 1976, 1: 141—146. Schiff, A., Schiff, J., Passivity. TAJ. 1 (1), 1971.
- Schild R. Möglichkeiten und Grenzen psychosomatischer Forschung in der Rheumatologie. Psyche (Stuttg.), 1967, 38: 955.
- Schur, M. Zur Metapsychologie der Somatisierung // Brede K. (hrsg.) Einführung in die psychosomatische Medizin. Fischer Athenaeum, Frankfurt am Main, 1974.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Schwidder W. Psychosomatik and Psychotherapie bei Störungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes. Documenta Geigy, Acta Psychosom., 1965, 7.
- Selvini-Palazzoli M. Die Familie des Anorektikers und die Familie des Schizophrenen. Eine transaktionelle Untersuchung. Ehe. 107—116, 1975.
- Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett-Cota. Stuttgart, 1977.
- Senarclens M. de Psyche et pelvis. Gynaecologia (Basel)., 1966/1968, 28.
- Shazer de S. Keys to Solution In Brief Therapy. — New York., 1985.
- Sheldon, W.H., S.S. Stevens: The Varieties of Temperament. Harper, New York, 1942.
- Siegler, I.C. Hostility and risk: Demographic and lifestyle variables. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), Anger, hostility and the heart (pp.199—214). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
- Siegman AW, Smith TW. Anger, Hostility and the Heart. Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
- Siegman, A.W., Boyle, S. The expression of anger and cardiovascular reactivity in men and women: An experimental investigation. Paper presented at 50th anniversary international meeting of the American Psychosomatic Society, March 31—April 4, 1992. New York, 1992.
- Sifneos P.E. Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. Pshychother. Psychosom., 1973a, 26, 65—70.
- Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. J. Psychother. Psychosom. 1973b, Vol.22, p.255—262.
- Sifneos PE: Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. Psychother Psychosom 1991:56:116—122.
- Smith, T.W. Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. Health Psychology, 1992, 11, 139—150.
- Smith, T.W. Hostility. In E.A. Blechman & K. Brownell (Eds.), Behavioral medicine for women: A comprehensive handbook (pp 134—138). Guilford Press: New York, 1998.
- Smith, T.W., Pope, M.K. Cynical hostility as a health risk: Current status and future directions. Journal of Social Behavior and Personality, 1990, 5, 77—88.
- Spangler D.L. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: An illustration. J Clin Psychol 1999:55:699—713.
- Spitz R. A. Vom Saugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart, 1967.
- Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, Greeno CG, Weltzin TE, Rao R: Persistent perfectionism, symmetry, and exactness in anorexia nervosa after long-term recovery from anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995;152:1630—1634.
- Staehelin B. Ober die diagnostischen und psychotherapeutischen Möglichkeiten des einfachen Sprechstundengesprächs, dargestellt an

- drei Fallbeispielen mit Symptomen des Verdauungstraktes. Praxis., 1963, 52: 767—775.
- Staehelin B. Haben und Sein. Editio academica. Zurich, 1969.
- Steiner H., Higgs C.M., Fritz G.K., Laszlo G., Harvey J.E. Defense style and the perception of asthma. — Psychosom. Med., 1987, Vol. 49, p. 35—44.
- Steiner, C. M. Scripts People Live: Transactional Analysis of Life Scripts. New York, Grove Press, 1990.
- Steiner C.M. Emotional literacy training:the application of transactional analysis to the study of emotions // Trans. Anal. J., 1996. V. 26. P. 31—39.
- Stierlin H. Delegation und Familie. Suhrkamp, Frankfurt, 1978.
- Stolbach LL, Lorman CE. Further comments on counseling people with cancer: pursuing the perfect paradigm. Advances 10:57—58, 1994.
- Strober M: Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm; in Johnson CL (ed): Psychodynamic Treatment of Anorexia nervosa and Bulimia. New York, Guilford, 1991, pp. 354—373.
- Stromsted T. Re-inhabiting the female body/ Somatics, 1994—1995. V.10. N1. P.18—27.
- Stunkard, A.J.: The case of obesity. Psychosom. Med., 37, 1975, 195—236.
- Talley N. J., OKeefe E. A., Zinsmeister A. R., Melton L. J. Prevelence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. Gastroenterology 1998; 1021: 895—901.
- Tanaka G. The relationships between sympathetic and parasympathetic tones and cardiovascular responses during active coping. Jap J Psychol 63:92—99, 1992.
- Tattersall, R.B., Walford, S. Brittle diabetes in response to life stress: «Cheating and Manipulation». In Brittle Diabetes (ed. J. C. Pickup), pp. 76—102. Oxford: Blackwell Scientific, 1985.
- Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. Am J Psychiatr 1984; 141: 6: 725—732.
- Taylor GJ: The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationships with basic dimensions of personality. New Trends Exp Clin Psychiatry 1994:10:61—74.
- Temoshok L. Personality coping style emotion and cancer: towards an integrative model. Cancer Surveys 6:545—567, 1987.
- Theorell, T. Family history of hypertension— an individual trait interacting with spontaneously occurring job stressors. Scand. J. Work Environ. Health, 1990, 16 (suppl. 1), 74—79.
- Thiele W. Psychovegetative Syndrome. Sandoz Monographic, Basel, 1966.
- Thomae H. Theory of aging and cognitive theory of personality // Human development. 1970. Vol. 12. P. 1—16.
- Thomas K. W. Toward Multidimensional Values in Teaching. The Example of Conflict Behaviors//Academy of Management Review. 1977.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Thompson JK: Introduction; in Thompson JK (ed): *Body Image, Eating Disorders, and Obesity*. Washington, American Psychological Association, 1997, pp 1—20.
- Thompson W. G., Dotevall G., Drossman D. A., Heaton K. W., Kruis W. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol int* 1989; 2: 92—5.
- Timmons, B.H., Ley, R. *Behavioral and Psychological Approaches to Breathing Disorders*. New York: Plenum, 1994.
- Uexkull Th. von. *Psychosomatische Medizin*. (3 Aufl.) Baltimore 1986; 1274—1300.
- Uexkull, Th. von: *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Rowohlt, Hamburg 1963.
- Uexkull, Th. von: *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. Urban & Schwarzenberg. Munchen, 1990.
- Vandereycken, W., Depreitere, L., Probst, M. Body-Orientated Therapy for Anorexia Nervosa Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1987, april, pp. 252—259.
- Vervoerdt A. Psychopathological responses to the stress of physical illness // *Adv. In Psychosom. Med.*, V. 8, Basel, 1972.
- Weber, G., H. Stierlin: *In Liebe entzweit*. Rowohlt, Rembek 1989
- Weiner H. *Psychobiology and human disease*. Eiesvier, New York, 1977.
- Weiner, H.: Ulcerative colitis. In: *Psychobiology and Human Disease*. Elsevier, New York, 1977.
- Weintraub A. Der Riicken, psychosomatisch gesehen. *Psychosom. Med.* 3: 111, 1969.
- Weintraub A. Vertebragene Syndrome aus psychosomatischer Sicht, Forbildungskurse Rheumatol., 1973, 2: 206—219.
- Weizsacker V. von *Psychosomatische Medizin*. Verb. Dtsch. Ges. Inn. Med., 1949, 55: 13.
- Weizsacker V. von *Falle und Probleme*. Enke, Stuttgart, 1951.
- Wesiak W. Anmerkungen zum Verstundnis und zur Behandlung der funktionellen Syndrome // *Therapiewoche*, 1976, 26 : 989.
- Wichstrom L: Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychol Med* 1995;25:567—579.
- Wientjes, C.J.E. *Psychological influences upon breathing: Situational and dispositional aspects*. Soesterberg: TNO Institute for Perception, 1993.
- Williams, R.B. Basic biological mechanisms. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp.117—126). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
- Wilson GT: Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems. *Behav Res Ther* 1999;37(suppl 1):S79—S95.
- Wirsching M. Familientherapie bei psychosomatischen Krankheiten, In: Hahn P. (Hrsg.). *Psychologie der 2.0. Jahrhunderts*, Bd. IX. Ergeb-

nisse fur die Medizin (1). Psychosomatische Medizin. Kindler, Zurich, 1979.

Wirsching M Stierlin H. Krankheit und Familie. Klett-Cotta, Stuttgart, 1982.

Wittkower E.D., Lester H. Hautkrankheiten in psychosomatischer Sicht, Documenta Geigy, Acta Psychosom, 1963, 6: 1—39.

Wolff, H.G.: Headache and Other Headpain. Oxford University Press, New York, 1963.

Wolpe. J. The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press, 1969.

Woodman CL, Noyes R. The relationship between panic disorder and irritable bowel syndrome. A review. Ann Clin Psychiatr 4:175—180, 1992.

Wrigley, M., Mayou, R. Psychosocial factors and admission for poor glycaemic control. Journal of Psychosomatic Research, 1991, 35, 335—344.

Wulsin, L. R., Jacobson, A. M., Rand, L.I. Psychosocial aspects of diabetic retinopathy. Diabetes Care, 1987, 10, 367—373.

Yanovsky SZ: Binge eating disorder: Current knowledge and future directions. Obes Res 1993;1:306—324.

Zautra AJ, Burleson MH, Matt KS, Roth S, Burrows L. Interpersonal stress depression and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. Health Psychol 13:139—148, 1994.

Ziolko H.U. Zur Psychotherapie eines manniichen Jugendlichen mit Anorexia nervosa. Z. Ют. Psychol. Psychoter., 1971, 19: 28—33.

Ziolko H.U. Bulimic. Z. Psychosom. Med., 1985, 31: 235—246.

Абрамова Г. С., Юдиц Ю. А. Психология в медицине. — М.: Кафедра-М., 1998.

Абульханова - Славская К.А. Стратегия жизни. — М., 1991.

Айзенк Х. Психологические теории тревожности // Тревога и тревожность (ред. В.М. Астапова). — С.-Петербург: Питер, 2001.

Айзенк Х., Айзенк М. Исследования человеческой психики. — Москва: ЭКСМО-Пресс, 2001.

Алдер Х. НЛП: современные психотехнологии. — СПб.: Питер, 2000.

Алдер Х. НЛП: наука и искусство достижения совершенства. — Мин.: Издатель В.П. Ильин, 1998

Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. — М.: Эксмо, 2002.

Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. — СПб., Речь: 2000.

Александров А.А. Современная психотерапия: Курс лекций. — СПб.: Академический проект, 1997.

Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Д.Б. Ересько, Г.С. Исурина

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Е.В. Койдановская и др. // Методическое пособие. — СПб., 1994.
- Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб.: Речь, 2000.
- Андреас К., Андреас С. Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. — М., «КСП+» — Ювента, 1999а
- Андреас К., Андреас Т. Сущностная трансформация. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1999б
- Андреас С., Герлинг К., Фолкнер Ч. и др. Миссия НЛП: новейшие американские психотехнологии. — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2000.
- Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М., 1975.
- Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. — М. 1997.
- Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита// Психологический журнал. № 1, 1995, с. 3—19.
- Анцыферова Л.И. Сознание и действия личности в трудных жизненных ситуациях// Психол. журн. 1991. № 1. Т. 12. С. 23—31.
- Аршавский В. В., Ротенберг В.С. Поисковая активность и ее влияние на экспериментальную и клиническую патологию // Журн. высшей нервной деятельности. 1976. № 2. Т. 26. С. 424—428.
- Ассаджиоли Р. Динамическая психология и психосинтез/ В кн. «Психосинтез. Теория и практика», 1994. «REFL-book», с. 5—26.
- Ассаджиоли Р. Психосинтез. — М., 1992.
- Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия (Терапия, фокусированная на решении). — СПб.: Речь, 2000.
- Бабиков В.Г. Некоторые методы лечения сексуальных расстройств у женщин современными методами психотерапии// Психосфера. 1998, № 2.
- Бажин Е.Ф., Голынкина Е.Л., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля //Психол. журнал. 1984. Т. 5. № 3. С.152—162.
- Бандура А. Теория социального научения. — Санкт-Петербург: Евразия, 2000.
- Бараш Б.А. Третья революция в психотерапии// Обозрение психиатр. и мед. психологий им. В.М. Бехтерева, 1993, № 2.
- Баркер Ф. Использование метафор в психотерапии. Воронеж. — НПО «Модек», 1995.
- Баскаков В. Минимальные по силе и амплитуде воздействия. Телесно-ориентированная психотерапия: Хрестоматия. — СПб., 2000, с. 264—276.
- Баскаков В. Танатотерапия — искусство жизни и смерти // Свободное тело: Хрестоматия/ В.Ю. Баскаков (ред.-сост.). — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2001.
- Баскаков В. Телесно-ориентированная психотерапия и пси-

хотехника: обобщение и сравнительный анализ существующих подходов / Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М. Философское общество СССР, 1993.

Бассин Ф.В., Прангивили А.С., Шерозия А.Е. Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических клинических симптомов // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. — Тбилиси, 1978, т. 2, с. 195—215.

Беккер-Глош В., Бюлов Э. Арт-терапия в Аликсейнеровской психиатрической больнице Мюнстера. — Исцеляющее искусство, 1999, № 1.

Белкин А. И. Психосоматические эффекты гормонов и ситуация// Клиническая психоэндокринология. — М., 1985. С. 5—16.

Белогородский Л.С., Сандомирский М.Е. Телесно-ориентированная психотерапия: общий обзор и история метода. [Http://marks.on/ufanet/ru/PSY/TOP1](http://marks.on/ufanet/ru/PSY/TOP1). НТМ, 2000.

Бендлер Р. Используйте свой мозг для изменений. — СПб.: Ювента, 1998.

Бендлер Р., Гриндер В., Сатир В. Семейная терапия и НЛП. — М., Ин-т общегуманитарных исследований, 1999.

Березин Ф.Б., Куликова Е.М., Шаталов Н.Н., Чарова Н.А. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме. // Журн. невропатол. и психиатр. 1997, № 4, с. 35—38.

Березовский А.Э., Крайнова Н.Н., Бондарь Н.С. Самосознание психических больных. — Самара. Сам. гос. ун-т, 2001.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. «Университетская книга» — АСТ, СПБ. — Москва, 1998.

Бернье Ж. Судьбоанализ и психосоматическая медицина // Психология судьбы. 1995. № 2, с. 89 —126.

Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное воздействие // Вест. знания. вып. 4. — СПб., 1911.

Беюл Е.А., Оленева В.А., Шатерников В.А. Ожирение. — М.:Медицина,1986.

Бирюкова И. Танец — как путь познания и творческого самовыражения. 1998. <http://www.chat.ru/~bodywork/dance1.htm>

Бодров В. А. Когнитивные процессы и психологический стресс// Психологический журнал. № 4, 1996, с. 64—74.

Бодров В.А. Психология стресса. — М., 1995.

Бондаренко У.С., Ширеторова Д.С., Фрейдков В.И. Головная боль у детей и подростков. — М.: Общество детских неврологов. 1997.

Браун Дж. Психосоматический подход. // Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия. / Сост. Сельченок К.В. — Минск, 1999. С. 42—69.

Бреннан Р. Пособие по применению методики Александера. — София: Ltd, 1997.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Бреслав И.С. Восприятие дыхания и природа одышки. Успехи физиологических наук. 1988, т. 19, 1, с. 24—39.
- Бреслав И.С. Особенности регуляции дыхания человека. Физиология дыхания/ Под ред. И.С. Бреслав, Г.Г. Исаева. — СПб.: Наука, 1994, с. 473—524.
- Бреслав И.С. Паттерны дыхания. — Л., 1984.
- Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.
- Бронхиальная астма. Библиотека врача общей практики. Т. 2./ Федосеев Г.Б. (ред.), — СПб.: Медицинское информационное агентство, 1996.
- Брукс Ч. Чувственное сознавание. — М., Либрис, 1997.
- Булатов П.К., Филиппов В.Л. Опыт психосоматического подхода в изучении бронхиальной астмы. В кн.: Вопросы гематологии, нефрологии и пульмонологии. — М., 1975, с. 330—332.
- Буль П.И. Основы психотерапии. — Л., 1974.
- Бурлачук Л.Ф., Грабская И.А., Kocharyan A.C. Основы психотерапии. — Киев — Москва, «Ника-Центр» — Алетейя, 1999.
- Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Индивидуально-психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации // Психол. ж. 1992. № 3.
- Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ступий. — М.: Российское педагогическое агентство, 1998.
- Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. — Киев: Наукова думка, 1989.
- Бурно М.Е. К вопросу о клинической (медицинской) психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 2.
- Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта. — Спб., 1999.
- Долгополов Н. Б., Хломов Д. Фигура гештальта в России // Московский психотерапевтический журнал: Специальный гештальт-выпуск, 1994.
- Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. — М.: Академический проект, 1999.
- Бэндлер Р. Используйте свой мозг для изменений. — СПб.: Ювента, 1998.
- Бэндлер Р., Гриндер Д. Из лягушек в принцы. — Новосибирск: Изд-во Новосибирского ун-та, 1992.
- Бэндлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг. — Воронеж: МОДЭК, 1995.
- Бэндлер Р., Гриндер Д. Формирование транса. — М.: «Кас», 1994.
- Бэндлер Р., Гриндер Д. Шаблоны гипнотических техник. — М.: Эриксона с точки зрения НЛП. — М.: НАПП, 1995, 232 с.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Валкер Д. Тренинг разрешения конфликтов. — СПб., Речь, 2001.
- Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. — СПб.: Речь, 2001.
- Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М., 1984.
- Василюк Ф.Е. Проблема критической ситуации // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченок. — Минск: Харвест, 1999.
- Вассерман Л.И., Вуке А.Я., Иовлев Б.И. и др. О психологической диагностике типов отношения к болезни. В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л., 1990, с. 8—16.
- Вассерман Л.И., Ермилов Л.П., Кулешова Э.В., Карпова Э.Б. Атипичные боли в левой половине грудной клетки как проявление психосоматической патологии / Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М.: Философское общество СССР, 1993.
- Вейн А.М., Молдовану И.В. Нейрогенная гипервентиляция. — Кишинев, 1988.
- Вельтовский И.З., Липгард Н.К., Багалей Е.М., Сухорукова В.И. Психотерапия в клинической практике. — Киев, 1984.
- Виль-Вильямс Е.И. Базовые модели применения НЛП в психотерапии. <http://nlp.dax.ru/texts/nlpther.shtml>
- Вильсон Дж.Т. Поведенческая терапия // Журнал практической психологии и психоанализа. № 3, 2000.
- Витакер К., Бамберри В. Танцы с семьей. — М.: Независимая фирма «Класс», 1997.
- Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
- Войтенко Р.М. Психологические аспекты болезни и инвалидности: Значение в клинике и экспертизе трудоспособности. — Таллин, 1981.
- Волков А.М., Микадзе Ю.В., Солнцева Г.Н. Деятельность: структура и регуляция. — М., 1987.
- Волков В.Т. Личность пациента и болезнь. — Томск, 1995, 328 с.
- Вольпе Д. Анализ индивидуальной динамики заболеваний при лечении депрессии // Эволюция психотерапии. Т. 2. — Москва: НФ «Класс», 1998а, 330—345.
- Вольпе Д. На пути к созданию научной психотерапии // Эволюция психотерапии. Т.2. — Москва: НФ «Класс», 1998б, с.255 — 272.
- Гавэйн Ш. Созидающая визуализация. [Http://www.loopback.ru/psytech/practpsy](http://www.loopback.ru/psytech/practpsy)
- Гарбузов В.И. Практическая психотерапия. — СПб.: Сфера, 1994, 160 с.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология. (Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов.) — СПб.: «СОТИС», 1999. — 320 с.
- Гиллиген С. Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии. — М.: Класс, 1997.
- Гинзбург М.М., Козупица Г.С., Котельников Г.П. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения. — Самара: Изд-во Сам. ГУ, 1997.
- Годфруа М. Что такое психология: В 2-х т. Т. 2. — М.: Мир, 1992.
- Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. — Киев: Наукова думка, 1984.
- Гриндер Д., Бэндлер Р. Структура магии. Т. 1, 2. — СПб.: «Белый кролик», 1996.
- Гришина Н.В. К вопросу о предрасположенности к конфликтному поведению // Психические состояния (Экспериментальная и прикладная психология). Вып. 10. — Л., 1981.
- Гронский А.В. Гештальт-подход и клиническая медицина: проблемы интеграции. // Российский гештальт (выпуск 3) / Под ред. Н.Б. Долгополова, Р.П. Ефимкиной. — Новосибирск: Научно-практический центр психологии НГУ, 2001. С. 70—82.
- Групповая психотерапия/ Под ред. Б. Д. Каравасарского, С. Ледера. — М.: Медицина, 1990.
- Губачев Ю.М. Психосоматическая терапия // Альтернативная медицина. — СПб.: Северо-Западное книжн. изд-во, 1994, с. 25—89.
- Губачев Ю.М., Дорничев В.М., Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Мозговые механизмы психофизиологических состояний. — Л.: Наука, 1989, 148 с.
- Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. — Алма-Ата, 1990, 216 с.
- Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — Л.: Медицина, 1981, 216 с.
- Гудман Р. Обсуждение и создание детских рисунков. Практикум по арт-терапии. Под ред. А.И. Копытина. — СПб., 2000.
- Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения: Теория и практика/Пер. с англ. Сариной В.М. — М.: Незав.фирма «Класс», 1997. Библиотека психологии и психотерапии; вып. 22).
- Гуменик Н.В. Дифференциально-диагностическое значение эмоционально-личностных факторов при ишемической болезни сердца /Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М.: Философское общество СССР, 1993.
- Диллман Б. Результаты на мишени. — СПб., «Белый кролик», 1995.

- Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП. — М.: Независимая фирма «Класс», 1997.
- Дилтс Р. Стратегии гениев. Т. 1, 2, 3. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
- Дилтс Р. Терапевтическая модель НЛП. <http://www.sfera.info/msk.ru>
- Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследования образа тела в зарубежной психологии // Вестн. Моск. ун-та, сер. 14. Психология, 1985, 4, с. 39—49.
- Драгунский В.В. Цветовой личностный тест. Мин. — М., Харвест-АСТ, 2000.
- Елецкий В.Ю. Пограничные психические расстройства у больных псориазом и нейродермитом (Клинико-терапевтические аспекты): Дис. ... канд. мед. наук. М 1986.
- Николопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека. Журнал неврологии и психиатрии № 7—2000, с. 59—64.
- Ересяко Д.Б., Исурина Г.С., Кайдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Метод. пособие. Санкт-Петербург, 1994.
- Захаржевский В. Б. Специфичность психо-вегетативного эффекта в аспекте психосоматической и кортико-висцеральной концепции// Телесность человека/Под ред. В. В. Николаева. — М., 1993. С. 122—131.
- Зимбардо Ф. Застенчивость. — Москва: Педагогика, 1994.
- Зинк Н., Маншоуд., Холл Ми др. Мастерство, новый код и системное НЛП. — М., Об-во практической психологии, 1998.
- Зубарев Ю.Г., Квасенко А.В. Психологический диагноз соматически больного // Актуальные вопросы гомеостаза: Тез. докл. респ. науч. конф. Каунас, 1983.
- Зырянова Ю. И. Стратегический подход в семейном консультировании по Джою Хейли. Психосфера, 1999, № 2.
- Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишki. Практическое руководство для врачей. — М., РГА, 1999; 28.
- Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер-Пресс, 1999.
- Инландер Ч.Б., Шимер П. 47 способов как избавиться от головной боли. КРОН-ПРЕСС. 1995.
- Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб., 1996.
- Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. — СПб.: Питер, 2000.
- Йоуменс Т. Практика психосинтеза. — Сан-Хосе, 1989.
- Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб., 1998, 256 с.
- Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья — термин или концепция? // Вопр. психол., 1993, № 1.
- Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эф-

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- фективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством. Соц. и клин. психиатр, 1995; 5: 4: 96—102.
- Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985.
- Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. — Кишинев, 1988.
- Картохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М.: Медицина, 1991.
- Келли Дж. Психология личности: теория личностных конструктов. — СПб., 2000.
- Кинг М., Цитренбаум Ч. Экзистенциальная гипнотерапия. — М.: Класс, 1998.
- Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. — М., 1993, 222 с.
- Киселева Л. Телесно-ориентированная психотерапия: теория и практика. <http://www.world-of-body.ru/publications-top-tip/html>, 2000б.
- Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. (ред.) Психиатрия, психосоматика, психотерапия. — Москва: Алетейя, 1999.
- Клейнзорге Х., Клюмбиес Г. Техника релаксации / Пер. с англ. 1965.
- Клименко С. Ф., Карловская Н. Н. Роль воображения в психологической коррекции психосоматозов. — Психосфера, 1999, № 3.
- Ковалев С.В. Исцеление с помощью НЛП. Нейро-лингвистическое программирование психосоматических исцелений. — М., КСП+, 1999.
- Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. Руководство для врачей. 5-е изд., испр. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2001.
- Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Пер. с чешск. Прага, 1983.
- Коржова Е.Ю. Психологическое познание судьбы человека. СПб., РГПУ им. А.И.Герцена. — Союз, 2002.
- Коржова Е.Ю. Человек болеющий: Личность и социальная адаптация. — Санкт-Петербург, 1994.
- Кори Дж. Гештальт-терапия. // Гештальт 94. Сборник материалов Московского Гештальт института за 1994 г. — Минск, 1995. С. 45.
- Коркипа М. В., Цивильно М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. — М., 1986, 176 с.
- Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Психологические предпосылки и последствия отказа от поиска в норме и при психосоматическом заболевании // Психологический журнал, 1990, т. 11, № 4.
- Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Проблема алекситимики в контексте поведенческих концепций психосоматических

расстройств / Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М.: Философское общество СССР, 1993.

Косенков Н.И. Физиологические механизмы психологической адаптации при психосоматической патологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1997.

Косенков Н.И. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний // Юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. 14—16 июня 2000 года. — СПб., ВМА, 2000.

Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. — М., 1994.

Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. — М.: Академический проект, 1999.

Краснушкин Е.К. О «сознании» и чувстве болезни при соматических болезнях. Труды III Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1950, с. 248 — 254.

Кречмер Э. Строение тела и характер. — М.: НО Научный фонд «Первая Исследовательская лаборатория им. акад. В.А. Мельникова», 2000.

Кроль Л. Между живой водой и мертвой: Практика интегративной гипнотерапии. — М.: Класс, 1998.

Крылов В.И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. — СПб.: Шанс, 1995. С. 95.

Курицин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. — Л.: Наука, 1973. — 336 с.

Кэхеле Х. От психоанализа Фрейда до терапии цветами по Баху (Где сегодня находится психоанализ) // Herbstakademie — 1995, с. 179—87.

Лазарус А. Мультимодальная психотерапия // Зейг Д.К., Мюнион В.М. Психотерапия — что это? — Москва: Независимая фирма «Класс», 2000а, с.228—232.

Лазарус А. Мысленным взором: Образы как средство психотерапии. — Москва: Независимая фирма «Класс», 2000б.

Лакосина Н.Д., Беззубова Е.И. Общие закономерности развития невротических и психосоматических расстройств // Психогенные и психосоматические расстройства. — Тарту, 1988. — С. 237—239.

Лебедева Л., Кисилева М. История выздоровления в картинах // Школьный психолог, 2001, № 3.

Лейнер Г. Кататимное переживание образов: методика использования воображаемых ситуаций в коррекции самочувствия. — М., 1996.

Лейнер Г., Корнадт Х. Инициированная проекция символов // Психосинтез и другие интегративные техники психотерапии. Под ред. А.А. Бадхен, В.Е. Каган. — М.: Смысл, 1997.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Лейте Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено. — М., 1994. — 352с.
- Леонова А. Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. — М., 1984.
- Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1977.
- Леонтьев А.Н. Психология образа. // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1979, 2. с. 3—13.
- Либин А.В. Стилевые и темпераментальные свойства в структуре индивидуальности человека: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1993.
- Либин А.В., Либина Е.В. Стиль реагирования на стресс: Психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — М., 1996.
- Либина А., Либин А. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными ситуациями? // Стиль человека: психологический анализ // Под ред. А. Либина. М.: Смысл, 1998.
- Либина Е.В. Изучение стилей совладания человека со сложными жизненными ситуациями с позиций интерактивного подхода // Мир индивидуальности. — Смоленск, 1996.
- Либина Е.В. Изучение стратегий совладания человека со сложными ситуациями в контексте индивидуальных различий // Природа психического. — Пермь, 1994б.
- Либина Е.В. Психология совладания с жизненными кризисами и сложными ситуациями (Чтобы не осталась женщина одинокой). — М., 1996а.
- Либина Е.В. Тренинг совладания со сложными ситуациями // Психологический словарь/ Под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. — М., 1997б.
- Либина Е.В. Эмоциональная компетентность: Психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — Москва, 1997а.
- Либина Е.В., Либин А.В. Психология совладания: Психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — М., 1996.
- Линдеман Х. Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности. Пер. с нем. — М., 1980.
- Лисовская Е.Б. Самоактуализирующаяся личность. // Научно-техническая революция и социальная психология/ Материалы межгородской конференции. — М.: Наука, 1981. С. 76—84.
- Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., Медицина, 1977.
- Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журн. невропатол. и психиатр. 1980, вып. 8.

- Лобзик В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка: Справочное пособие для врачей. — Л., 1980.
- Лотоцкий А.Ю. Значение микросоциальных и личностных факторов в патогенезе бронхиальной астмы и роль психотерпии у этих больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1994.
- Лоузн А. Биоэнергетика. Терапия, которая работает с телом. — СПб.: Речь, 2000.
- Лоузн А. Предательство тела. — Екатеринбург: Деловая книга, 1999.
- Лоузн А. Психология тела. Телесно-ориентированный биоэнергетический психоанализ. — М.: Независимая ассоциация психологов-практиков, 1997.
- Лоузн А. Физическая динамика структуры характера. — М.: Издательская фирма «Компания ПАНИ», 1996.
- Лоузн А. Язык тела. — СПб. — Ростов-на-Дону: Академический проект — Феникс, 1998.
- Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и интровергенные заболевания. — М.: «Медицина», 1977.
- Лутэ В. Аутогенная тренировка с применением обратной связи // Психическая саморегуляция. — Алма-Ата, 1974. Вып. 2. С. 61—67.
- Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб., НИ психоневрологический ин-т им. В.М.Бехтерева, 2000.
- Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — СПб., 1996.
- Маданес К. Стратегическая семейная терапия. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999.
- Мак-Дермотт Я., О'Коннор Дж. НЛП и здоровье. Использование НЛП для улучшения здоровья и благополучия. — Челябинск: «Библиотека А. Миллера», 1998.
- МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. — СПб.: Речь, 2001.
- Маленевская С.С. Психиатрия и консультирование-взаимодействие как одно из направлений психосоматической медицины // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. 1994. № 4. С. 70—79.
- Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики — СПб., 1997.
- Маслоу А. Психология бытия. — М., 1997.
- Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии. — М.: Мир, 1998.
- Мацанов А. Личность и болезнь / Психология. №2, 2000.
- Мелик Дж., Невис С. Диагноз: борьба за осмысленную парадигму / В сб.: Координаты «Я»: здесь и теперь. — СПб.: Санкт-Петербургский Институт Гештальта, 1996, с. 62—81.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. — М.: Просвещение, 1985.
- Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2002.
- Методики диагностики психических состояний и анализа деятельности человека. — М.: РАН, Институт психологии, 1994.
- Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
- Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине (клиническое руководство) / Под. общ. ред. Б.В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002.
- Мусийчук Ю.И., Филиппов В.Л. Там, внизу, — не только черепахи. — СПб.: Гиппократ, 1996.
- Мягер В.К., Мишина Т.М. Семейная психотерапия. — Л., 1979.
- Найт С. Руководство по NLP. — СПб.: Речь, 2000.
- Наранхо К. Техники гештальт-терапии. Практическое руководство для профессионалов. — СПб., 1995.
- Небылицын В.Д. Основные свойства нервной системы. — М., 1991.
- Неймарк М.С. Психологическое изучение направленности личности: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. — М., 1972.
- Немиринский О.В. «Хочу, чтобы ты стукнул меня по спине» или микродинамика переноса / В сб.: Гештальт-96. — М., Московский Гештальт Институт, 1997б, с. 52—62.
- Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств // Московский психотерапевтический журнал, 1997а, № 1, с. 84—91.
- Немиринский О.В. Личностный рост в терапевтической группе. — М.: «Смысл», 1999.
- Немиринский О.В. Фасилитация контакта в гештальт-терапии // Московский психотерапевтический журнал. 1994, № 3, с. 93—106.
- Никитин В.Н. Психология телесного сознания. — М.: Алетейя, 1998.
- Николаева В. В. Влияние хронической болезни на psyche-ку. — М.: МГУ, 1987.
- Николаева В.В. О психологической природе алекситимии. Интернет-журнал «Ломоносов», 2000, <http://lomonosov.rambler.ru/>
- Николаева В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни. Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. — Л., 1976, с. 95 — 98.
- Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
- О'Коннор Дж., Сеймор Дж. Введение в НЛП. — Челябинск: Версия, 1997.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. — М., 1997. — 31 с.
- Общая психодиагностика./Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.
- Оганесян Л. О психологическом профиле сердечного больного. — Ереван, 1963.
- Осипова Н.Н., Щеглов Ю.Д., Акшулакова Б.Т. Психологический профиль личности больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1990, Т. 90, № 10, с. 89— 92.
- Павлов И.П. Общие типы высшей нервной деятельности животных и человека // Психология индивидуальных различий: Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. — М., 1980. С. 21—23.
- Пантелеев С.Р. Методика исследования самоотношения. — М., 1994.
- Парцерняк С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. — СПб.: А.В.К., 2002.
- Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт. — М., 1993.
- Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: тренинг разрешения конфликтов. — СПб.: Речь, 2001.
- Пезешкиан Н. Психосоматическая медицина и позитивная психотерапия. — М., 1996.
- Пезешкиан Н. Торговец и попугай. — М.: Прогресс, 1992.
- Пергаменщик Л.А. Список Робинзона // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченок. — Мн.: Харвест, 1999.
- Перлз Ф. Эго, голод и агрессия. — М.: Смысл, 2000.
- Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии / Пер. англ. М. Папуш. — М.: Либрис, 1996.
- Перлз Ф. Практика гештальт-терапии. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.
- Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. — М.: Издательство Института психотерапии, 2001.
- Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: контуры теории и практики. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999.
- Прангишвили А.С., Шерозия А.Е., Бассин Ф.В. Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических и клинических синдромов // Бессознательное. 1987. Т. 2. С. 195 —215.
- Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / Под общ. ред. Биктимирова Т.З., Модникова О.П. — Ульяновск, 1998.
- Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

проблемы алекситимии // Российский медицинский журнал. — 1998. № 6. С. 45—47.

Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2000. № 6. С. 66 — 70.

Психология: Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. 2-е изд. — М., 1990.

Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченок, — Минск., Харвест, 1999.

Психосоматические соотношения. Под ред. Жарикова Н.М., Ильина В.И. — М., 1990.

Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Каравасарского Б.Д. — СПб.: Питер, 1998.

Пузырёй А.А. Наблюдение в рамках психотехнического действия // Общий практикум по психологии. Метод наблюдения. Ч. III. — М.: Изд-во МГУ, 1987, 26 с.

Пушкирев А.Л., Доморажкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000.

Пэпп П. Семейная терапия и ее парадоксы. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.

Радченко А. Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств // Методы современной психотерапии. Учебное пособие / Сост. Кроль Л.М., Пуртова Е.А. — М.: Класс, 2001.

Райгородский Д.Я. (ред.-сост). Практическая психодиагностика. — Самара: БАХРАХ, 1999.

Райх В. Функция оргазма. — СПб. — М.: Университетская книга. — АСТ, 1997.

Райх В. Характероанализ. — М.: Изд-во «Республика», 1999.

Резник Р. Гештальт-терапия: принципы, точки зрения и перспективы // Гештальт 95. Сборник материалов Московского Гештальт Института за 1995 г. Москва, 1996.

Резник Р. Яд в курином бульоне. // Хрестоматия по гуманистической психотерапии / Составитель М. Папуш. — М., 1995., С. 255 — 262.

Резникова Т. Н. Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ. Автореф. дисс. докт. — СПб., 1998.. — 40 с.

Рейнвальд Н.И. Проявление структуры личности больного в его отношении к своей болезни // Психология и медицина: Материалы симп. — М., 1978.

Рейнхутер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом. — М., 1992.

Рейнхутер Дж. Как стать собственным психотерапевтом. — Киев: «Корф», 1996, 220 с.

Ричардсон Р. Сила семейных уз. Руководство по психотерапии в помощь семье. «Акцидент», «Ленато». — СПб., 1994.

Робин Ж.-М. Гештальт-терапия. — М.: «Мир гештальта», 1998.

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994.
- Рожанец Р.В., Копина О.С. Психологические проблемы профилактической кардиологии (Проблемы изучения психологических и социальных факторов в этиологии и патогенезе основных сердечно-сосудистых заболеваний) // Психол. ж., 1986, № 1.
- Рожновская З.В. Психотерапия сексуальных нарушений у женщин // Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1985. С. 524—537.
- Ромек В.Г. Основы поведенческой психотерапии. — Ростов-на-Дону, 2002.
- Ромек В.Г. Поведенческая терапия страхов // Журнал практической психологии и психоанализа. № 1. 2002.
- Ромек В.Г. Развитие уверенности в межличностных отношениях // Журнал практического психолога. № 12, 2000, с. 74—113.
- Ромен А. С. Самовнушение и его влияние на организм. — Алма-Ата, 1970.
- Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. — М.: Наука, 1984.
- Рохлин Л.Л. Сознание болезни и его значение в клинической практике // Клин. мед. 1957. № 9.
- Рубинштейн С.Л. Воображение // Основы общей психологии. — М., 1998.
- Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб.: Питер, 1998.
- Русалов В.М. Опросник структуры темперамента. — М., 1990.
- Русалов В.М. Психология и психофизиология индивидуальных различий: Некоторые итоги и ближайшие задачи системных исследований // Психол. журн. 1991. № 5. Т. 12. С. 67—78.
- Русалов В.М., Парилис С.Э. Темперамент и своеобразие когнитивной системы личности // Психол. журн. 1991. № 5. Т. 12. С. 118—122.
- Руффлер М. Игры внутри нас. Пер. с англ. Т. Чхеидзе. — М.: Изд-во Института психотерапии, 1998.
- Савенко Ю. С. «Психиатрическая» и «психологическая» психотерапия — путь к единству // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 4.
- Саймон Р. Один к одному. Беседы с создателями семейной терапии. — М., 1996.
- Саймонтон К., Саймонтон С. Восхождение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. — СПб., 1996.
- Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб.: Питер, 2001.
- Сатир В. Как строить себя и свою семью. — М., 1992.
- Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб.: Ювента, 1999.
- Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированной пси-

## Список цитированной и рекомендуемой литературы

- хотерапии и психотехнике / Сост. В.Ю. Баскаков. — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2001.
- Селье Г. Психофизиология стресса. — М., 1991.
- Селье Г. Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1982. — 123 с.
- Семенова Н.Д. Бронхиальная астма. Т. 2. / Под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Агар, 1997; 187 — 213.
- Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии / Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М.: Философское общество СССР, 1993.
- Семенова Н.Д. Групповая психологическая коррекция в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой. // Автореферат канд. дисс. — М., 1988.
- Семенова Н.Д. Телесно-ориентированные методы в психотерапии больных бронхиальной астмой. Социальная и клиническая психиатрия. 1995, № 2. С. 85 — 89.
- Сергеева Л.С. Телесно-ориентированная психотерапия: Хрестоматия. — СПб.: СПб РОФ «Практическая психотерапия», 2000.
- Сидоренко Е.В. Психодраматический и недирективный подходы в групповой работе. — СПб.: Речь, 2001.
- Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни». Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Под. ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983, с. 38—62.
- Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / Под ред. А.Б. Смулевича и А.Л. Сыркина. — М., 1994, с. 2—19.
- Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т.2.
- Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Лечение расстройств сна у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология 1994. Т. 34. № 10. С.60 — 64.
- Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и соавт. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (К проблеме нозогений). — Журн. Невропатол. и психитар. им. С.С. Корсакова, 1997, Т.97, с.4—9.
- Смулевич А.Б., Фильц А.О., Лебедева М.О. К проблеме алгопатических состояний. / В кн.: Ипохондрия и соматоформные расстройства. Под ред. Смулевича А.Б. — М., 1992, С. 40—59.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. — М., 1995.
- Столяренко Л.Д. Основы психологии: Практикум. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.

- Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. — СПб.: Социально-психологический центр, 1996.
- Суворов Н. Ф. Физиология и патология кортико-висцеральных взаимоотношений как научная основа психосоматической медицины //Физиол. журн. СССР им. Сеченова. — 1986. — № 8. — С. 1016 — 1026.
- Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса// Механизмы развития стресса. — Кишинев, 1987. С. 52—79.
- Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: Пособие для врачей. — СПб., 1992.
- Телесность человека: междисциплинарные исследования. Отв. ред. Николаева В.В., Тищенко П.Д. — М., 1993.
- Теплов Б.М. Избранные труды: В 2 т. — М., 1986.
- Тигранян Р. А. Стресс и его значение для организма. — М.: Наука, 1988. — 178 с.
- Тепперайн К. О чем хочет сказать твоя болезнь. Язык симптомов. — М., 1996.
- Токарский А. А. Терапевтическое применение гипноза. — М., 1890. Транскультуральные исследования в психотерапии: Сб. науч. тр., 1989.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
- Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л., 1990, с. 32—38.
- Уэлсли К. Часть целого: арт-терапия в школе. Исцеляющее искусство. Журнал арт-терапии, 2000, № 2.
- Фанч Ф. Преобразующие диалоги. — Киев: Ника-Центр, Вист-С, 1997а.
- Фанч Ф. Пути преобразования. Общие модули процессинга. — Киев: Ника-Центр, Вист-С, 1997б.
- Федосеев Г.Б. Бронхиальная астма. — СПб.: Медицинское информационное агентство, 1996.
- Федосеев Г.Б., Куприянов С.Ю. Бронхиальная астма как способ психологической адаптации к микросоциальной среде. — Тер. Архив, 1985, № 5, с. 31—36.
- Фейдимен Д., Фрейгер Р. Теория и практика личностно-ориентированной психологии. Т.1. — М.: «Три Л», 1996.
- Фельденкрайз М. Осознавание через движение. — М. — СПб.: Университетская книга, 2000.
- Фельденкрайз М. Понимание при делании / Под ред. Баскакова В. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. — М.: Смысл, 1997.
- Ферс Г.М. Тайный мир рисунка. Исцеление через искусство. — СПб.: Европейский дом, 2000.

## **Список цитированной и рекомендуемой литературы**

- Феруччи П.** Кем мы можем быть / В кн. «Психосинтез. Теория и практика». 1994, «REFL-book», с. 52—152.
- Филатов А.Г.** Аутогенная тренировка. — Киев, 1979.
- Фицджеральд Р.** Эклектическая психотерапия. — СПб.: Питер, 2001. — 320 с.
- Франкл В.** Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990.
- Фрейд З.** Введение в психоанализ: Лекции. — М., 1989.
- Фрейд З.** Методика и техника психоанализа: Пер. с нем. — Москва; Петербург, 1923.
- Фримен Д.** Техники семейной психотерапии. — СПб.: Питер, 2001.
- Фромм Э.** Душа человека. — М., 1992.
- Хайер Д.** Головная боль. Неврология / Под редакцией М. Самуэльса. Практика, 1997.
- Хейли Дж.** Терапия испытанием. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998
- Хейли Дж.** Необычайная психотерапия. Психотерапевтические техники Милтона Эрикссона. — С.-П., 1995.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.** Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. — Москва: Когито-Центр, 2000 с. 224—268.
- Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Сост. В.Ю. Басаков.** — М.: Смысл, 1997.
- Хэй Л.** Исцели себя сам. Психологические причины болезней и метафизические пути их преодоления. — Кишинев, 1996.
- Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У.** Гипнотерапия вредных привычек. — М.: Класс, 1998.
- Черников А.В.** Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная терапия». — М., 1997.
- Шептулин А.А.** Синдром раздраженной кишечник: современные представления о патогенезе, клинике, диагностике, лечении. Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 1997, № 5, с. 88—90.
- Шерман Р., Фредман Н.** Структурированные техники семейной и супружеской терапии. — М.: Независимая фирма «Класс», 1997.
- Шерман Р. Фредман Н.** Техники семейной психотерапии. «Класс», 1978
- Шерлок Л.** Гипноз: Пер. с франц. — Л., 1972.
- Эверли Д. С., Розенфельд Р.** Стресс: Природа и лечение. — М.: Медицина, 1985. 223 с.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В.** Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 652 с.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В.** Семейная психотерапия. — Л., 1989.

## **Список цитированной и рекомендуемой литературы**

Энрайт Дж. Гештальт, ведущий к просветлению. — СПб., 1994.

Эриксон М., Rossi Э., Rossi Ш. Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения. — М.: Класс, 1999.

Юнг К.Г. Психологические типы // Психология индивидуальных различий: Тексты/Под ред. Ю.Б.Гиппенрейгер, В.Я.Романова. — М., 1982. С. 199—218.

Юрьев В.В. Приобретенные заболевания сердечно-сосудистой системы //Н. П. Шабалов. Детские болезни. — СПб.: Питер., 1999. С. 577—600.

Якубанеце Б. Руководство по телесно-ориентированной психотерапии. — СПб.: Речь, 2000.

Янушкевичюс З.И., Блужас И.М., Баубине А.В., Гоштаутас А.А. Психологические аспекты ишемической болезни сердца // Первичная психологическая профилактика и реабилитация больных ИБС. — Вильнюс, 1982.

**ПСИХОСОМАТИКА**  
**СПРАВОЧНИК ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА**

Ответственный редактор Н. Косьянова  
Художественный редактор С. Киселева  
Технический редактор О. Куликова  
Компьютерная верстка О. Шувалова  
Корректоры Е. Сырцова, Н. Самойлова

ООО «Издательство «Эксмо»  
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18, корп. 5. Тел.: 411-68-86, 956-39-21.  
Home page: [www.eksмо.ru](http://www.eksмо.ru) E-mail: [info@eksмо.ru](mailto:info@eksмо.ru)

**По вопросам размещения рекламы в книгах издательства «Эксмо»  
обращаться в рекламный отдел. Тел. 411-68-74.**

**Оптовая торговля книгами «Эксмо» и товарами «Эксмо-канц»:**  
109472, Москва, ул. Академика Скрябина, д. 21, этаж 2.  
Тел./факс: (095) 378-84-74, 378-82-61, 745-89-16, многоканальный тел. 411-50-74.  
E-mail: [reception@eksмо-sale.ru](mailto:reception@eksмо-sale.ru)

**Мелкооптовая торговля книгами «Эксмо» и товарами «Эксмо-канц»:**  
117192, Москва, Мичуринский пр-т, д. 12/1. Тел./факс: (095) 411-50-76.  
127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 2. Тел.: (095) 745-89-15, 780-58-34.  
[www.eksмо-канц.ru](http://www.eksмо-канц.ru) e-mail: [kanc@eksмо-ваie.ru](mailto:kanc@eksмо-ваie.ru)

**Полный ассортимент продукции издательства «Эксмо» в Москве  
в сети магазинов «Новый книжный»:**

Центральный магазин — Москва, Сухаревская пл., 12  
(м. «Сухаревская», ТЦ «Садовая галерея»). Тел. 937-85-81.  
Москва, ул. Ярцевская, 25 (м. «Молодежная», ТЦ «Трамплин»). Тел. 710-72-32.  
Москва, ул. Декабристов, 12 (м. «Отрадное», ТЦ «Золотой Вавилон»). Тел. 745-85-94.  
Москва, ул. Профсоюзная, 61 (м. «Калужская», ТЦ «Калужский»). Тел. 727-43-16.  
Информация о других магазинах «Новый книжный» по тел. 780-58-81.

**ООО Дистрибуторский центр «ЭКСМО-УКРАИНА». Киев, ул. Луговая, д. 9.**  
Тел. (044) 531-42-54, факс 419-97-49; e-mail: [sale@eksмо.com.ua](mailto:sale@eksмо.com.ua)

**Полный ассортимент книг издательства «Эксмо» в Санкт-Петербурге:**  
РДЦ СЗКО, Санкт-Петербург, пр-т Обуховской Обороны, д. 84Е.  
Тел. отдела реализации (812) 265-44-80/81/82/83.

**Сеть книжных магазинов «Буквоед»:**  
«Книжный супермаркет» на Загородном, д. 35. Тел. (812) 312-67-34  
и «Магазин на Невском», д. 13. Тел. (812) 310-22-44.

**Сеть магазинов «Книжный клуб «СНАРК»** представляет самый широкий ассортимент книг издательства «Эксмо». Информация о магазинах и книгах в Санкт-Петербурге по тел. 050.

**Полный ассортимент книг издательства «Эксмо» в Нижнем Новгороде:**  
РДЦ «Эксмо НН», г. Н. Новгород, ул. Маршала Воронова, д. 3. Тел. (8312) 72-36-70.

**Полный ассортимент книг издательства «Эксмо» в Челябинске:**  
ООО «ИнтерСервис ЛТД», г. Челябинск, Свердловский тракт, д. 14. Тел. (3512) 21-35-16.

Подписано в печать с готовых монтажей 18.11.2004.  
Формат 84x108<sup>1</sup>/32. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.  
Бум. тип. Усл. печ. л. 52,08. Уч.-изд. л. 69,3.  
Доп. тираж 4000 экз. Заказ № 41.

ОАО "Тверской полиграфический комбинат"  
170024, г. Тверь, пр-т Ленина, 5. Телефон: (0822) 44-42-15  
Интернет/Home page - [www.tverpk.ru](http://www.tverpk.ru) Электронная почта (E-mail) -[sales@tverpk.ru](mailto:sales@tverpk.ru)

