

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени Л.Г. ЩУКИНОЙ

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

№ 1 (85) 2015 март-май

1992—2009
МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия

Ф.Е. Василюк, Н.Г. Гарянян (зам. главного редактора), В.К. Зарецкий,
Е.В. Филиппова, Э. Майденберг (США), П. Шайб (Германия)

Редактор
М.А. Кони́на

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:

127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305

Телефон: +7 (495) 632-92-12

E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:

127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305

Телефон: +7 (495) 632-92-12

E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале
«Консультативная психология и психотерапия»,
допускается только с разрешения редакции*

В оформлении обложки использован фрагмент картины
А. Саврасова «Ранняя весна. Оттепель».

© МГППУ. Факультет консультативной и клинической психологии, 2015

Формат 60×84/16. Гарнитура Newton С. Усл. печ. л. 11,6. Тираж 1000 экз.

- 5 *Холмогорова А.Б.*
От главного редактора

***СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА: «ПСИХОСОМАТИКА
И ТЕЛЕСНОСТЬ В ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ»***

- 7 *Ленгле А.*
Самость во плоти. Экзистенция и психосоматика
- 70 *Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б.*
Семейные факторы психосоматических расстройств у детей
и подростков
- 84 *Мелёхин А.И.*
Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройства сна
в пожилом и старческом возрасте
- 104 *Захарова Е.И., Чуваева А.С.*
Психологический компонент «привычного невынашивания
беременности»
- 116 *Хаин А.Е.*
Психологические аспекты трансплантации гемопоэтических
стволовых клеток (ТГСК) у детей

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

- 126 *Карягина Т.Д.*
Экспириентальные подходы в современной психотерапии
- 153 *Краснова-Гольева В.В.*
Социальное познание при тревожных расстройствах
(обзор зарубежных исследований)

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 166 *Долныкова А.А., Демидова Л.Ю.*
Влияние профессиональных представлений на восприятие
образа психически больного человека
- 177 *Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б.*
Адаптация родителей к разным типам хронического
инвалидизирующего заболевания ребенка (последствиям
спинальной травмы и детского церебрального паралича в
подростковом и юношеском возрасте)

- 196 Наши авторы

- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

***SPECIAL TOPIC: "PSYCHOSOMATICS AND CORPOREALITY
IN PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY"***

- 7 *Alfried Längle*
The Self in the Flesh. Existence and Psychosomatics
- 70 *Lifintseva A.A., Kholmogorova A.B.*
Family factors of psychosomatic disorders in children
and adolescents
- 84 *Melehin A.I.*
Cognitive-behavioral psychotherapy sleep disorders in elderly
and senile age
- 104 *Zarharova E.I., Chouvaeva A.S.*
Psychological component of "recurrent miscarriage"
- 116 *Khain A.E.*
Psychological aspects of pediatric hematopoietic stem
cell transplantation

THEORY AND METHODOLOGY

- 126 *Karyagina T.D.*
Experiential approaches in modern psychotherapy
- 153 *Krasnova-Goleva V.V.*
Social cognition in anxiety disorders (review of foreign studies)

EMPIRICAL RESEARCHES

- 166 *Dolnykova A.A., Demidova L. Yu.*
The professional ideas' influence on the perception of the image
of a mentally ill person
- 177 *Suroegina A. Yu., Kholmogorova A.B.*
The parents' adaptation to chronic disease of child by the example
of the spine cord injury and the cerebral palsy of teens
and young people
- 196 Our authors

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

В фокусе первого выпуска 2015 года нашего журнала находится неизменно актуальная и неисчерпаемая тема «ПСИХОСОМАТИКА И ТЕЛЕСНОСТЬ В ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ». Редакция открывает эту рубрику фундаментальной теоретической статьей А. Лэнгле, в которой впервые обосновывается и описывается модель психосоматических расстройств с позиций экзистенциального анализа. Автор уделяет большое внимание историческому контексту изучения психосоматической патологии, реконструируя линии исследования лярвированной депрессии и истерии, а затем предпринимает попытку представить психосоматическое страдание как результат соединения и конфликта этих двух разнонаправленных по своей сути личностных векторов. Как всегда читатель найдет в тексте статьи А. Лэнгле — известного австрийского ученого-психотерапевта и одного из постоянных авторов нашего журнала — подробные феноменологические описания, иллюстрирующие и проясняющие сложные теоретические построения. Остальные статьи в данной рубрике освещают более частные и конкретные аспекты вечной проблемы души и тела: истоки соматизации в различных семейных дисфункциях, амбивалентное отношение к материнству как фактору невынашивания беременности, психологические аспекты лечения онкологических заболеваний у детей при трансплантации клеток, отвечающих за функцию кроветворения, и наконец, психологические аспекты нарушения сна в пожилом возрасте, а также возможности их преодоления средствами когнитивно-бихевиоральной терапии.

В рубрике «Теория и методология» — две статьи, одна из которых тесно связана со специальной темой номера. Автором этой статьи Т.Д. Карягиной предпринята важная и актуальная попытка анализа экспериентальных подходов в современной психотерапии, начиная с классических философских источников и заканчивая современными моделями. Автор отсылает нас к трудам Ю. Джендлина, постулирующего неразрывную связь души и тела, к поискам К. Роджерса методов работы с переживанием, к идеям систематического развертывания воспоминаний клиента создательницы экспериентально-процессуальной психотерапии Л. Райс и ее современных последователей. По ходу статьи автор проводит целый ряд интересных аналогий с понимающей психотерпией Ф.Е. Василюка. Данная статья представляет также особый интерес в силу того, что экспериентальные техники приобретают все большую популярность в различных направлениях психотерапии, особенно в работе с травмой и личностными расстройствами. Представляется, что читателям журнала будет интересно проследить истоки этих техник в их теоре-

тических и философских корнях и осмыслить специфику их применения и понимания их статуса в зависимости от теоретической платформы.

Вторая статья в данной рубрике посвящена проблеме исследований нарушений социального познания, которой был полностью посвящен последний, четвертый, спецвыпуск 2014 года. Редакция журнала считает важным уделять особое внимание этой теме, ставшей одной из центральных в зарубежных исследованиях психической патологии на современном этапе, но мало представленной в российской научной печати. В статье В.В. Красновой-Гольевой впервые освещаются мало известные российским специалистам зарубежные исследования нарушений социального познания при различных тревожных расстройствах — наиболее распространенных психических расстройствах в современном обществе. Автор справедливо указывает на крайнюю противоречивость полученных к настоящему времени данных и необходимость дальнейших исследований.

Наконец, в нашей постоянной рубрике «Эмпирические исследования» представлены две статьи, совершенно различные по тематике, но объединенные выраженной практической ориентированностью. В статье А.А. Далныковой и Л.Ю. Демидовой представлены данные, касающиеся различий в отношении к психически больным у студентов разных вузов и специализаций. На основании полученных авторами данных можно сделать вывод о том, что адекватное, не стигматизирующее отношение к психически больным определяется степенью информированности и наличием личного опыта общения. Это обосновывает пути изменения стигматизирующего отношения к психически больным в обществе через просвещение уже на этапе обучения в вузах, развитие волонтерского движения и т.д.

В статье А.Ю. Суроегиной и А.Б. Холмогоровой приведены эмпирические данные о различиях в процессе адаптации к хроническому инвалидизирующему заболеванию ребенка у родителей детей, перенесших тяжелую спинальную травму, и родителей детей, страдающих детским церебральным параличом. Анализ полученных результатов позволяет сформулировать дифференцированные мишени психологической помощи родителям в процессе их адаптации к тяжелому заболеванию ребенка разного генеза (врожденного и связанного с внезапной травматизацией).

Таким образом, в представляемом номере поддерживается традиционная для нашего журнала направленность на освещение для своих читателей широкого спектра актуальных проблем современной психологии и психотерапии как с теоретических позиций, так и в прикладном, практическом аспекте. Следующий выпуск редакция планирует посвятить проблемам современного детства и приглашает всех специалистов, заинтересованных в данной теме, присылать свои материалы.

А.Б. Холмогорова

САМОСТЬ ВО ПЛОТИ. ЭКЗИСТЕНЦИЯ И ПСИХОСОМАТИКА

АЛЬФРИД ЛЭНГЛЕ

Экзистенция — наше целостное бытие на Земле, бытие воплощенное. Экзистенциальный анализ (далее — ЭА) описывает экзистенцию через понятие ее фундаментальных мотиваций¹ (далее — ФМ), в соответствии с законами которых идут психодинамические процессы, в ряде случаев приводящие к психически обусловленным телесным расстройствам. Из клинического опыта, из изучения материалов по позитивной психотерапии и многочисленных психосоматических теорий появилось понимание этиологии психосоматических расстройств, которое дает картину переживания пациента при нарушениях взаимодействия тела с психикой. Теперь мы знаем, что психосоматические расстройства обусловлены, прежде всего, блокадой второй и третьей ФМ, в сочетании с избыточными реакциями в первой и четвертой, что приводит к типичному функциональному активизму. С точки зрения психопатологии, такая картина может быть следствием одновременного протекания взаимно гасящих скрытых депрессии и истерии. В результате снижаются чувствительность и способность занимать позицию. В заключении экзистенциально-аналитический подход к психосоматике разбирается на примере конкретного случая.

Ключевые слова: экзистенциальный анализ, психосоматика, антропология, фундаментальные мотивации экзистенции, психодинамика.

Тело — половина души.
Халиль Джебран

1. Антропология Франкла

Телесность играет в экзистенции важнейшую роль. «Переживать полноту бытия» значит *быть живым*. Бытие в этом мире опосредовано телесно, быть в мире означает иметь тело. Телесная жизнь — истинная форма бытия в мире. Изначальное переживание любого «мо-

¹ «Фундаментальные мотивации» — понятие Экзистенциального анализа, четыре главных условия исполненной экзистенции. — Цит. по: Längle A. Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie // Fundamenta Psychiatrica. 2002. № 1. — *Прим. перев.*

гу» — «я есть», «у меня есть место и объем»; «отношусь к бытию», «даю быть». Тело — мое *пра-переживание*. Для того, чтобы мы могли чувствовать, воспринимать то, что для нас ценно, нам необходимо тело. Тело — проводник чувств. Телом мы ощущаем жизнь. Мы становимся связаны со своими ценностями, только ощущая их. И тогда — через связь с ценностями — человек более целостен, в *большей степени становится собой*: лучше *ощущает*, что ему соответствует, *чувствует* верное. Тело всегда с нами. Для того, чтобы *изменить* что-то в мире, нам нужно тело. Дух без тела в мире бессилен; разделенный с телом, он бы пропал.

Быть-в-мире означает — принять и свое тело, опознать себя в своей телесности, узнать свое «я» в его целостности, которая может быть только телесной, потому что нет другой формы бытия в мире. Из приведенного антропологического рассуждения нас в первую очередь занимает, как взаимодействует тело с другими «составляющими» человеческого бытия и как это взаимодействие отражается на возникновении и лечении заболеваний. Так мы приходим к теме психосоматики.

Психосоматика занимается исследованием «взаимоотношений между душевными и телесными процессами, рассматривая человека в тесной связи с его окружающей средой» [Bräutigam et al. 1997, p. 2]. Поэтому психосоматика может рассматриваться как исследование взаимосвязи между психически-духовными силами и материальной субстанцией. Гипотеза такого исследования - существование этой связи, причем речь идет не об изолированных друг от друга измерениях, или как это еще называют, сущностях, сферах. Если мы можем наблюдать психосоматические реакции, связь между этими двумя такими разными сторонами человеческой жизни должна существовать. Но как можно представить себе такую связь? — Или же мы можем сказать, что здесь через выражение в понятиях и через рефлексию становится раздельным то, что в субъективном переживании является единым?

Классическая **модель** связи между телом и психикой, на которую опирается ЭА, была построена Виктором Франклом [Frankl, 1959²; см. также: Bauer, 2009]. Как и Фома Аквинский, он говорил [Frankl, 1975³] об *unitas multiplex* — единстве и целостности, которые свойственны человеку, несмотря на разнонаправленные силы — динамика которых была впервые представлена Франклом в виде различных векторов, выходящих из общего центра (рис. 1).

² На русском языке об этом см. в: В. Франкл «Теория и терапия неврозов», гл. «Логотерапия и экзистенциальный анализ». — СПб.: Речь, 2001. — *Прим. перев.*

³ Данная книга («Антропологические основы психотерапии») на русский язык не переведена; однако в своем вступительном докладе «Психиатрия и по-

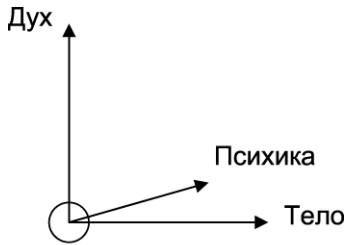


Рис. 1. Целостность человека при разнообразии его импульсов

Фома Аквинский понимал связь между душой и телом как очень тесную и подвижную. Для него имело силу базовое представление, которое господствовало в Средние века и сохранилось по сегодняшний день: *anima forma corporis*, что значит «у души — форма тела». То есть, создавая тело, душа дает ему форму и возможность действовать. Без души тело ничего не может, оно труп. Такое представление Фомы восходит к Аристотелю, в философии которого берет начало этот тезис и образ мысли. Это значит, что душа выражает себя через тело, тело — ее выразительное средство; все, что происходит в душе, воплощено и проявляется в теле [Веck, 2003]. По Фоме Аквинскому, душа — сущность (и, таким образом, основа) всего вещественного. Поэтому сугубо телесные процессы считаются проявлением духовно-психических сил, сущности психо-физического. Остановись человечество на такой точке зрения, и не было бы дуализма «тело — душа», мы говорили бы только об *унитаризме* (там же). — Витгенштейн [Wittgenstein, 1984, p. 496] написал однажды: «Человеческое тело — это наилучший образ человеческой души». То есть в теле, и особенно в лице, отображает себя душа человека, — как интерпретировал это Геберт [Gebert 1995, p. 25]. К слову сказать, Карл Ранер полагает тело связанным с душой не так непосредственно, рассматривая его как символ души; а Ханс Урс фон Балтазар — как ее обличие (там же).

иск смысла» на семинаре по логотерапии (Гарвард, Летняя школа, 1961 г.), опубликованном в его сборнике «Психотерапия и экзистенциализм. Избранные работы по логотерапии», 1967, Франкл говорит: «Логотерапия понимает и использует внутреннее различие между ноэтическим и психическим аспектами человека. Несмотря на это онтологическое различие между ноэтическим и психическим, между духом и разумом, наше многоуровневое представление о человеке не только сохраняет его антропологическую целостность и единство, но и поддерживает это. Рассуждения о человеке, в котором есть духовный, психический и телесный уровни, или слои, может навести кого-то на мысль, что эти аспекты можно отделять друг от друга. Однако никто не сможет сказать, что восприятие человека во множестве его измерений разрушает в человеке присущие ему целостность и тождественность». — *Прим. перев.*

Франкл не следует за Фомой Аквинским до конца. На его образе мыслей сказывается субстанциональность схоластической философии. Таким образом, три антропологических измерения в понимании Франкла (рис.1) все-таки приобрели свойства *различающихся* субстанций, которые существуют в определенной степени независимо друг от друга, что привело к гипотезе о *психофизическом параллелизме*: тело и психика хоть и различны (тело следует физико-химическим законам, психика — психодинамическим), но находясь в резонансе (направляется параллель: они земного происхождения)⁴. Однако между духом и психикой нет резонанса. Напротив, они действуют порознь, противоположно друг другу, процессы в них протекают разнонаправленно — как работают сгибающие и разгибающие мышцы [Frankl, 1959]. В то время как психика и тело «действуют заодно» и ведут себя параллельно, между духом и психофизиологией остается зазор, существенное рассогласование [Frankl, 1979]. Отношение духовного к психофизике не является параллельным, гармоничным, оно является дистанцированным: духовное, по самой природе своей, «отмежевывается» от психофизики [Frankl 1975, p. 170]. Однако объяснения того, почему тело и психика действуют параллельно, а психика и дух антагонистичны друг другу, Франкл не дает.

Правда, обоснований того, почему телесные процессы находятся в резонансе с психическими, а духовные им противоположны, Франкл не приводит.

Представление о параллелизме и антагонизме в антропологии Франкла помогает в описании важных аспектов видения человека. Так, приведенная модель подчеркивает большую близость между составляющими психосоматических процессов: телесное сопровождает все психическое, и психическое участвует в любом телесном. Модель показывает, кроме того, особое место духовного измерения: свобода духа приобретает особую, исключительную возможность, даже задачу — обходиться с психофизиологическим, относиться к нему так или иначе, потому что духовное измерение изначально находится от телесного и психического на некоторой дистанции (ср. с выводами Бауэра [Бауэр, 2009]) и потому всегда может отойти от психофизиологии (самодистанцирование).

⁴ Для Макса Шелера, на чьей философии строится антропология Франкла, физис (Physis) и психея (Psyche) — это лишь различные формы проявления одного и того же: «Физиологические и психические жизненные процессы в онтологическом плане строго идентичны (как это предполагал еще Кант). Они различаются только в феноменальном плане. (...) То есть то, что мы называем “физиологическим” и “психическим”, это лишь две стороны рассмотрения одного и того же жизненного процесса. Есть “биология изнутри” и “биология извне» [Scheler 1991, p. 74].

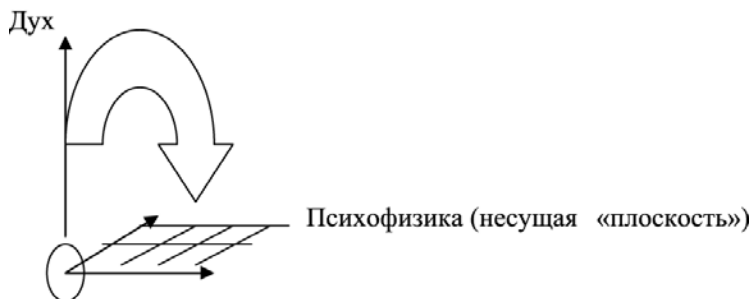


Рис. 2. Разнонаправленность динамических векторов: вклад психического в резонансное колебание соматического, взаимодействие духа и психофизики

Эта картина человека могла бы служить моделью причинной связи между психикой и телом, если бы не один недостаток: остается неясным механизм психофизического параллелизма. Кроме того, в этой модели — из-за принципиального различия между независимым духом и психофизической плоскостью — взаимодействие двух последних измерений не рассматривается. При этом остается вопрос, каким образом телесные процессы резонируют с психическими, как «сцеплены» между собой эти области. Это принципиальный вопрос о том, едины ли психика и тело или природа их различна. Если различна, — как тогда психическое может вмешиваться в телесное?

О характере взаимосвязи между психикой и телом Франкл высказался позже, приведя уже вполне современные нам соображения [Frankl, 1982⁵]. Он ссылается на связь вегетативной нервной системы с базальными ганглиями головного мозга. Да и роль гормонов, которые через кровяное русло доносят жизненно важную информацию до периферии, тоже была уже известна. Оба эти факта занимают центральное место в сегодняшнем понимании психосоматики.

2. Современная антропология ЭА

Прежде антропология была сосредоточена главным образом на специфическом в человеке — на том, что отличает его от животного; сегодня же большее внимание уделяется естественной целостности человека. Подобное смещение фокуса происходило и в ЭА, в антропологии которого общее и объединяющее вышли на первый план, по сравнению с отдельным и по природе различным [об актуальной рефлексии антропологии ЭА см. также: Вауер, 2009]. Одной из основных причин такого

⁵ «Теория и терапия неврозов». На русском языке вышла в издательстве «Речь» в 2001 г. — *Прим. перев.*

смещения фокуса рассмотрения стало то, что в феноменологической психотерапии центральную роль играет субъективное переживание, а не абстрактное познание, как это было раньше.

Конкретно это проявляется в том, что сегодня нас в большей степени занимает субъективное, чем объективное, в большей степени «быть», чем «иметь», чувства, чем мысли, ноо-психо-физическое *единство*, целостность Я, а не различные его измерения.

Вальденфельс [Waldenfels, 2000], кроме того, видит, что и телесность многомерна. Отсюда вытекает интересный посыл, который позволяет описать чувство отделенности человека от духовного измерения; благодаря многоплановости телесного, человек получает дистанцию с самим собой: «Я подчеркиваю, что отношение — ко внешнему: к другим, к предметам или живым существам — способность тела; благодаря отношениям, я оказываюсь для себя посторонним. Я в своем теле не только “дома”: находясь там постоянно, я одновременно остаюсь на некотором отдалении от себя». — Телу остается присущей «многозначность, обусловленная тем, что тело, с одной стороны, принадлежит миру», и как таковое может становиться объектом естественнонаучных изысканий, «с другой стороны, принадлежит Я» [Blankenburg 2007, p. 201].

Эта точка зрения открывает нам человеческую целостность во взаимно пронизывающих потоках отдельных измерений, каждое из которых выполняет свою *особую задачу*. В измерении тела — это задача взаимодействия с данностями мира, в измерении психики — с проявлениями жизни, в измерении Person⁶ — отношения с собой (в том числе — через отношение к другому), активное развитие и становление. Так возникает дифференцирование, различие способов, которыми проявляют себя отдельные измерения человека при взаимодействии с четырьмя измерениями бытия. Итак, измерения различны не потому, что они разные субстанции⁷, а потому, что выполняют разные задачи.

Здесь приобретает особенное значение духовная сила персонального Я. Будучи духовным связующим, персональное Я обладает инте-

⁶ Транскрипция немецкого слова «Person», центрального понятия Экзистенциального анализа. Оно обозначает существо человека, то главное в нас, благодаря чему мы принимаем и воплощаем решения, не обусловленные полностью телесными и психологическими факторами, с чувством внутреннего согласия и в соответствии с «чутьем на правильное». — *Прим. перев.*

⁷ Обмен и диалог идет в четырех направлениях базовых условий экзистенции, и для разных задач развиваются разные, соответствующие им способности. Различные «законы», которым следуют «измерения», вытекают, соответственно, из задач человека. Так, тело развивает физиологические инструменты, психика — витально-динамические, дух — персональные, а для исполненности бытия развиваются инструменты феноменологии.

грирующей способностью. Объединяющая, структурирующая сила персонального бытия обращается к человеку из глубин бессознательного и взывает к его Я. Последнее утверждение можно считать антропологическим основанием для определения Person как аналога теологического понятия души (которая, по поверью, в момент смерти покидает тело).

Благодаря этому *всеохватному единству*, в теле присутствуют и Person, и психика, а его процессы находят отражение в психическом и духовном. Мы *являемся* телесными, т.е мы не просто *имеем* свое тело [Marcel 1955]. Отсюда следует по меньшей мере три практических вывода:

а) психическое и духовное *сравнимы* с телесным, их процессы *подобны* его процессам, потому что проявляются в человеческой целостности. Это означает, что, к примеру, восприятие информации или психическая обработка конфликтов по структуре процессов подобны физиологическому приему пищи и потому могут быть между собой сопоставлены (мы говорим, например, «усваивать материал маленькими порциями», или «переварить неприятное известие»). И соответственно — как подобные — переживаются.

б) В едином потоке бытия измерения *согласованы и активизируются вместе*. Их процессы текут в одном ритме; даже при том, что измерения, в соответствии со своими задачами, ориентированы по-разному, они *информированы*, *знают* друг о друге и готовы друг друга поддерживать.

в) В тех случаях, когда одному из измерений предъявляются завышенные требования, другие могут несколько *разгрузить* его. То есть частично они выполняют друг для друга *компенсаторную* функцию. Здесь проявляет себя противоположное свойство измерений — их разнонаправленность и *антагонизм*. Если от человека требуются чересчур напряженные умственные усилия (например, для решения математической задачи), то у него может заболеть голова и/или на него вдруг навалится *усталость*, или ему станет *скучно*. Это дают о себе знать другие измерения, помогая «попавшему в беду», подсказывая, в чем человек нуждается (в приведенном случае — в отдыхе, в перерыве). Помощь становится возможной благодаря *различиям* специфических задач и процессов измерений, которые позволяют перевести проблему в другую плоскость, привлечь к ней внимание с другой стороны. Здесь становится заметным антагонистическое единство — но не в противодействии, а в поддержке (когда отдельные измерения действуют как «компаньоны», Руфин [Rufin, 1959] и Бланкенбург [Blankenburg, 2007] говорят также о «партнерах»). Благодаря другому способу подачи информации повышается вероятность решения задачи (например, когда решение откладывается

ют до утра). Не проявись проблема телесно и психически, вероятность продолжения безуспешных и вредоносных действий была бы выше. Здесь тело может выйти с периферии нашего осознания и «стать тем, что владеет нами»; тогда наряду с «быть-телом» и «иметь-тело» в экзистенции появляется третья форма телесности, а именно такая, которая может привести к «нарушению способности распоряжаться самим собой» [Blankenburg, 2007]. Ханс-Мартин Роте в своей «Прембуле к экзистенциально аналитической психосоматике» («Vorbemerkung zu einer existenzanalytischen Psychosomatik» [Hans-Martin Rothe, 1992, p. 218]) очень выразительно написал о таком выпячивании телесного: «Неживая жизнь, “безжизненная” жизнь дает о себе знать благодаря живости Person, благодаря “целостной системе человека” в теле или становится там ощущаемой. В экстремальных ситуациях тело “выскакивает”, для того чтобы — через боль, страх, голод или бездыханность — все же снова обратить внимание на то, что осталось незамеченным и не воспринятым».

Отличительная особенность такого представления — гибкость, подвижность структуры, которая достигается благодаря однородности составляющих. Вместо жестких разграничений — все в едином потоке, «бесперывная взаимообогащающая и замкнутая телесно-психическая круговая связь» [Bräutigam и др., 1997⁸]. В. Вайцеккер (V. Weizsäcker) назвал это «кругом образов» (там же). Жизнь являет свою силу в высокой степени приспособляемости. *Обмен* между измерениями, который возможен благодаря, с одной стороны, различию между ними, а с другой, — их единству (которое больше, чем тесная связь); он напоминает диалог, точнее, пра-форму диалога. Отсюда становится понятным, почему *хорошее самочувствие* невозможно без аффективного резонанса с телом, без чувствования тела, без обмена между измерениями (когда, например, человек слишком сильно ориентирован вовне или фиксирован на рациональном).

В этом *совместном бытии* разных измерений тело находится в *постоянном обмене* с психикой и духом, равно как и психика — с телом и принимающим решения персональным Я; или, наоборот, Person — с хранящей жизнь психикой и телом, которое является мостом к бытию-в-мире. Х.Г. Петцольд [Petzold, 2008] предложил хорошее понятие «информированного тела», чтобы описать этот процесс постоянного восприятия информации изнутри и извне и ее воплощения в теле. *Психика* представляется тогда не изолированной сущностью, отделенной от тела

⁸ Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учеб. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с. — *Прим. перев.*

и духа неким зияющим «зазором», а частью целого. Правда, нужно добавить, что в переживании Я возникает нечто, могущее напоминать зазор. А именно, есть два качества Я, которые могут пониматься как специфические отличия измерений: с одной стороны «Я как тело» и «Я как психика» являются субъектными и объектными для «Я как Person», с другой стороны, Я как Person является исключительно объектным и не может переживаться как данное самому себе⁹). Однако это отличие не обязательно должно приводить нас к идее принципиально иной формы «духовного», а просто может служить признаком упомянутой выше интегративной силы персонального Я, которая, как таковая, уже не может сама себя объективировать. Поэтому данная антропология строится на предположении не параллелизма или автоматизма отдельных измерений, а *интеракционизма*, который основывается на их постоянном взаимодействии и циркулярном взаимопроникновении [см. также: Langle 2008, p. 38 и далее].

Вышесказанное можно наглядно *проиллюстрировать* метафорой: тело и психика «овеяны» *духовным*, а тело и дух «пропитаны» «соками» *психического*, так что они существуют не порознь и даже не рядом друг с другом, а *взаимно проникнуты* и тесно между собой связаны. При этом проявления одного измерения зависят от другого. Речь идет об эмергенции¹⁰. Каждое измерение опирается на другие: психическое «несомо» телесным и связано с ним духовным. При этом телесное и духовное резонируют в психике. Таким образом, психическое является выражением телесного и духовного, отличаясь от них — потому что оно не то же

⁹ «Объективизация» духовно-персонального происходит изначально при рассмотрении поступка или биографии. Однако полностью Person дается все-таки во Встрече, когда другой возвращает/отражает мне меня. Для другого я одновременно оказываюсь субъектом и объектом [то же происходит и в сексуальности, см.: Laengle, 2007].

¹⁰ *Эмергенция* — понятие в философии и теории систем, обозначающее появление новых и связанных структур, паттернов и свойств в процессе самоорганизации сложных систем. Основными признаками эмергенции являются: непосредственная наблюдаемость (т.е. остальные признаки эмергенции могут быть восприняты эмпирически, а не являться продуктом догадок или логических построений); радикальная новизна (появление черт, ранее в данной системе не наблюдаемых); связность или соотносительность (наличие объединенных структур, самоподдерживающихся в течение какого-то периода времени); наличие глобального- или макроуровня (т.е. целостности); наблюдаемое является результатом динамического процесса (т.е. развивается). К понятию эмергенции близка концепция синергизма (целое больше, чем сумма составляющих его компонентов). Разница между ними в том, что синергизм описывает свойство структуры, а эмергенция — происходящий в ней процесс. — *Прим. перев.*

самое, что тело и дух. Так же дело обстоит и с духовным Я, поддерживаемым психикой и телом, которые представляют собой его «*диалектический коррелят*». Поэтому «голос, и в еще большей степени взгляд, ... а также улыбка, вздох, возглас, вдруг появившийся румянец и т.д. — могут быть названы *par excellence*¹¹ телесно-душевыми феноменами [Blankenburg, 2007], в которых Person выражает себя как в своей телесно-душевной инкарнации.

Такой взгляд концептуально представляет человека как *комплексное* явление — понимая его одновременно как *единство* и рознь ориентированных на разные задачи измерений. Дополнительный аспект такого комплексного видения — например, объединяющего персонального Я, — мы представили графически как единство и разноплановость двух взаимно перекрывающихся областей.

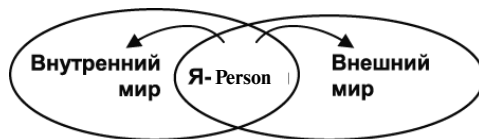


Рис. 3. Единство и разноплановость Я-Person, т.е. одновременное существование ее доли во внутреннем и внешнем мирах, что составляет единство Я — включенного при этом в разные «миры»

Этот рисунок приведен для наглядности. Открытым остается вопрос, можно ли всю антропологию содержательно представить в виде схемы (состоящей, может быть, из трех перекрывающихся областей, или из двух внутри третьей, большей).

В рамках такой антропологии человека вполне можно описать как единство и — одновременно — *антагонизм* измерений; но антагонизм в этом представлении остается только одним из аспектов. Будь он принципиальной характеристикой измерений, картина получилась бы ложной, ибо представляла бы однобокий взгляд на человека.

Обе модели — как единства, так и антагонизма измерений — имеют полное право на существование и описывают различные аспекты человеческого бытия и свободы человека. Модель единства описывает свободу человека как *согласованность с самим собой*, как согласованность с психикой и телом; в практическом плане она нашла применение в фокусинге Юджина Джендлина [Gendlin, 1997]. В этом аспекте свобода субъективно переживается как «чувство, что тебя ничто не принуждает», поскольку ты находишься в согласии с самим собой (даже если и неосознанно, — ведь многие наши повседневные дела осу-

¹¹ *par excellence* (фр.).

шествуются без принятия сознательных решений). Такая точка зрения является хорошим основанием для психосоматического понимания человека. Антагонистическая модель описывает человека в его способности расти над самим собой, дистанцироваться от самого себя, освободиться от своего психофизического, противостоять ему, подчинять его своей воле, контролировать как аффекты, так и потребности. Здесь для человека речь идет не о единстве или о согласованности психического и физического, а о том, чтобы, например, избавиться от лишнего веса, несмотря на чувство голода. Этот аспект свободы позволяет человеку самодистанцироваться, и тем самым дает ему возможность для самотрансценденции [Frankl, 1975] и описывает в большей степени ту силу, которая присуща воле человека, и влияние воли на психику и сомю.

3. Феноменологическая, экзистенциально-аналитическая антропология, основанная на фундаментальных мотивациях экзистенции

В данной антропологической модели и согласно данной теории полное взаимопроникновение указанных измерений приводит к тому, что человек как Person представляет собой ту духовную силу, которая позволяет устанавливать персональные отношения с самим собой и с миром, как это схематически показано на рис. 3. К этой динамической двойной соотнесенности следует добавить также, что в основе бытия человека лежат персональные структуры, а именно четыре персонально-экзистенциальные измерения или фундаментальные мотивации (ФМ). Person представляет собой тот мост, который обеспечивает единство антропологических измерений и наглядно демонстрирует, как духовное может быть активным в каждом из этих измерений. — Поскольку в рамках ЭА уже существует детальное описание фундаментальных мотиваций, здесь мы лишь коротко их перечислим [более подробно см.: Лэнгле, 1999, 2002, 2008].

1. Отношение к *миру* и его условиям.
2. Отношение к *жизни* и ее силе.
3. Отношение к *Person*, как к своей, так и другого.
4. Отношение к *будущему* и к смыслам.

В каждом из этих отношений содержатся все антропологические измерения. Каждое отношение представляет собой спецификацию задачи и каждый раз возникает в диалоге с визави. Речь идет о базовых отношениях к четырем фундаментальным измерениям экзистенции. Поскольку диалог разворачивается по различным направлениям, то ему нужны также и различные функции.

То есть, если рассматривать эти четыре базовых измерения экзистенции динамически, другими словами, с точки зрения их осуществления/реализации, то для этого требуется четыре способности, которые лучше всего можно описать с помощью четырех модальных глаголов.

1. Мир → *мочь (я — могу)*
2. Жизнь → *нравиться (мне — нравится)*
3. Быть Person → *иметь право (я — в праве)*
4. Будущее → *быть должным* [=⇒ смысл] (*я — должен*)
⇒ *Хотеть (волеие) (я — делаю)*

Примечательно в связи с этим, что, благодаря общему эмоциональному центру, у экзистенциальных измерений¹² человека — *фрактальная структура*, т.е. они гомологично повторяются как в других измерениях, так и в меньших элементах собственного. Эти измерения представлены друг в друге и взаимно друг другом пронизаны. С точки зрения психосоматического понимания, большое значение имеет их тесная связь с антропологическими измерениями, т.е. — с психикой и телом¹³. Измерения всегда проявляются *модульно*; будучи представлены в психическом и телесном, они все равно сохраняют свое строение.

Для антропологии это чрезвычайно важно, потому что благодаря этому свойству первичные духовные измерения — измерения фундаментальных мотиваций — становятся для телесного и психического *структурообразующими*. Иными словами, основные измерения экзистенции (или базовая структура персонального духа) *оказывают на тело такое же структурирующее влияние, как и на психику*. И наоборот: телесное и психическое уже содержат в себе структуру экзистенции. Экзистенция возникает из тела и психики и находится в созвучии с ними; она их расширяет в измерении духовного, а не что-то принципиально новое¹⁴.

Как же выглядит это структурообразование, при котором духовное присутствует в психическом и телесном?

3.1. На уровне психики основные измерения экзистенции представлены многослойно:

а) сиюминутно или в связи с обстоятельствами — это переживания: расслабления (первая ФМ), облегчения и удовольствия (вторая ФМ),

¹² Т.е. фундаментальных мотиваций — *Прим. перев.*

¹³ Речь идет об «измерениях» в двух контекстах попеременно. С одной стороны, — четыре измерения экзистенции, т.е. четыре фундаментальные мотивации, с другой, — три измерения антропологических: телесное, психическое, духовное. — *Прим. перев.*

¹⁴ Так можно было бы толковать «*anima forma corporis*» Аристотеля и Фомы Аквинского.

собственной уместности (третья ФМ), соответствия (ощущение «это мне подходит», «это мне впору» — четвертая ФМ);

б) в *устойчивых чувствах или настроениях*: мужество и уверенность (первая ФМ), радость и защищенность (вторая ФМ), внутреннее согласие (в резонансе с собой) и внутренний покой, гармония (третья ФМ); и чувства потока (flow) и легкости (четвертая ФМ)¹⁵;

с) в копинговых реакциях, которые возникают в ответ на сиюминутные или связанные с обстоятельствами переживания так называемого негативного спектра — неуверенности, тяжести, отвращения, безысходности, пустоты. В копинговых реакциях содержится мудрость и опыт жизни; с этой точки зрения они рассматриваются нами не как вредные сами по себе, а как нацеленные на служение жизни;

д) в особенностях отдельных людей (например, тревожная, депрессивная, истерическая личность);

е) и, конечно, в *психопатологии* (например, страх как стойкий дефицит в первой ФМ, депрессия — во второй, и т.д.)

В этой антропологической концепции *взаимопроникающего существования* Я-Person всегда рассматривается как несомая психикой и телесностью. Духовная структура Я-Person проявляется и в том, что телесное и психическое овеваны духом, «дышат» им.

3.2. *У основных измерений экзистенции есть и свое многослойное телесное представительство, поэтому можно сказать, что персональное воплощается в теле.* Измерения персональных ФМ, необходимые для полноценности жизни, воплощены телесно и в теле представлены. В.Вайцеккер в своей концепции говорит об «органах выражения» [ср.: Bräutigam и др., 1997] духовного содержания. То есть не только чувства (уровень психики) всегда находятся в резонансе с фундаментальными мотивациями, но и *постоянно присутствующее телесное переживание* — осознанное или неосознаваемое, заметное в большей или в меньшей степени. Мы можем понимать себя не только испытывая эмоции и чувства, но и прислушиваясь к телу как к средству их выражения. Это важно для психосоматики, потому что в тех случаях, когда психика

¹⁵ Найденные опытным путем основные чувства (радость, интерес; любопытство, удивление; отвращение, гнев, стыд, печаль, вина и страх) обнаруживаются при взгляде со стороны благодаря соответствующей мимике. В «Экзистенциальном анализе» мы рассматриваем их как сочетание: чувств, непосредственно связанных с процессом (например, удивление, интерес-любопытство); персональных эмоций (например, радость, если она значит не просто «позитивное удивление»; печаль, если она не означает депрессивность или вину); копинговых реакций (например, гнев) и соответствующего ситуации психического чувства (например, страх).

отказывается выполнять функции индикатора или их сигналы игнорируются нами, остается возможность сориентироваться по событиям телесной жизни.

Кроме того, с точки зрения практики важно, что благодаря телу у нас есть *доступ к психике* (через пищу, спорт, гимнастику, массаж, кинезио- и телесноориентированную терапию, методы релаксации и т.п.) Больше того, через телесное можно воздействовать и на духовное измерение (известно, что при занятиях йогой мысленный настрой становится более позитивным!)

Феноменология телесного — т.е. анатомически-функциональная репрезентация персонально-экзистенциальной структуры в теле — может быть в первом приближении представлена так:

1-я ФМ: легкие → пространство и опора

⇒ *функциональное переживание*¹⁶: пространство.

2-я ФМ: сердечно-сосудистая система → движение, жизнь, близость, отношения

⇒ *функциональное переживание*: течение жизни (жизнь), витальность, близость к себе, чувство благополучия.

3-я ФМ: желудочно-кишечный тракт → разграничение, интимность, овладение, усвоение (тут чужое растворяется и усваивается) при открытости к миру;

иммунная система;

половые органы → максимальное переживание интимности;

лицо

⇒ *функциональное переживание*: быть в себе при открытости к другим, внутренние процессы; чувство единства, резонанс.

4-я ФМ: мускулатура, двигательный аппарат → действие,

возможность осуществить, исполнить внутреннее во внешнем мире, включенность в общий контекст жизни

⇒ *функциональное переживание*: «flow» (М. Чиксентмихайи)¹⁷.

Если, подводя итог, мы оглянемся и проследим путь развития ЭА-антропологии, то увидим, что схема Франкла подразумевает *одновременно* и подобие, и антагонизм, при относительно независимых, жестко разграниченных измерениях.

Кожа

поверхность
соприкосновения
для близости,
контакта,
восприимчивости
и нежности
+
орган
отграничения

¹⁶ *Функциональное переживание* — психическое переживание, которое обеспечивается нормальным функционированием органа.

¹⁷ Речь идет о переживании потока, описанном М. Чиксентмихайи в произведении «Поток». — *Прим. перев.*

Сегодняшний ЭА рассматривает *единство* и *разноплановость взаимно переплетенными*. Это циркулярная, а не линейная модель. Поэтому возникает довольно сложная картина: каждое измерение содержит в себе и другие измерения, но в то же время отличается от них. Именно поэтому тело можно использовать для диагностики персонального уровня. Когда, например, на терапии пациент сообщает нам о том, как страшно бил его отец (бордерлайнер), так, что и сейчас у него перехватывает дыхание, когда он об этом думает или рассказывает, то не говорят ли ему тело и психика посредством телесных функций о том, что рядом с таким отцом для него «не было пространства», что рядом с ним он не мог «быть», что отец никогда не принимал его (что соответствует первой экзистенциальной ФМ)? Точно так же и психодинамика может служить экзистенциальной диагностике и указывать на экзистенциальные дефициты или угрозы, тематически «называть» их, о чем, например, можно узнать по специфике копинговых реакций. Так, если пациент чувствует ярость к своему начальнику, то экзистенциально это указывает на то, что здесь существуют ярко выраженные проблемы с отношениями и ценностями.

4. Теории происхождения психосоматических болезней

Ниже приведены некоторые модели — как распространенные, так и менее известные¹⁸ — психопатогенеза психосоматических заболеваний. Они служат базой для развития экзистенциально-аналитической модели, основанной на учении о фундаментальных мотивациях. Как можно заметить, элементы ЭА-теории уже присутствуют в различных теориях других школ.

4.1. Модели психопатогенеза

С точки зрения феноменологии психосоматики, некоторые теории представляются очень плодотворными.

А. **Фрейд** (1894) [Фрейд, 1952] в своей конверсионной модели описывает преобразование вытесненных, отвергаемых психических конфликтов в соматические процессы, где эти конфликты находят «соответствующее степени их аффекта выражение» и канал для отвода сексуальной энергии «в соматические феномены, а именно — в истерические симптомы».

Способность трансформировать психическую энергию в телесные симптомы Фрейд связывал с *истерией* (расстройство третьей ФМ в ЭА); в его представлении такая конверсия касается только сфер произвольной моторики и чувствительности.

Де- и ресоматизация, по Шуру [Schur, 1955]. В процессе созревания Я ребенка те аффекты, которые в младенчестве были жестко привязаны к

¹⁸ Модели, ориентированные на ресурсы, см. п. 4.2.

телесным процессам, все больше проявляются в поведении и все меньше — в телесных реакциях. Фрустрация, страхи и потребности, находя способы словесного выражения, все реже преобразуются в двигательные бури¹⁹ и таким образом «десоматизируются». Психосоматические расстройства способствуют регрессу Я; в этом случае первичные процессы снова начинают превалировать: происходит «ресоматизация».

В. *Парижская школа* (Marty, de M'Uzan²⁰) объясняла психосоматические расстройства специфической *личностной структурой* со склонностью к «оперативному мышлению»²¹, т.е. к мышлению с дефицитом *свободы* и воображения — схематичному, ассоциативно обедненному, тяготеющему к непосредственной сосредоточенности на сиюминутных конкретно-практических задачах [de M'Uzan, 1978] (дефицит в третьей ФМ + компенсаторно функционирующие первая + четвертая ФМ). Помимо перечисленного, для такой структуры характерны *алекситимия* и «*поверхностность*», проявляющиеся в том, что ассоциации максимально тесно связаны с фактами — как по содержанию, так и по времени.

Со временем *теория конфликтов* уступила место представлениям о *дефицитах* в эмоциональном развитии [Uexkuell²², 2008].

С. *Ситуационный круг Иксюля* (и Везиака) описывает *био-психо-социальную модель*, в соответствии с которой ребенок формирует свою индивидуальную картину мира, находясь в рамках наследственности, поведения окружающих и культурно-социальной среды. Если при этом не возникает сложностей с приспособлением к среде²³, развивается общий адаптационный синдром с типичными стрессовыми реакциями (первая ФМ — телесная мобилизация и ограничения в чувствовании), приводя, таким образом, к развитию психосоматических расстройств.

Д. *Круг образов* Виктора Вайцеккера. Тело и психика действуют не параллельно, а в непрерывном взаимодействии, как если бы они были связаны друг с другом шестернями. Они представляют единый механизм и *взаимно друг друга трактуют* [Бройтигам и др., 1997]. Другими словами, тело и психика составляют единый образ и могут взаимно друг друга представлять. Телесное и психическое не отдельные сущности,

¹⁹ Речь идет о двигательной ажитации с характерными проявлениями агрессии и паники без видимых на то причин, характеризующейся беспорядочными и ненаправленными действиями. Фиксируется в состояниях нарушенного сознания, структуре кататонического возбуждения [Блейхер, Крук, 1996]. — *Прим. перев.*

²⁰ Пьер Марти, Мишель де М'Юзан.

²¹ Термин Пьера Марти. — *Прим. перев.*

²² Т. Иксюль.

²³ Т.е. если, как мы говорим, если ребенок растет без выраженных психологических проблем. — *Прим.перев.*

воздействующие друг на друга, а связанные части одной, единой сущности; они свидетельствуют друг о друге, взаимно друг друга представляют. Тело толкует душу, говорит за нее; душа толкует тело и говорит за тело (ср. с приведенными выше взглядами Фомы Аквинского и Аристотеля: *anima forma corporis*).

По В. Вайцзекеру, заметить психические движения можно не только по изменениям в *работе* тела (румянец, рвота, сердцебиение, диарея), но и по состоянию желудка, кишечника, легких, сердца, которые он называет «органами выражения» души.

В. Вайцзекер видит патогенную динамику не только в прошедшем, в былом, в уже случившемся (например, в травме), но и в не произошедшем, в еще *не состоявшемся*. Ибо «непрожитая жизнь, не выполненное» (там же) тоже действуют на нас. «В своей телесной готовности человек ориентирован на будущее, зачастую на еще не вполне определенные обстоятельства.» [Бройтигам и др., 1997]. Например, аффективная окраска состояния ожидания влияет на психосоматические события.

Для обозначения возможностей *каждой ситуации* В. Вайцзекер ввел понятие патических категорий и прибег к помощи модальных глаголов: *я могу, я вынужден, я вправе, я обязан, я хочу*. «Патическими» категории называются потому, что жизнь — не только событие, но и переживание; мы всегда что-то выносим, претерпеваем, переживаем. Патические категории указывают на то, что жизнь нам дана не только как бытие, но и как задача принимать решения. «Мочь», «Быть вынужденным», «Иметь право», «Хотеть» и «Быть должным» содержат в себе, таким образом, неизбежность принятия решений и занятия позиции. Экзистенциальная вовлеченность, которая возникает благодаря той или иной позиции, осуществленным или упущенным решениям, выливается в конфликты человека с самим собой, с другими, с учреждениями и т.п.; она свойственна противоречиям и кризисам страдающего человека. Это значит, что болезнь определяется не внешними событиями и фактами, а патическими категориями.

Иными словами, субъективно мир дан человеку в отражении «Могу», «Вынужден» и т.д.

Образ мыслей В. Вайцзекера очень близок экзистенциально-аналитическим представлениям, а значение его теории для ЭА огромно, на что первым указала М.Розе [Rothe, 1991].

Е. М. *Виршинг* (М. *Wirsching*), резюмируя, говорит, что сегодня мы едины в представлении, что «психосоматическая личностная структура возникает как следствие раннего и длительного нанесения ущерба развитию жизни» [Wirsching, 1996]. Мнение о психосоматической личностной структуре и ее длительном развитии высказывают разные исследо-

ватели. «Особенное значение имеют нарушения *процессов сепарации-индивидуации* в детстве и юности. <...> Возникает базовое расстройство, теоретические и клинические исследования которого проводились в 70-е годы в рамках концепции нарциссизма Хайнца Кохутса (1974) и Отто Кернберга (1984)» (там же) (что отсылает нас к темам второй и третьей ФМ). В основе расстройства лежит болезненный опыт непредсказуемого чередования глубокой человеческой близости и внезапного обрыва связи (вторая ФМ). «Пострадавший чувствует себя отвергнутым, брошенным и сам отвергает себя (третья ФМ). Его состояние сопровождается трудно переносимыми чувствами беспомощности и безнадежности» (первая + четвертая ФМ) (там же). В результате человека «бросает» из крайности в крайность: от навязчивого стремления к близости — до холодности и отвержения. Это приводит к *алекситимии*, потому что нарушения в отношениях причиняют вред способности чувствовать (см. ниже) (нарушение второй ФМ).

Пикарди и др. [Picardi et al., 2005] видят в алекситимии очень *устойчивый способ поведения* (похожий на свойство личности), связанный с ранним опытом *неустойчивых связей в отношениях* (нарушение второй ФМ), — который может встроиться в структуру *личностных черт*.

Е. Другие авторы, говоря о расстройствах, тоже указывают на *нарушения в отношениях* (childhood adversities²⁴), присовокупляя к ним ранние психические и биологические *стрессы* [Loeb 2008, p. 4; Fellitti и др., 2007]. Рудольф [Rudolf, 2008] показал (правда, в исследовании с небольшой выборкой), что биографии 100% пациентов серьезно отягощены на ранних этапах жизни; причем среди тяжелых обстоятельств доминирует слабая доступность родительской референтной фигуры (86%) (вторая ФМ). 21% подверглись травматизации, 23% — грубому небрежению нуждами, 26% были ограничены в возможностях получения образования, 16% получили профессию не по своему выбору.

Рудольф делает отсюда вывод о *депрессивной соматизации* (вторая ФМ): «Биографически нарушение вытекает из выраженного несоответствия между высокой врожденной потребностью ребенка в связях и отношениях и недостаточностью или противоречивостью посланий от значимых фигур». Оказала влияние не только нехватка близости, но и «опыт заброшенности ... (и) страстное желание <...> обрести для себя доброжелательного другого...» (там же). Жалобы или агрессия видятся психосоматическими пациентами как заведомо безнадежные или даже невозможные. «Отсюда вытекает выраженно отрицательное восприятие себя, ... которое, в силу чувства собственной никчемности... обесцени-

²⁴ Неблагоприятная атмосфера в детстве (англ.) — *Прим.перев.*

вает помощь, которую ему оказывают» (там же) (третья ФМ). Как следствие, возникает «эмоциональное напряжение при длительной нагрузке ... завышенные требования к себе и истощение ... стойкое симпатикотоническое возбуждение с постоянно повышенным мышечным тонусом и пониженным кровяным давлением, а временами — полный упадок сил...» (там же).

Последствия, например, несчастного случая, такие пациенты²⁵ переживают с тревожной мнительностью. Их пассивность и беспомощность особенно заметны, когда полученные повреждения объективно незначительны; окружающие часто расценивают их поведение как симуляцию (что напоминает картину первой ФМ).

Из-за «структурного дефицита заботы» пациенты часто не способны понимать или различать свои чувства (вторая ФМ); им «недостает эмоционального понимания собственных телесных ощущений» (там же).

Тяжелый социальный опыт детства и ранней юности принципиально повышает вероятность развития личностных нарушений (третья ФМ) и хронических депрессий (вторая ФМ).

Г. *Алекситимия*, «a-lexi-thymia», — трудности в «чтении» чувств. Обращает на себя внимание заметная жесткость осанки психосоматических пациентов, бедность их жестикуляции и мимики [Sifneos, 1973]. Порой наблюдаются короткие, бурные эмоциональные вспышки, которые внезапно сходят на нет; при этом запускающий их механизм часто остается непонятным [Nemiah & Sifneos, 1970]. Исследователи (Nemiah, Freyberger & Sifneos 1976, [цит. по: Uexkuell, 2008]) приводят следующие основные особенности этих пациентов.

- Испытывают трудности в *идентификации* и описании чувств (вторая ФМ).
- С трудом *различают* чувства и телесные признаки эмоционального оживления (вторая ФМ).
- Обладают недостаточно развитым воображением, сниженной способностью к *фантазии* (третья ФМ — снижена интенсивность внутренней жизни, отсутствуют креативность и способность генерировать разнообразные идеи).
- *Обладают ориентированным вовне* мышлением; вместо чувств описывают сопутствующие детали; мышление определяется скорее внешними событиями, чем чувствами [ср. также: Fava и др., 2001] (потеря самости третьей ФМ + компенсация за счет первой и четвертой ФМ).

Все эти особенности говорят о нехватке или полном отсутствии сознательного эмоционального опыта (вторая ФМ).

²⁵ Все сказанное в настоящей статье относится к мужчинам и женщинам в равной степени. Мужской род используется из соображений удобочитаемости.

Факторный анализ позволяет выделить три момента [Bagby и др., 1994; приведено по: Grabe и др., 2009]:

- трудности при идентификации чувств (вторая ФМ)
- трудности при вербальном описании чувств (вторая ФМ)
- ориентированный вовне стиль мышления (истерические составляющие + компенсаторные первая и четвертая ФМ).

Папсиак и др. [Parsiak и др., 1985] выдвинули для понимания алекситимии *гипотезу разделения*, согласно которой у пациентов, страдающих алекситимией, ярко выражена рассогласованность между оценкой непосредственных эмоций и соответствующих им телесных реакций. Вместо чувств пациенты воспринимают лишь сопровождающие их телесные (вегетативные) реакции, которые интерпретируют как сугубо телесные симптомы [Taylor, 2000]. Однако вопрос об истинности этой гипотезы остается открытым; на этот счет однозначных выводов пока нет [Leweke, 2009].

Кристал [Krystal, 1988] считает, что причина алекситимии — «реакция регресса, в которой заключен довербальный, досимволический психический способ реагирования, призванный дать пациенту возможность *избежать тяжелых переживаний*, вызванных травмой» (он работал с детьми-жертвами Холокоста и сексуального насилия). Эмоциональность таких пациентов замирает [Krystal, 1978]. Кроме того, он обнаружил сниженную способность пациентов заботиться о себе [приведено по Uexkuell, 2008].

Алекситимия, по сути, не заболевание, а «...следствие адаптации к субоптимальным²⁶ условиям развития», которое представляется «предпосылкой уязвимости, фактором риска возникновения психосоматических заболеваний — поскольку эмоциональная коммуникация играет ключевую роль в преодолении стрессов и межличностных конфликтов с минимальными потерями» [Franz, 2009]. В настоящее время алекситимию считают результатом дефицита «понимающего отражения» детских аффектов со стороны взрослого (матери!), причем «основную роль в эмоциональном обучении играет лицо» [Franz, 2009].

Сегодня полагают бесспорным [Uexkuell, 2008], что алекситимия «косвенно участвует в возникновении заболеваний» — также вследствие низкой активности системы здравоохранения [для создания более полного представления об этом вопросе см.: Grabe и Rufert, 2009].

Резюме: С позиций экзистенциального анализа особый интерес представляет тот факт, что практически все модели психопатогенеза

²⁶ *Субоптимальное решение* — решение, оптимальное по одному из критериев, без учета остальных, — *Прим. перев.*

указывают, по сути, на преобладание дефицита или конфликтов на второй и третьей ФМ, и нередко — на компенсации за счет первой и четвертой. Психосоматическая модель М. Виршинга указывает и на ущерб, нанесенный первой и четвертой ФМ человека, что соответствует экзистенциально-аналитическому пониманию личностных расстройств.

4.2. Модели, ориентированные на ресурсы

Другой — комплементарный — подход к духовно-телесному единству предлагает совершенно противоположный путь. Исследованию нарушений и отслеживанию патогенных причин этот подход противопоставляет вопрос о причинах здоровья. Какие психические факторы способствуют поддержанию душевного здоровья? Ниже представлены некоторые из таких моделей.

А. *Салютогенез* — концепция происхождения здоровья. *Антоновский (Antonovsky)*²⁷ исходил из наблюдения, что евреи-жертвы Холокоста встретили одинаково ужасную судьбу очень по-разному, разными были и последствия. Люди эмоционально сильные и сохранившие доброе отношение к другим, оказались более защищенными и устойчивыми перед ударами судьбы. Антоновский считал здоровье процессом, течение которого не связано с развитием болезни, но которое снижает общую восприимчивость к ней (уязвимость) и становится, таким образом, защитой [Antonovsky и др., 1994; приводится по: Wirsching, 1996].

В центре этой модели — *чувство когерентности* (sense of coherence). «Чувство когерентности — общая направленность личности, выражающая степень ее проникнутости живым доверием к тому, что *стимулы*, приходящие к человеку из внутреннего и внешнего мира, упорядочены, объяснимы и *предсказуемы*; что в его распоряжении есть ресурсы для ответа на требования, эти стимулы порождающие, и что эти требования — вызов, который стоит усилий и вовлеченности» [Antonovsky et al, 1997].

Чувство когерентности включает в себя три компонента:

- чувство *постижимости* (sense of *comprehensibility*) ⇒ порядок и контекст (первая и четвертая ФМ);
- чувство управляемости или преодолемости (sense of *manageability*) ⇒ «мочь» (первая ФМ);
- чувство осмысленности или значимости (sense of *meaningfulness*) ⇒ (четвертая ФМ).

Чувство осмысленности или значимости говорит о том, насколько эмоционально осмысленной видит человек свою жизнь: ценны ли для

²⁷ *Аарон Антоновский* (1923—1994) — израильский социолог, работал на стыке медицины и социологии. — *Прим. перев.*

него хотя бы некоторые требования и задачи, которые ставит перед ним жизнь; вкладывает ли он силы в решение этих задач, старается ли ради них, берет ли их на себя; воспринимает ли их скорее как *желанный вызов*, а не как бремя, от которого он с радостью бы избавился.

Эти мотивационные компоненты Антоновский считает важнейшими составляющими чувства когерентности, потому что без проживания осмысленности человек склонен воспринимать жизнь в первую очередь как груз, и каждая новая задача становится для него мукой.

По Аарону Антоновскому, в фокусе концепции салютогенеза находится не страдание, а содержащийся в стрессе *потенциал здоровья*. В любых обстоятельствах присутствует и возможность здорового развития. Даже к симптомам болезни можно подходить с такой меркой.

ПРИМЕР. С точки зрения салютогенеза, головная боль — указание на возможность вернуться к гомеостазу. Проявления ригидности могут быть частью целительных психических структур, на которые можно опираться при оказании помощи. Если головную боль снять медикаментозно, пропадет и побуждающий к исцелению сигнал. Образно говоря, это значит отключить пожарную тревогу вместо того, чтобы бороться с огнем.

Чувство когерентности защищает нас тремя способами:

«Событие (раздражитель), которое у человека с низким чувством когерентности (ЧК) вызывает напряжение, человек с развитым ЧК при известных условиях может воспринять как нейтральное (“первичная оценка I”).

Но и в том случае, когда человек с выраженным чувством когерентности переживает раздражитель как фактор стресса, у него сохраняется способность различать, опасен ли этот раздражитель, благоприятен или несущественен (“первичная оценка II”). Если фактор стресса ощущается как благоприятный или нейтральный, то связанное с ним напряжение хоть и воспринимается, но одновременно человек чувствует, что напряжение прекратится и без задействования его ресурсов. Раздражитель, который вызвал напряжение, переопределяется в не-раздражитель.

Ну и, наконец, <...> когда переживаемый фактор стресса опознается как потенциально угрожающий, у человека с высоким чувством когерентности не возникает ощущения, что он действительно в опасности. Его защищает базовое доверие — вера в преодолимость неблагоприятных обстоятельств. Кроме того, по мнению Антоновского, люди с высоким ЧК откликаются на угрозу адресным выражением адекватных ситуации чувств (например, выражают гнев по определенному поводу), тогда как те, у кого ЧК низкое, реагируют скорее эмоциями диффузными,

слабо контролируемые (например, слепой яростью) и теряют способность к действию, потому, что не верят, что трудности преодолимы («первичная оценка III»)» [Bengel и др. 2001].

Соображения Антоновского во многом опираются на транзактную модель стресса Лазаруса и Фолкмана [Lazarus, Folkman, 1984]. Резюмируем еще раз другими словами.

1) Люди с высоким чувством когерентности видят в трудностях *не бремя*, а вызов; у них не возникает напряженности (первичная оценка I).

2) Стрессовая ситуация *оценивается* как угрожающая здоровью, благоприятная или нейтральная. В двух последних случаях человек с развитым чувством когерентности воспринимает ситуацию как придающую силы (первичная оценка II).

3) Чувство когерентности влияет на оценку человеком своих возможностей справиться с проблемой и на его эмоциональное состояние. Люди с сильным чувством когерентности *видят проблемы более конкретно, способны отделить главное от второстепенного*. Их эмоции появляются более направленно, менее диффузно (первичная оценка III).

В. *Hardiness*²⁸. Термин введен психологами Салваторе Мадди и Деборой Хошабой [Salvatore Maddi, Deborah Koshaba, 1994]. Речь идет о «сопротивляемости» или, может быть, лучше сказать, о той «структурной устойчивости» к стрессам, которая препятствует возникновению заболеваний. Как и чувство когерентности, жизнестойкость складывается из трех компонентов:

- **commitment** (вовлеченность, приверженность) — стремление человека отождествлять себя со всем, с чем он связан, и с тем, что он делает, и отстаивать «свое». Установка на приверженность, в противоположность пассивной позиции и поведению избегания, означает интерес к жизни и высокую мотивацию к деятельности (⇒ идентификация в отношениях: вторая и третья ФМ);

- **control** (контроль). *Противоположность беспомощности*. Люди с высоким уровнем контроля верят в возможность влиять на ход событий своей жизни. Течение жизни, ее события не подавляют их и не воспринимаются как нечто чужеродное, поскольку они верят в возможность влиять на обстоятельства и видят в своем распоряжении множество различных ресурсов и решений (⇒ «мочь»: первая ФМ);

- **challenge** (вызов) — позиция, означающая, по существу, не угрозу, а *позитивные возможности*. Люди, воспринимающие превратности судьбы как вызов, считают переменчивость неотъемлемым свойством жизни.

²⁸ Российские авторы переводят «hardiness» как «жизнестойкость». — Прим. перев.

ни. С их точки зрения, перемены несут скорее возможность обретения нового опыта и толчок к дальнейшему развитию, чем угрозу стабильности и безопасности. Преодолевать препятствия значит для них чему-то учиться (⇒ чувство осмысленности: четвертая ФМ).

Эти три характеристики слабо отличаются от аналогичных у Антоновского. Commitment несколько активнее, чем чувство постижимости у Антоновского, Control соответствует управляемости, Challenge — осмысленности.

С. Базовые измерения поведения совладания, модель копингов, предложенная в 1988г. Филиппом и Клауэром (Filipp & Klauer) [Uexkuell, 2008]. Эта модель описывает общие психологические факторы, способствующие преодолению стресса.

1. **Фокус внимания** — «быть в контакте с реальностью», когда переживаешь кризис; внимание направляется в эпицентр страдания. — В данных по этому поводу нет единства: некоторое отвлечение оказывается иногда тоже полезным (⇒ первая ФМ).

2. **Социальные связи** и потребность в участии, помощи окружающих (⇒ вторая ФМ).

3. Уровень **реакции**: приписывание событиям, например, смысла; преодоление эмоциональной нагрузки (что приводит к внутриспихическому снижению напряжения) или проблемнофокусированный копинг [Lazarus, Folkman, 1984] (⇒ четвертая ФМ: действие и контекст).

Необходимо также сказать о двух общих профилактических подходах, родившихся из практики психотерапии.

Д. Карл Роджерс описывает необходимые условия успешного психотерапевтического процесса в диалогической психотерапии — *эмпатию, уважение и аутентичность*. В то же время, эти гуманистические ценности можно рассматривать и как факторы, способствующие сохранению здоровья (⇒ вторая и третья ФМ).

Е. Логотерапия Виктора Франкла сосредоточена вокруг добросовестно найденных ценностей, представляющих экзистенциальный смысл. Франкл неоднократно указывал — и сам был тому примером, — что найденный смысл дает силы, чтобы перенести самые тяжелые обстоятельства и выстоять (⇒ вторая, третья и четвертая ФМ).

5. Экзистенциально-аналитическая модель психосоматических нарушений

Психосоматическое расстройство, в широком смысле, — патогенное влияние, оказываемое психикой на тело [Gathmann, 2000]. Психические конфликты, проблемы, страдания, дефициты не остаются в области психического и не обрабатываются психически-духовно, а, по

выражению Фрейда [Freud, 1952], «трансформируются» в телесные дисфункции и нарушения, связь которых с психикой зачастую уже не видима. Как этот процесс представлен в антропологической модели ЭА?

Совершенно очевидно, что центральной проблемой при психосоматических расстройствах является проблема с чувствованием и согласованием с собой при взаимодействии с нагружающими факторами. Этот тезис является общим для всех моделей психосоматики. Как будет показано ниже, на этот общий фундамент соматизирующих расстройств накладывается сугубо соматический процесс — благодаря предрасположенности, ослабленности, нанесенному ранее ущербу и/или психической репрезентации деятельности органа происходит выбор «органа-мишени», который до некоторой степени способен пролить свет на вопрос, почему поражен именно тот, а не другой участок организма. В этот процесс вносят свой вклад и социокультурные проблемы [Blankenburg, 2007, p. 211 и далее].

С точки зрения феноменологической антропологии, проблематика психосоматических расстройств затрагивает две из четырех фундаментальных мотиваций, а именно — вторую и третью. *Вторая ФМ* отвечает, в числе прочего, за понимание значения события или переживания для нашей жизни. Это возможно благодаря способности *чувствовать*. В *третьей ФМ* мы фокусируемся на Собственном²⁹ и его отграничении от пережитого — что позволяет к нему так или иначе отнестись. Для этого, кроме понимания своих чувств, требуется еще и *чутье*, чувство внутреннего согласия. Похоже, что при психосоматических расстройствах одновременно нарушены обе эти *способности чувствовать*. Такая точка зрения соответствует упомянутым выше теориям, если они подвергаются феноменологическому метанализу.

Другие ФМ остаются нетронутыми: на объективность в отношении к миру, его восприятие, обхождение с фактами, умение чувствовать опоры (первая ФМ) эта блокада внутренней жизни не распространяется. Психосоматические пациенты сохраняют трезвую реалистичность и, вообще говоря, способности 4-й ФМ — распознавать взаимосвязи и контексты и действовать в них. Правда, без согласия с собственными чувствами и опоры на чутье эта способность превращается скорее в утилитарное функционирование, в котором нет внутренней, прочувствованной вовлеченности.

Итак, в модели феноменологической антропологии характерные для психосоматических расстройств изменения затрудняют процессы вто-

²⁹ «Собственное» — термин, понятие экзистенциального анализа

рой и третьей ФМ, в то время как функции первой и четвертой сохраняются; более того: их вклад компенсаторно увеличивается (рис. 4).

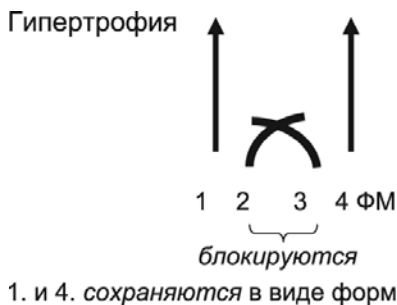


Рис. 4. Графическое представление модели психосоматики в ЭА

В таких случаях сохраняется *отношение с внешним*: взаимодействие с материальным миром и включение в целесообразные контексты происходит без ограничений. Но в этом функциональном существовании отсутствует *жизнь*. В нем нет *проживаемого отношения* к ценностям и *воспринимаемого чутьем отношения к собственному*, к лично значимому. При том, что сенсорное и когнитивное восприятие остаются незатронутыми.

С точки зрения общего **психопатогенеза**, психосоматическое расстройство отличает в первую очередь феномен **блокады**, затрагивающей **одновременно и в равной степени вторую и третью ФМ**. В клинических случаях они поражены особенно сильно.

Компенсаторно усилена активность **первой и четвертой ФМ**; без **действия второй и третьей ФМ** эта активность оборачивается сплошным функционированием. (Любопытно, кстати, что феноменология **ресурсо-ориентированной модели** рассматривает усиление функций первой и четвертой ФМ как ресурс для сохранения душевного здоровья.)

Нозологически эта картина означает, что психосоматическое расстройство, строго говоря, отличается от **личностных расстройств**, поскольку при нем одинаково тяжело поражены сразу две ФМ; а при личностных расстройствах доминирует нарушение одной — представляющей его ядро. Это объясняет, почему считается, что личностное расстройство вполне может привести к формированию психосоматической личности

³⁰ Близость психосоматических расстройств к личностным подчеркивают и практические примеры сходных копинговых реакций. При личностных рас-

[см.: Wirsching, 1996] — если будут затронуты другие ФМ³⁰. Также можно себе представить, что нарушение на личностном уровне возникает только временно.

В психосоматическом нарушении содержится и меньше черт невроза, потому что нет сопровождающего невроз самонаказания. Поведение психосоматических больных направлено не против них: они ведут себя, по своему ощущению, «нормально». Это само собой разумеется — жить, ориентируясь вовне. — Эта «онтологизация» своего переживания («это так и есть!») приближает психосоматическое нарушение к личностному расстройству.

С точки зрения *терапии*, эта нозология представляет большую сложность, чем при неврозах — в которых затронута только одна ФМ.

Эта модель ЭА во многом пересекается с вышеупомянутой *гипотезой разделения* Папсиака [Pacsiak и др., 1985], которой пытались объяснить возникновение алекситимии. Так, следуя этой гипотезе, мы могли бы сказать, что переживание не находит своего отражения в чувствах человека — или находит, но в сокращенном виде, — в то время, как восприятие телесно-вегетативных реакций, сопровождающих чувства, может происходить без помех. Но эти реакции, не будучи связаны с его эмоциями, для самого человека непонятны (что, с точки зрения ЭА, совсем не обязательно приводит к ошибочным когнитивным «интерпретациям» телесных реакций³¹). Оставшаяся не понятой телесная реакция поглощает внимание, и, кроме того, благодаря смягчению эмоций и возбуждения, приобретает большую интенсивность. Благодаря изучению эффекта в сходных обстоятельствах, телесная реакция связывается с содержанием (зачастую нераспознанным, в своей жизненной значимости не понятным, потому что не чувствуемым), и тогда опыт приходит несистематизированно и неожиданно, а не удовлетворяемая нужда в его обработке становится все сильнее. Благодаря дальнейшим переживаниям, таким, как борьба, ожидание, страх или потрясение, может происходить генерализация непонятых телесных реакций.

В качестве причин возникновения психосоматических заболеваний принимаются во внимание *разнообразные и различающиеся между собой*

стройства преобладают активизм и рефлекс мнимой смерти наиболее нарушенной фундаментальной мотивации. При психосоматических — доминирующим представляется активизм второй ФМ и рефлекс мнимой смерти третьей (см. ниже). — В свете практических примеров особенно понятен спор о том, идет ли при психосоматическом расстройстве речь о независимом личностном расстройстве или нет: очень велико сходство, но есть и различия.

³¹ Здесь позиция ЭА расходится со взглядами авторов гипотезы разделения.

факторы. Они могут влиять причинно и/или способствовать возникновению заболевания: генетическая и/или психическая предрасположенность (особенности личности), травмирующие отношения в детстве и/или дальнейшей жизни, травма вообще; в школе — процессы обусловливания и культуральные влияния, прежде всего, отношение в культуре к телу и чувствам, и т.д. Решающим оказывается воздействие на психическое устройство, а именно — на структуру психики, как мы называем фундаментальные мотивации. Они имеют большое сходство с тем, что Эпштейн [Epstein, 1993], а потом — и Граве [Grawe, 2004], называют «базовыми потребностями».

Как комбинация этих этиологических категорий приводит к блокаде второй и третьей ФМ? Причины психосоматических нарушений (этиология) влияют на ФМ следующим образом.

Вторая ФМ. В результате *травм и дефицитов* в межличностных отношениях обедняется переживание близости, и в итоге — чувств. Может быть и так, что сфера чувств болезненна изначально. Интенсивность непереносимости этого ощущения до какой-то степени снижается в результате выхода из отношений и мира чувств. Отношение к вещам и задачам переживается как более безопасное и менее болезненное. Благодаря обедненности сферы отношений множится активная деятельность с характерной потребностью «довести все до конца» и достичь успеха; при этом трудно сделать что-то для самого себя. Однако когда «накипело», может произойти затопление аффектом. Эмоции интегрированы недостаточно [см.: Frischenschlager, 2008].

Вследствие такого развития не принимается в расчет субъективное «нравится», которое представляет собой ориентир для принятия решений; на смену ему приходит суррогат ценности — рациональные или общепринятые нормы, обязанности и выгода.

Третья ФМ. Непонятное в отношениях с другим, прежде всего, непредсказуемость (например, внезапную смену настроения), люди связывают с собой, считают себя причиной особенностей в поведении других. Таково следствие нехватки персональных встреч, дефицита таких отношений, в которых в человеке видят Person. В результате наносится ущерб самооценности, пониманию себя и автономному развитию, формируется неуверенность в себе и самоотчуждение.

Длительное переживание *боли* в отношениях или частые ранения от реакций близких, страдающих *личностными расстройствами* и т.п., приводят к внутренней *отстраненности*, к таким болезненным переживаниям, как отчуждение, обесценивание, чувство уязвленности и т.п.; если такое положение сохраняется, то может наступать *диссоциация* чувств (первая и четвертая копинговые реакции третьей ФМ: «уход на

дистанцию» и «рефлекс мнимой смерти»³²). В такой расщепленной форме чувства уже не могут быть полно пережитыми и опознанными, а следовательно, больше нет возможности «прочсть» и понять их.

Так что в *ориентировании* нет личного чувства *правильного*; место чужья занимает (формальный) долг.

Эта блокада ведет, в числе прочего, и к тем симптомам, которые приводятся в концепции *алекситимии* [Ruesch, 1948; Sifneos, 1973], и состоит, прежде всего, в недостаточной способности к вербализации эмоциональных содержаний, обедненности фантазии, зависимости от отношений и подчеркнута «нормальному поведению» (см. гл. 4). Франц Александер [Franz, 2009] пишет о том, что в алекситимии представлен полюс, противоположный эмпатии. Люди с психосоматическими расстройствами не могут (а чаще всего не хотят) входить в контакт с самими собой.

Перечисленные изменения второй и третьей ФМ влияют и на первую и четвертую ФМ; впрочем, эти нарушения касаются первой и четвертой ФМ не полностью, так как они лишь косвенно затронуты вторичным воздействием основного нарушения.

Так, в *первой ФМ* может развиваться неуверенность (см. ниже) в устойчивости и достоверности:

- *отношений* — и, соответственно, нерешительность в контактах и обособлении (как результат слабых привязанностей — 3-я ФМ, и дефицита доброжелательного внимания — 2-я ФМ);
- *встреч* (вследствие, например, опыта переживания сугубо практического интереса к себе — 3-я ФМ);
- *собственных чувств* (в результате внезапной смены противоречащих друг другу эмоций, вроде колебаний между сильной радостью и внезапной обидой).

На уровне *четвертой ФМ* — *чувство пустоты* и слабое ощущение своей включенности в большие структуры³³. Вместо того, чтобы ориентироваться на (ощущаемый) смысл, психосоматический пациент стремится к цели — благодаря чему имеет высокую склонность к *функциональности* и тенденцию к *использованию: как себя, так и других*. Не вос-

³² Встает вопрос, не большая ли здесь доля третья ФМ, чем второй: ведь «рефлекс мнимой смерти» второй ФМ (пассивное и бездеятельное состояние, бессилие с постоянной усталостью и эмоциональной холодностью, безразличием и истощением) едва проявляется, а копинговые реакции третьей ФМ активны почти постоянно.

³³ Имеется в виду способность к трансценденции — переживанию своей включенности в «большой» горизонт: больший по значимости, чем сам человек и его жизнь. — *Прим. науч. ред.*

принимая различия между смыслом и целью, он считает цель смыслом и он полагает свою жизнь им наполненной. Приспосабливаясь к контексту, наполняет его не собой, а внутренне пустым функционированием, что надо понимать не как копинговую реакцию, а как проявление его структурного потенциала.

Именно при условии этих функционально не поврежденных ФМ возникает обратная реакция. Вследствие усиленной включенности первой и четвертой ФМ происходит перестройка, которая заключается, прежде всего, в **соматизации** и **функционализации**. На основании тенденций к целесообразности, определенности, объективности (первая ФМ) и функционализма (четвертая ФМ) осуществляется чрезмерное использование телесности (вне отношений) и целенаправленная (вместо исполненной смысла) жизнь. При таком положении дел переживание выражается **не чувством и не чутьем, а возможностями и долженствованиями**. То есть *собственная ценность* заключается для психосоматического пациента в том, что он может (смещение третьей ФМ к первой). Он не чувствует ценности бытия Person в себе самом, по ту сторону способностей, умений и достижений. Он не может испытывать радость, она дана ему только в достижении цели и успеха (смещение второй ФМ на четвертую). В управляемой целесообразностью и рассудительностью, **согласованной** таким образом жизни отсутствует знание себя и чуткость к себе. Не чувствуются напряжения (вторая ФМ) и не ощущаются их требования (важный принцип салютогенеза и жизнестойкости) (третья ФМ); для этого напряжения мгновенно мобилизуют дееспособные ФМ (первая и четвертая) и используют их возможности («мочь»). Как самоценность, критика, напряжение и радость питают прагматически полезную деятельность, так и *тело ставится на службу целесообразности* (в переживании представленное сугубо как объект). То есть они подходят к телу лишь с позиций возможностей и долженствований, без чувства и чутья. Это усиливает объективизацию отношения к телу — благодаря собственному обращению к объекту здравомыслящим субъектом.

Однако к усиленному использованию тела и психосоматическому функционированию пациента приводит и другой дефицит. Из-за блокировки способности чувствовать жизнь не может вполне состояться во внутреннем мире. Чтобы еще мочь ее вообще ощущать, *тело* приобретает больший вес и большее значение. Ему достается большее внимание и уважение. Не-чувствуемое реализуется телом, потому что оно — вместе с действием — оставшаяся *возможность выражения*. Другое пространство переживаний — функции. При таких *практических задачах* жизнь оказывается выполненной (не «прожитой»), потому что чувство и самость не создают плоскости проекции для переживания; только те-

ло и результат. — Вся жизнь разыгрывается у объективизированного тела и в целесообразности.

Из-за этого отсутствия ощущаемой внутренней жизни психосоматический пациент попадает во внешнюю перспективу относительно тела и большего контекста. И то, и другое он рассматривает как объекты — конкретно, функционально, без связей. Внутренняя перспектива (замечание переживания) изменена и не представлена.

6. Симптоматика с позиций феноменологической антропологии ЭА

Наряду с приведенными основными чертами психосоматического переживания нужно еще сказать о тех дальнейших, производных, характеристиках *симптоматики поведения и переживания*, которые частично сочетаются с «психосоматическими» МКБ-диагнозами соматизации F 45, диссоциативных (конверсионных) расстройств F 44 и невротизации F 48.

Вторая ФМ.

Из-за слабости эмоционального *отношения к телу* его сигналы не ощущаются в достаточной степени, присутствует «не удавшаяся коммуникация психосоматического больного с его телом» [Kutter, 1981 в Wilke, 1996]. Рудольф [Rudolf, 2008] формулирует это похожим образом: «нет эмоционального понимания телесных ощущений».

Преобладает своеобразная *неуверенность в своих чувствованиях*, или *нечувствительность*: при обсуждении аффективно значимых тем даются лишь робкие, скудные или неопределенные ответы. Например, женщина не может сказать, приятно ли ей, когда партнер касается ее, и что она при этом чувствует.

Чувствам противостоит принципиально *негативистская позиция*. Люди, выросшие в условиях большой жесткости и строгости, интериоризируют этот стиль жизни и даже заявляют своим жизненным принципом. «Мягкость», т.е. эмоциональность и чувствительность, считаются слабостью. Такое отношение, как симптом, часто сопровождается болью. Потому что этот человек так к себе относится и так с собой обращается, что жизнь причиняет ему боль. Поскольку при этом он не может испытывать ее напрямую, то ощущает *боль в теле*. Дальнейшие следствия такой позиции — человек не испытывает и *расположенности* («нравится»), у него нет этой категории. Вместо этого он внимателен к цели, успеху, достижениям или признанию и совершенству: вопрос о том, доставляют ли они ему радость, находясь вне его интересов и восприятия, не важен.

Рудольф обнаружил в маленькой, состоящей из 45 пациентов группе испытуемых «грубую раннюю биологическую отягощенность у 100%... Недоступность родительских фигур — у 80%.» Вследствие **отсутствия отношений** с близкими другими происходит задержка или блокировка эмоционального развития (см. теорию эмоций в ЭА [Лэнгле, 2008]). Минухин и др. [Minuchin, 1978] говорили даже о «**психосоматической семье**», которую характеризуют ригидность, «enmeshment»³⁴ (вмешательство, запутанность³⁵, — что наиболее соответствует третьей ФМ из-за легкости нарушения границ) и избегание конфликтов (нехватка позиции тоже указывает на третью ФМ).

Последний пункт приводит нас уже к теме отсутствия дифференцирования эмоций. Врожденные аффективные схемы присутствуют там, где могло бы выражаться нечто собственное, персональное. Эти незрелые аффекты — «неперсонализированные» реакции (в ЭА это рассматривается как тема третьей ФМ). Часто говорят о «**дезинтегрированных аффектах**» [например, Frischenschlager, 2008], при которых оказываются невозможными деятельность и выражение, в результате чего доступ к переживанию и пониманию (интерпретации чувств) искажается (там же). Это также приводит к неспособности эмоционально согласовываться с обстоятельствами и взаимодействовать с ними, что компенсируется преувеличенным формальным приспособлением и обеспечивает сравнительно бесппроблемную внешнюю сторону жизни, при этом, конечно, заблокированные аффекты иногда могут прорываться наружу. Икскуль [Uexkull, 2008] считает психосоматические заболевания расстройствами «нарушения адаптации».

Внезапное начало заболевания сопровождается типичными эмоциональными состояниями отчаяния, поражения, печали, депрессии. «Ощущение невозместимой утраты, длительное переживание лишения» приводят к состоянию **беспомощности** и безнадежности³⁶. Беспомощность такого рода может пониматься как нехватка витальной силы, результат слабой эмоциональности. Продолжительный дефицит в проживании ценностей второй ФМ, связанный с состоянием беспомощности и пр., приводит к тому, что психосоматический больной испытывает высокую **потребность в участии**³⁷ и внимании окружающих³⁸ (что от-

³⁴ «Зацепление», «сцепление»: англо-русский инженерный словарь. — *Прим. перев.*

³⁵ Другие переводы этого слова — «свойлачивание» и «взьерошенность». — *Прим. перев.*

³⁶ Engel, Schmale, 1987, приведено по: Wilke, 1996.

³⁷ Filipp и Klauer, 1988; см. выше.

³⁸ Balon, 2005; см. ниже.

носится к третьей ФМ), и умеет сделать так, чтобы получить их. И все-таки он не может включаться в по-настоящему со-чувствующие отношения. За этим стоит *экстернализированное* ожидание помощи. Больные считают, что помощи можно ждать только снаружи, убеждены, что изнутри она прийти не может; это соответствует реалистичности их восприятия. Такое ожидание внешней помощи нередко — при ее бессилии — превращается в ожидание помощи *магической, чудесной*. Тем не менее, *позитивное принятие* и хорошая психолого-социальная поддержка способствуют преодолению болезни и, без сомнения, снижают время пребывания в больнице³⁹. Эта взаимосвязь — важный прогностический фактор.

Третья ФМ.

Балинт [Balint, 1970] видел в психосоматическом заболевании «базовое расстройство», которое Вилке [Wilke, 1996, p.351] назвал *неустойчивым самоощущением*. Пациенты говорят о своей потребности в «постоянном присутствии кого-то, кто защищал бы их самих и их целостность» (там же). Психосоматические пациенты отмечены перфекционизмом, строгим отношением к себе, поиском признания. Неспособность к установлению эмоциональных отношений (2-я ФМ) продолжает расцветать и в этом измерении. При психосоматическом функциональном расстройстве человек не способен устанавливать контакт не только со своими чувствами, но и с самим собой. Именно в этом состоит сквозная и основная характеристика психосоматического: в *утрате внутренней жизни* (в слабости эмоциональной жизни и соотношения с собой).

Эта слабость ощущения себя компенсируется (или, кроме того, опеределяется) высокими притязаниями на успех. Фришеншлагер [Frischenschlager, 1982] рассказывает о 24-летнем студенте-медике, который научился от своего отца тому, что принципы нужно соблюдать, во что бы то ни стало. К этой строгости по отношению к себе самому добавилась еще и конкурентная борьба с братьями, сестрами, (все они были успешными и все получали высшее образование), которая была необходима для сохранения своего статуса в этой семье. Когда родители очень успешны, или когда успех высоко ценится в ближайшем окружении, тогда на самооценку детей оказывается чрезмерное давление.

Выраженную потребность в достижении успеха у 95 % группы, состоящей из 45 психосоматических пациентов, отмечает и Рудольф [Rudolf, 2008]. Такая ориентированность на успех присутствовала уже у 60 % детей: они брали на себя недетскую ответственность, которая узна-

³⁹ Bibl (2004) ссылается в этом вопросе на Vaillant.

ваемым образом и под видом преувеличенного служения ценностям оборачивалась завышенными требованиями к себе. «Похоже, что эти пациенты относятся к тем, кто с самого детства вместо свободного выбора и *самоопределения* чувствовали долг и свою обособленность» (там же) [см. также: Eisenberger и др., 2003].

Когда визави нет, к психосоматическому пациенту приходит чувство одиночества и внутренней пустоты. «Настоящий момент — экзистенциальное переживание. (...) Оно имеет важное клиническое значение: например, при патологических состояниях диссоциации может быть нарушена способность его воспринимать», — пишет Д. Стерн⁴⁰ [Stern, 2005].

Повышенная активность первой и четвертой ФМ.

Преобладает внешнее, объектное отношение к себе и к собственному телу. Как уже было сказано выше, психосоматический пациент рассматривает тело как объект и, соответственно, не столько понимает, сколько объясняет симптомы *материальными*, естественнонаучными причинами. По Фришеншлагеру [Frischenschlager, 2008], утрата внутреннего видения и связанная с этим «дезинтеграция аффектов» — главный признак психосоматического заболевания. В беседе с врачом такие пациенты приводят лишь факты, почти никогда не сообщают сведения личного характера, не говорят о своих переживаниях. «“Я” приходит к врачу, принося с собой объект “мое тело”. — К объекту “мое тело” относится ощущение угрозы и пугающие мысли. — “Я” вручает объект “мое тело” врачу как могущественному помощнику и требует от него исцеления. — Сверх того “Я” мало интересуется “моей историей” и “моими событиями”, стоящими за жалобами тела». Такой схемой иллюстрирует Рудольф [Rudolf, 2008] отношение психосоматических пациентов к своему телу. Они ищут быстрых, действенных решений — требуют операций, лекарств, физиотерапии; они не расположены к переживанию, развитию, собственному участию в процессе лечения, они пассивны в том, что касается их тела. Недоступность собственных чувств, разобщенность с собой (дефицит во второй и третьей фундаментальных мотивациях) компенсируются деловитостью (первая ФМ).

Психосоматическим пациентам свойственен *рациональный* подход к проблеме.

Они прагматичны, предприимчивы, энергичны, прочно стоят на земле, уверенно чувствуют себя в рамках своих социальных ролей и

⁴⁰ Дэниэль Н. Стерн — профессор Женевского университета, профессор психиатрии медицинского центра Корнельского университета. Крупнейший современный детский психоаналитик и психиатр, исследователь современной психотерапии. — *Прим. перев.*

функций, крепко держатся за факты, что приводит к тому, что, как пишет де Мьюзан [de M'Uzan, 1978], их «реальность оказывается переполненной конкретным, осязаемым, фактическим». Их отношение к вещам и явлениям можно назвать предметно-действенным⁴¹, с характерным недостатком воображения и бедностью ассоциаций; Марти и де Мьюзан⁴² называют такое мышление «*pensee operateure*»⁴³. Нужно добавить, что ему, как правило, неведомы желания.

Психосоматические пациенты культивируют в себе стоицизм, никому и ничему не позволяя его поколебать.

Объективно тяжелые обстоятельства вроде финансовой нужды или экзистенциального страха (скажем, перед «провалом» в школе) приводят к возникновению жесткости и выносливости у того, кому нельзя «размякнуть» и лишиться сил к сопротивлению из-за своей восприимчивости к эмоциям и чувству. Вследствие этого тело, которое является основой для «я могу», утрачивает присущую ему спонтанность, а именно, способность трансцендировать себя и ощущение своего самочувствия [Blankenburg 2007, p.208].

7. Психопатогенез

Как показали исследования Икскуэля [Uexkuell, 2008] и Левеке [Leweke и др., 2009], психосоматические заболевания не просто сопровождаются другими психическими болезнями, а связаны с ними, в том числе — с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), зависимостями, депрессией, паническими и пограничными расстройствами (Borderline).

Понимание связи психосоматических болезней с другими следует из экзистенциально-аналитической антропологии (структурной модели) — хотя и не напрямую. Если в результате поражения второй и третьей ФМ соответствующие копинговые реакции превращаются в устойчивые способы реагирования, мы уже не говорим об отдельных психосоматических

⁴¹ Ruesch, 1948 in: Wilke, 1996.

⁴² Marty & de M'Uzan, 1978.

⁴³ *Pensee operateure* (оперативное мышление, фр.) — описанная П. Марти (1963) личностная особенность пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями. «Склонность к «оперативному мышлению» проявляется в шаблонности речи, мыслей и поступков. В первую очередь, к особенностям такого мышления относятся его стереотипность и «приземленность», отсутствие «полета мысли». Человек сосредоточен на сиюминутных конкретно-практических задачах, неспособен оторваться от обыденности, от «прозы жизни»; ему недостает воображения, у него заблокирована способность к творчеству. Кроме того, для него характерны эмоциональная сухость и скудость словарного запаса для описания эмоций», — пишет Сифнеос в статье «алекситимия». — *Прим. перев.*

реакциях или функциональных нарушениях; речь идет о *болезни*. Таким образом, с точки зрения экзистенциального анализа, вполне можно было бы считать *психосоматическое заболевание независимым, самостоятельным обусловленным*, несмотря на то, что в последнее время от этого видения отказались, так как попытки жестко свести симптомы к психической динамике себя не оправдали: гипотеза о прямой зависимости телесных болезней от психических процессов не подтвердилась.

С точки зрения нозологии, нарушения во второй ФМ приводят к депрессии, в третьей — к истерии. Симптоматика каждого из этих расстройств, в свете антропологической модели, позволяет сделать вывод, что обе болезни неизбежно активируются, когда блокированы соответствующие ФМ. Однако психосоматическое заболевание нельзя рассматривать как простую сумму депрессии и истерии. Особенность психосоматических расстройств состоит в специфическом сочетании этих заболеваний.

С точки зрения ЭА, психосоматическое заболевание — тяжелое нарушение, поскольку *телесная болезнь* сочетается в нем с *двумя психическими заболеваниями* и соответствующими устойчивыми⁴⁴ копинговыми реакциями. Такое сочетание двух противоположных по своей динамике психических расстройств приводит к своеобразному, очень необычному эффекту: оба нарушения в результате их взаимодействия существуют в ларвированной, т.е. скрытой форме. Говоря о психической нозологии психосоматики, мы исходим из того, что при психосоматических болезнях противоположно направленные депрессивный и истерический процессы друг друга сдерживают. Рассмотрим эти психические заболевания по-отдельности.

А. Ларвированная, или соматизированная депрессия. Сегодня мы редко слышим об этой форме депрессии, тогда как прежде ее описанию и исследованию уделялось много внимания — чит., например, П. Кильхольца [Kielholz и др., 1981]. Мы говорим о депрессии, которая как таковая на чувствах не отражается, а разворачивается лишь телесно. (В 1969 г. ее описал Уолшер, назвав ее «эндореактивной дистимией» [Walcher, 1969]). С точки зрения ЭА, депрессии возникают, когда человек не воспринимает ценность жизни — см. Лэнгле [Laengle, 2004 и 2008]. Но психосоматическое расстройство не сопровождается депрессивным ощущением, т.е. безразличием к ценности жизни: собственно говоря, само это не-чувствование оказывается не опознанным, не ощущается пациентом, так как он не знает о своем дефиците и не может его выявить. Да и как он мог бы его обнаружить, если не ощущает ни своего Я (что свойственно истерии), ни жизни (из-за депрессивного фона). В его распоряжении остается лишь *телесность, тело*; с ним одним пациент и связывает свою

⁴⁴ Дословно — «фиксированными», «закрепленными» — Прим. перев.

проблему. Параллельно сюда же подверстывается много **рационализаций**, объяснений, претендующих на **объективность**. И то и другое соответствует первой ФМ в экзистенциально-аналитической антропологии. Этому есть и эмпирические подтверждения: оказалось, например, что при соматизациях у 50% пациентов есть коморбидность с депрессией и страхами [Lowe et al, 2008]. Наличие тесной связи между соматоформными, с одной стороны, и депрессивными и тревожными расстройствами — с другой, привело к появлению дискуссии о том, нельзя ли рассматривать соматоформные расстройства как субкатегорию депрессивных и тревожных расстройств, отказавшись от диагностической самостоятельности соматоформных расстройств [van der Feltz-Cornelis & Balkom, 2010; Bach, 2010; Pfrengle, 2000, p. 11]. — Рудольф [Rudolf, 1998] описывает случаи депрессивных соматизаций, соответствующие прежней концепции ларвированной депрессии, когда пациенты отрицают свою депрессивность и делают все для того, чтобы не казаться депрессивными. — Согласно Катон [Katon, 1982], для возникновения соматизированного расстройства важно, может ли человек воспринимать, называть, упорядочивать и оценивать свои эмоции. «Если такая способность есть, то депрессия переживается как аффект и вербализуется. Если такая способность отсутствует, то депрессия воспринимается преимущественно или только как вегетативная или соматическая симптоматика. То есть соматоформные проблемы возникают тогда, когда пациент не «воспринимает» свое депрессивное настроение или не может адекватно выразить в речи свое психическое самочувствие» [Pfrengle 2000, 13].

Гартман [Gathmann, 1985] проводил различие между ларвированной депрессией и психосоматическими заболеваниями, что, на наш взгляд, отчасти правомерно, поскольку при психосоматическом заболевании ларвированная депрессия сочетается со следующим структурным расстройством — ларвированной истерией.

Б. «Ларвированная» истерия. Хотя структурные дефициты указывают на истерическое расстройство (см. «несентиментальный некролог» понятию «истерия» Хоффманна [Hoffmann и др., 1999] в контексте психосоматических нарушений), психосоматические больные не выглядят как эксплицитно истерические, они также не ведут себя как истерики, однако несут в себе истерическую динамику, — поэтому их истерию можно назвать «ларвированной» — термин, который в других значениях и контекстах не используется. При такой форме истерии [см., например, Laengle, 2006] человек не выказывает явной потребности оказываться в центре внимания любыми средствами — путем манипуляций, игры, потребительского использования. Характерная динамика присутствует; однако, смягченное противоположно направленным депрессивным рас-

стройством, истерическое нарушение позволяет пациенту действовать самостоятельно, не вовлекая окружающих в свою деятельность типичными для истерии способами. Но свойственная истерии копинговая реакция, «основное движение», сохраняется: пациент не может оставаться близким к себе в своем переживании, он от себя дистанцируется. В результате доминирует *истерический способ переживания* — с характерным не-чувствованием себя, ограниченным доступом к себе, *обращенностью вовне*, которая проявляется в направленности внимания и деятельности на внешнее. По этой же схеме происходит отделение психического напряжения и разлада от внутренних причин, выстраивание функциональных взаимосвязей и — посредством *диссоциации* — изоляция чувств. Но смещение конфликта от внутреннего к внешнему у психосоматического пациента не так велико, чтобы достигнуть области межличностных отношений, как это бывает при истинно истерическом и подобных ему расстройствах (например, нарциссическом). Конфликт не вовлекает окружающих, потому что смещению противодействует депрессивная составляющая, притормаживая эту динамику. Так что внутренние проблемы переносятся исключительно на «границу» — в область тела — или находят выход в функционализме. Деятельность, вследствие отсутствия контакта с собой, закономерным образом лишается внутреннего содержания и регулярно подменяется функционированием. *Функционализм*, в сочетании с динамикой диссоциированных чувств, переводит часть психической энергии в деятельность, (т.е. не вся энергия трансформируется в телесные симптомы). Хотя «исполнение» долга и следование общей задаче объединяет человека с окружающими (что противоречит пониманию истерии), деятельность без внутреннего присутствия (что пониманию истерии соответствует) воспринимается им только как целесообразная, а не как осмысленная. В истории психосоматики истерия с самого начала играла центральную роль (вместе с концепцией ипохондрии и неврастении) [см.: Bach, 2010]. Хоффман [Hoffmann, 1996] даже определяет концепцию соматизации как «старую истерию в новом диагностическом глоссарии», а Пфренгле [Pfrengle, 2000, p.6] видит ее как «осколок этого расколотого истерического шара». Но изначально о ней заговорил французский врач Поль Брике [Paul Briquet], который «был первым, кто исследовал истерические симптомы в систематической форме и своей работой заложил основу для возникновения современной категории соматического расстройства» [Pfrengle, 2000, p. 6], определение которой впервые было дано в DSM-III [Hoffmann, 1996; Bach, 2010].

Что касается имеющихся исследовательских данных, то как модель депрессии, так и модель истерии остаются неоднозначными, а частично и противоречивыми [Bach, 2010; Pfrengle, 2000].

В. Взаимное сдерживание истерии и депрессии.

Сочетание этих расстройств и их взаимное сдерживание оказывают большое влияние на телесную жизнь и сферу человеческих отношений; поэтому мы считаем необходимым поговорить об этом дополнительно.

Присущая страдающим от *депрессии* склонность к отступлению встречает препятствие в виде истерического способа переживания и приобретает нетипичную для депрессии, но свойственную истерии тенденцию к экстерииоризации. Дефицит чувства жизни ориентирует психосоматического пациента на внешние события: он ищет причины страданий не внутри, а снаружи (в отличие от пациента депрессивного, который в тех же обстоятельствах сосредоточен на своем переживании, например, проигрыша, бессилия, напряжения). Но этой динамике не хватает интенсивности для того, чтобы пациент, как при истерии, «растворился» во внешнем мире и видел причины страданий только в нем: из-за противодействия депрессивной составляющей импульс останавливается «на полдороге» и достается, таким образом, телу. Соответственно, в не-функционировании тела пациент и видит причину дискомфорта и страданий.

С другой стороны, *истерия* приглушается депрессией и уже не может «развернуться» со своей типичной динамикой. Ее легкость и адаптивность уже тяжелеют на подъем, они «дубеют» под весом депрессивной значимости исполнения. Чутье не улавливает других мотивов и возможностей, будучи ослаблено ориентацией на потребности тела. Истерическое переживание тесноты, оптавленности, одиночества и боли⁴⁵ теряет из-за депрессии свою остроту и также с полпути обращается к телу, — или расходуется в функционализме.

Взаимное противодействие указанных расстройств приводит к *внутреннему напряжению*, сопровождающему психосоматического пациента постоянно.

Г. Вторичное воздействие на первую ФМ.

У повышенного напряжения есть и другая причина. Вследствие тяжелого расстройства, при котором значительно обедняется эмоциональная внутренняя жизнь, в человеке *поселяется неуверенность*. Такова *реакция* на потерю внутренней опоры (*первая ФМ*) из-за нехватки отношений с самим собой и с жизнью. Эта неуверенность не ощущается пациентом; она только вызывает у него постоянное телесное *напряжение* и *стресс*. Тело снова оказывается в центре событий, потому что состояние неуверенности — та постоянная, устойчивая реакция, благодаря которой психика способна сохранять свою стабильность (статический рефлекс⁴⁶). А поскольку у психо-

⁴⁵ Längle, 2006.

⁴⁶ Статический рефлекс, рефлекс сохранения позы позволяют поддерживать необходимый тонус мышц для сохранения определенного положения тела и обеспечивают неподвижность его частей. — *Прим. перев.*

соматического пациента практически нет возможности выразить что-либо через чувства, то тело, вкупе с поведением, становится единственным средством для выражения внутренних процессов. Состояние неуверенности влияет исключительно на тело, а не на психику. Можно предположить, что относительно высокий процент пациентов с фобиями среди психосоматических пациентов, содержащихся в клиниках, — результат описанного положения вещей. Бойтель сообщает⁴⁷, что из приблизительно 37.000 пациентов психосоматических отделений в Баварии (2001—2008) около 14% имеют первичный диагноз, связанный с фобиями).

Влияние психического напряжения на тело выражается, прежде всего, в *напряжении мышечном* и может приводить к *перенапряжению* (чтобы получить общее представление о терапевтическом подходе, см. о значении аксиолитиков⁴⁸ [Gathmann, 1985]). Многочисленными исследованиями подтверждается, что алекситимическим пациентам свойственна измененная способность вегетативной нервной системы к реагированию, которая может сочетаться с симпатикотонией⁴⁹. Это приводит к мышечному тону, который может пониматься и как управляемая аффектом память тела [Franz, 2009]. — При этом человек утрачивает конститутивное трансцендирование, т.е. характерное для здорового человека «не замечание» своего тела, когда тело остается для него «не тематизированным» фоном (в отличие от ипохондрического восприятия тела), утрачивает «деактуализацию (тела) для установления отношений с миром» [Blankenburg, 2007, с. 204, 207, 215].

Если человек не ощущает телесного напряжения, то он не способен и осмыслить его (см. выше соображения о гипотезе разделения); в результате собственное тело становится для психосоматического больного объектом с реакциями, которые воспринимаются как чужие — поскольку пациент их не чувствует. Как следствие, происходит отчуждение от собственного тела, появляется внешнее, объектное отношение к нему — на что указывают многие авторы, — например, Рудольф [Rudolf, 2008]; Фришеншлагер [Frischenschlager, 2008].

Уравновешивание неуверенности статическими рефлексамии имеет три важных следствия:

⁴⁷ Beutel et al., 2010.

⁴⁸ Противотревожные препараты, транквилизаторы. — *Прим. перев.*

⁴⁹ *Симпатикотония* — повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Для С. характерны: расширение зрачков и глазных щелей, блеск склер, сухость во рту, бледность, склонность к запорам, тахипноэ, тахикардия, повышение артериального давления. При этом обычно наблюдаются повышенная работоспособность, выносливость, инициативность, лабильность и выраженность эмоциональных реакций, тревожность, инсомния. — *Прим. перев.*

- более или менее сильные **мышечные напряжения** во всем теле, что приводит, прежде всего, к пережиманию капилляров и, соответственно, изменению кровотока;
- мобилизация **способностей и возможностей**, т.е. функции первой ФМ (что ведет к высокой работоспособности);
- **предрасположенность к состоянию стресса** из-за нечувствительности к нагрузкам — так что легко может развиваться хронический стресс и симпатикотония.

Д. **Резюме:** нозологически **психосоматическое расстройство** представляет собой сочетание

- **депрессивности;**
- **неравенства себе (истерическая компонента, «не быть самим собой»);**
- **неспособности ощутить ни первое, ни второе.**

Таким образом, пациенту доступно **только тело**, а из всей экзистенции в его распоряжении остается только **контекст**. Другими словами, он может переживать себя, только страдая телесно, да еще — в изнурении от постоянной деятельности, потому что у него нет чувства и персонально обретенной, личной, позиции. Из-за внутренней неуверенности, которой он не замечает, возникает (**микро**)**мышечное напряжение** и (**устойчивый**) **стресс**.

Е. Дальнейшие изыскания.

О связи психосоматических заболеваний с депрессией свидетельствуют результаты многочисленных исследований; они подтверждают высокую корреляцию между алекситимией и депрессией [Leweke и др., 2009]. Представляется ясным, что алекситимию нельзя понимать как депрессию или как депрессивный симптом: это отдельное расстройство, которое, впрочем, настолько сильно коррелирует с депрессией, что некоторые авторы говорят даже об «обусловленной состоянием здоровья форме проявления депрессии» (там же).

Недавние исследования подтверждают нашу теорию психосоматических расстройств. Как выяснилось⁵⁰, пациенты, у которых депрессия сочетается с алекситимией, независимо от тяжести депрессии чаще обнаруживают **суицидальные мысли**, чем депрессивные пациенты без алекситимии, что, возможно, связано с повышенной активностью и прагматизмом психосоматических больных.

Депрессивные пациенты с алекситимией сильнее страдают и от **телесных симптомов** [Saaya и др., 2003], которые развиваются у них чаще и в большем количестве, чем у других депрессивных. **Антидепрессанты** (пароксетин) действуют на них менее эффективно, чем на депрессивных без алекситимии [Ozsahin и др., 2003], что можно рассмотреть

⁵⁰ Hintikka J. и др., 2004.

как указание на то, что в основе их расстройства лежит другой механизм — не сугубо депрессивного природы.

Исследование, проведенное Ванхайде [Vanheide и др., 2007] в группе из 134 пациентов, страдающих клиническими депрессией и алекситимией, показало, что сочетание этих расстройств дает более выраженную эмоционально-аффективную симптоматику. Кроме того, имеются еще и «свидетельства этих пациентов о высокой степени их собственной холодности и отстраненности в межличностных отношениях» [Leweke, 2009]. Это подтверждает нашу гипотезу о сочетании нарушений: наблюдается расстройство второй ФМ и очевидные признаки расстройства третьей.

Другие данные о скрытой *истерии* приводятся в отчетах об исследованиях, посвященных сопутствующим алекситимии страхам. В то время как была найдена лишь незначительная ее коморбидность со специфическими фобиями, обнаружилась поразительно выраженная связь с *паническими расстройствами* и *социофобией*; оба эти нарушения ЭА рассматривает как формы страха, присущие истерии⁵¹.

Согласно Маркези⁵², склонность психосоматических пациентов с паническими расстройствами к алекситимии (и страхам) после успешного лечения остается более выраженной, чем у пациентов из контрольной группы; эмоциональное понимание себя психосоматическим пациентам тоже дается труднее. Т.е. связанная с алекситимией истерическая составляющая (нарушение третьей ФМ) после успешного лечения панического расстройства сохраняется⁵³.

Р. Балон⁵⁴ на практике установил, что алекситимические пациенты, по сравнению с другими, особенно нуждаются в прямой вербальной поддержке (т.е. в выражаемом словами личным участием), а также в выраженном одобрении и эмпатии. Это наблюдение можно считать дополнительным указанием на особую значимость того, что другие люди дают мне личную близость (третья ФМ) и устанавливают отношения со мной (вторая ФМ) в тех условиях, когда я сам не могу этого сделать в достаточной мере (дать себе близость и установить с собой отношения). Результат этого исследования можно понимать и так, что для компенсации недостатка чувствительности требуется больше когнитивного (вербального) участия⁵⁵.

⁵¹ Leweke F. и др., 2009.

⁵² Marchesi C. и др., 2005.

⁵³ Личностная черта?

⁵⁴ Balon R., 2005.

⁵⁵ В немецком языке это слово имеет также значение «ссуды», «пожертвования», «дарения», «благотворительного взноса». — Прим. перев.

Данные по *шкале экзистенции*⁵⁶ [Langle et. al, 2000], полученные для психосоматических пациентов, имеют следующие особенности:

- показатели по шкале «Самодистанцирование» повышены, что указывает на наличие внутренней дистанции по отношению к себе и своей телесности;
- показатели по шкале «Самотрансценденция» понижены, т.е. пациент не чувствует ценности своих достижений (достижимых результатов);
- показатели по шкале «Свобода» снижены или в норме — здесь нет единой картины;
- показатели по шкале «Ответственность» повышены — таково, по всей видимости, следствие понимания своего долга во взаимодействии (четвертая ФМ).

8. Влияние психосоматических расстройств на психическую динамику и телесное развитие

Нарушения структуры экзистенции на уровне второй и третьей фундаментальных мотиваций влияют на процесс персональной обработки⁵⁷, что особенно проявляется при использовании *метода персонального экзистенциального анализа* (ПЭА)⁵⁸ в работе с психосоматическими пациентами: из-за нарушений в сфере отношений и чувств (вторая ФМ) их *способность быть затронутыми (ПЭА-1)* снижена.

В то же время, недостаток чутья мешает формированию личной автономии и пониманию себя (самоотчуждение), из-за чего пациенту труднее *занять позицию (ПЭА-2)*, а если и удастся, — вряд ли в основе этой позиции лежит согласие с чутьем.

Редуцированная способность к самовыражению и занятию позиции, с процессуально-динамической точки зрения, играет первостепенную роль в возникновении психосоматозов. Первое ведет к редукции пере-

⁵⁶ Шкала экзистенции — один из психометрических инструментов, разработанных в рамках экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле. — Цит. по: *Кривоцова С.В., Лэнгле А., Орглер К.* Шкала экзистенции. М., Бюллетень «Экзистенциальный анализ». 2009. № 1. С. 141—170. — *Прим. перев.*

⁵⁷ Речь идет о процессе, который самопроизвольно разворачивается в сознании в ответ на то или иное событие. В тех случаях, когда спонтанное течение этого процесса по тем или иным причинам невозможно, в ЭА для его прохождения используется метод Персонального экзистенциального анализа, который может быть описан следующим образом: сначала событие нас касается, и этот момент обозначается в ЭА как ПЭА-0; затем — следующий шаг — ПЭА-1 — мы замечаем свой отклик на него — чувства, состояния, мысли; потом — ПЭА-2 — мы «встраиваем» это событие в привычную для нас картину — общественных мнений, закономерностей, традиций, — и прислушиваемся к голосу своей интуиции, потому что именно чутье говорит нам, в конечном итоге, что будет правильным. Таким образом мы обретаем позицию, и - ПЭА-3 - принимаем личное решение. — *Прим. перев.*

⁵⁸ Langle, 2000.

живаний, получаемых от взаимодействия с миром и от отношений, второе — к ослаблению способности самоограничения, вследствие чего еще более усиливается ориентация человека на объекты, нормы, обязанности и предписания. Изначальная психопатогенетическая роль редуцированных процессуальных функций ПЭА постепенно становится фактором, поддерживающим болезнь.

Следующая схема иллюстрирует взаимное влияние особенностей структуры, характерных для психосоматических расстройств, и их воздействие на жизнедеятельность пациента:

Психопатогенез	Психопатология	Жизнедеятельность
Неисполненная четвертая ФМ: нехватка чувства смысла (так как он не ощущается)	4-я ФМ*	Четвертая ФМ функционирует через подлаживание к контексту как компенсация нечувствительности
Смещение третьей ФМ в сторону реализации четвертой ⁵⁹ . Нарушение способности к обособлению и автономии	3-я ФМ — ларвированная истерия	СПОСОБНОСТЬ ЗАНИМАТЬ ПОЗИЦИЮ Снижена
Неоднократный опыт длительных расставаний Смещение второй ФМ в сторону реализации первой ⁶⁰	2-я ФМ — ларвированная депрессия	СПОСОБНОСТЬ БЫТЬ затронутым снижена
Неисполненная первая ФМ: неуверенность (так как нет чувств)	1-я ФМ* — ларвированная неуверенность	Первая ФМ функционирует через прагматизм в отношении к миру как компенсация нечувствительности

Объектная ориентация

Рис. 5. Психосоматические расстройства в экзистенциально-аналитическом понимании: уровень структуры (ФМ), психопатологии, и жизнедеятельности: первая и четвертая ФМ содержательно опустошены, но сохранены формально, и могут функционировать.

⁵⁹ То есть вместо вопросов третьей мотивации («имею ли я право?»; «как было бы правильным сейчас поступить?» и т.п.) человек занимается вопросами четвертой — целями, задачами, планами на будущее. — *Прим. перев.*

⁶⁰ То есть темы первой мотивации переживаются как более значимые, чем — второй. Например, пациент говорит: «Неважно, нравится мне это занятие или нет: я же могу, поэтому делаю». — *Прим. перев.*

Структура и динамика взаимосвязаны. ФМ опираются на впечатление, раскрываются благодаря ему, подпитываются им. Но и восприимчивость к впечатлению меняется, развиваясь по мере обретения позиции. Это соотношение представлено на рис. 6.

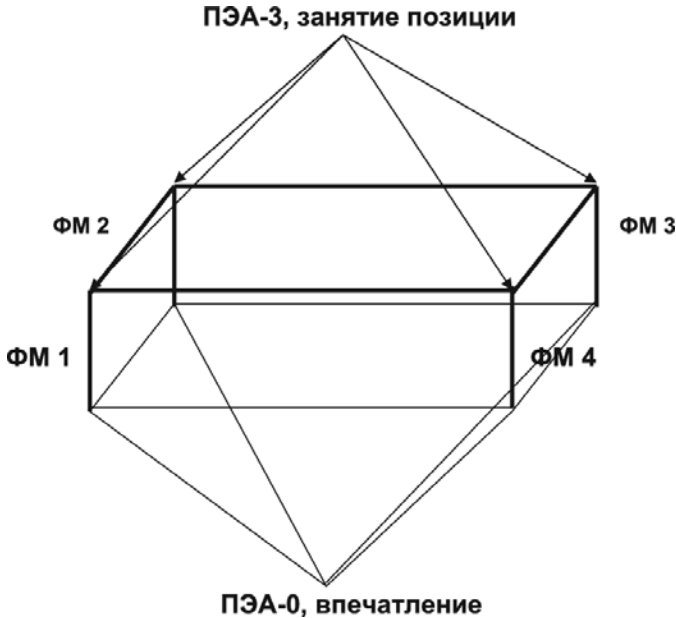


Рис. 6. Сочетание динамики и структуры, на фоне которого разворачивается психосоматика

На рисунке наглядно проиллюстрирована взаимная переплетенность, связанность структуры и динамики; и понятно, что они оказывают друг на друга сильное влияние.

В завершение этой темы следует рассмотреть вопрос, можно ли объяснить возникновение тех или иных специфических психосоматических заболеваний. Отчего, например, одни заболевают астмой, а другие — болезнью кожи? Ответ на этот вопрос неоднозначен, но существующие теории дают определенные указания, которые стоит здесь обсудить.

Как упоминалось выше, выбор «органа-мишени» определяется генетической *предрасположенностью* или приобретенной аномалией [см.: Buffington, 2009]. Ослабленные или ранее затронутые болезнью органы с высокой вероятностью реагируют на стресс сильнее, чем здоровые.

В гл. 3.1 мы говорили о связи фундаментальных мотиваций экзистенции с *психикой*. На основании этой связи можно сделать вывод о том, что люди с определенным типом личности или личностным расстройством склонны к определенным копинговым реакциям, которые могут приводить к возникновению одних и тех же телесных реакций. — Например, постоянному выбору стратегии холодного цинизма зачастую сопутствует повышенное кровяное давление, привычному бессилию — тахикардия.

В гл. 3.2 мы описали *телесные представления фундаментальных мотиваций* экзистенции. Благодаря своему экзистенциальному значению эти органы становятся полем для выражения переживаний человека. Естественно предположить, что психический ущерб, нанесенный фундаментальным мотивациям (блокада второй и третьей и гипертрофия первой и четвертой), приводит к ослаблению или, соответственно (при гипертрофии), к стимулированию органов; однако из-за отдаленности от переживания эти процессы протекают автономно. Развиваясь по своим законам, *психопатология* во 2-й и 3-й ФМ (ларв. депрессия и ларв. истерия) приводит к возникновению взаимосвязанных и отчасти друг друга гасящих соответствующих симптомов.

Причиной всему — *стресс* и *мышечное напряжение*, которое, в первую очередь, сказывается на органе-представителе соответствующей экзистенциальной структуры (или на соматически предрасположенном органе, см. выше). Поскольку весь организм пронизан кровеносными сосудами, напряжение всегда так или иначе сказывается на кровоснабжении и питании органов.

Как уже было сказано, выбор «органа-мишени» — результат сложного переплетения многих процессов, и наша модель не может выявить жесткой детерминированности направления «главного удара». Однако с известной осторожностью мы могли бы попытаться описать психологический фон для некоторых психосоматических заболеваний.

Бронхиальная астма — заболевание, имеющее отношение, в первую очередь, к *теме пространства*. Если человек длительное время и/или неоднократно претерпевает психическую «тесноту», недостаток «пространства» для жизни и развития, но не чувствует этого, тяжесть психического стресса целиком ложится на бронхи. Переживание происходит только телесно, потому что эмоциональное переживание заблокировано (например, рациональной установкой). Без эмоционального отклика человек воспринимает ситуацию, в которой оказался, не осмысливая ее жизненного, экзистенциального значения. И тело его отражает то, что не нашло выражения в психике. Конкретные причины, по которым его восприятие сужено, могут быть очень разными: трудности в отношении

ях, установки воспитания, религиозные убеждения, не обработанные потери или травмы, нерешенные, но требующие решения вопросы, представления о собственной незначимости и т.п. Необходимо феноменологическое видение, чтобы при таком разнообразии вариантов найти первопричину заболевания.

Эссенциальная гипертония затрагивает систему органов кровообращения, относящуюся ко второй ФМ. То есть причиной заболевания могут быть трудности, связанные с темами *отношений* или *ценностей*. Однако процесс кровообращения зависит и от других важных факторов — таких, например, как общая нагрузка, подвижный или неподвижный образ жизни и т.п., — поэтому поиск линейных причинно-следственных связей, как правило, неправилен. По-видимому, при установлении причин этого расстройства нужно учитывать множество связей и содержательных моментов.

Нейродермит — заболевание, в котором присутствует психосоматическая составляющая. Согласно сказанному выше, кожа — орган отграничения и контакта. Поэтому психологический аспект нарушения с большой степенью вероятности имеет отношение к темам второй и третьей ФМ. Однако в области кожи у психосоматических больных часто наблюдаются парестезии.

Кишечные расстройства тоже связаны в своей психологической составляющей в первую очередь с проблемами отграничения.

Ревматоидный артрит трудно однозначно соотнести с психическими нарушениями. Резонно предположить, что костно-мышечная система связана с четвертой ФМ, которая имеет отношение к исполнению и действию. Вызвано ли это расстройство перенапряжением, повышенными требованиями действия и результата — другими словами, слишком функционально проживаемой четвертой ФМ? Обусловлена ли большая часть симптомов чрезмерным мускульным напряжением и давлением на суставную сумку? В отдельных случаях стоит критически подходить к вопросу, насколько ревматоидный артрит вообще психосоматическое заболевание, и если да, то — насколько высока в нем доля психической составляющей. Так, при фибромиалгии бывают особенно высокими депрессивные показатели (тогда как при синдроме раздраженного кишечника более выражены показатели тревожности [Henningsen et al., 2003]). По истерии данных нет. — Однако у психосоматических пациентов в сфере двигательного аппарата часто наблюдаются множественные мышечные боли.

Симптомы **фибромиалгии** позволяют думать, что это заболевание — следствие перенапряжения, вызванного чрезмерной активностью.

Тиреотоксикоз — по нашей теории, в сущности, не психосоматическое заболевание. Во всяком случае, психическими проблемами оно

обусловлено не напрямую, а косвенно — например, воздействием гормонов стресса.

9. Структура терапии на примере случая

Хотя описание терапии психосоматических заболеваний не входит в цели данной работы, все же нелишне будет в заключение рассказать о ней и перечислить ее основные черты. Теоретические рассуждения и рекомендации проиллюстрированы описанием конкретного случая из практики.

Вообще, в терапии психосоматических расстройств необходимо уделять внимание (корректировать, лечить, в том числе и медицинскими средствами) следующим сферам жизни пациента:

а) **симптоматики**. В задачи терапевта входит забота об облегчении болезненных ощущений, лечение расстройств сна, психосоциальная помощь (справки на работу и т.п.), обучение и тренировка навыков общения с партнерами трудностей и страданий, и т.д.;

б) **телесности**. Задача — изменение вегетативных реакций (как лекарственными препаратами, в том числе фитотерапевтическими, антидепрессантами, транквилизаторами, так и средствами аутогенной тренировки, прогрессивной релаксации по Якобсону, двигательной и телесно-ориентированной терапии, йоги, Тай Чи, ванн, оздоровительных процедур, физиотерапии, массажей и т.п.);

с) **сфера, в первую очередь касающаяся психики**. Внимание к образу жизни и ее условиям (как пациент живет, каковы его психосоциальные обстоятельства); психотерапия, сфокусированная на конфликтах и нагрузках второй и третьей ФМ; прояснение позиции относительно чувств и обхождения с собой (самопринятия), прояснение вопросов, связанных с опытом лишений и травм, с обстоятельствами, в которых пациент получил опыт психосоматической обработки переживаний (стиль жизни), с установками, которые стоят за его выбором, с особенностями взаимоотношений — с партнером, родителями, близкими. Обсуждение ценностей (что именно в значимых людях и в самом себе заслуживает уважения, что в отношениях вызывает благодарность); объяснения и тренировка способности чувствовать и занимать позицию (используются творческие методы; задача — эмоциональное проживание конкретных ситуаций, например, семейных ссор, для понимания их эмоционального значения и обретения возможности занять по отношению к ним позицию); обсуждение биографических тем.

Приведенный ниже пример терапевтической работы может оказаться полезным для ознакомления с практикой лечения психосоматических расстройств.

Картина болезни.

Фрау Ф.⁶¹, служащая пятидесяти двух лет, обратилась за психотерапевтической помощью в связи с повторяющимися тяжелыми приступами *мигрени, расстройством сна, страхами* и, как она это называла, «*депрессиями*». Цель терапии она видела в избавлении от постоянного чувства *тяжести*. Каждое утро ей казалось, что с этим днем она не справится, хотя на работу Фрау Ф. шла с удовольствием. Даже общаясь с друзьями, она чувствовала это давление, словно бы вынуждавшее ее быть любезной и приветливой, делать все правильно и т.п. Даже по дороге в отпуск, уже сидя в самолете, она испытывала гнет от перспективы два часа провести взаперти.

В процессе семейной расстановки она впервые смогла плакать о своих отношениях с матерью; позже эта тема стала главной в терапии, но во время сеанса расстановки проработана не была. Выяснилось, что ее чувство тяжести было связано со страхом потерять крайне необходимые ей любовь и уважение людей, которые ей доверяли. Хотя фрау Ф. испытывала страх и перед переменами, перед новыми обстоятельствами, но больше всего она боялась отвержения и одиночества. Мать, которая с другими была «очаровательной», с нею вела себя «отвратительным образом». В преддверии встречи с ней фрау Ф. всегда говорила: «Теперь повернемся своей безумной стороной!» И, подавленная, добавляла: «И во мне есть эти черты...». Выбирая одежду, она боялась, что ее сочтут недостаточно приятной, и одевалась соответственно; ее самооценку и устойчивость были низкими. Ей всегда хотелось быть «любимым ребенком». Вместе мы обнаружили, что, пытаясь быть милой, стараясь подлаживаться под других, она чувствовала себя совсем малозначимой. Поступая так, она отказывалась от себя.

С началом терапии проблемы во взаимоотношениях с (истерической) *матерью* усугубились. Мать оскорбляла ее, демонстрировала холодность, оказывала предпочтение сестре и в итоге лишила фрау Ф. наследства. Когда умер отец, мать сообщила об этом дочери только к вечеру, обосновав свой поступок желанием побыть наедине со своим горем. Со временем фрау Ф. все больше проникалась пониманием того, как мать лишала ее «полноты жизни»: «Всегда, когда я вела себя непосредственно, мое поведение оценивалось как неправильное; мое веселье считалось нахальством». Мать внушила дочери, что она злая и недостаточно ценна, чтобы ее любить. Находясь рядом с матерью в свой день рождения, пациентка чувствовала ее близость как насилие. Но это чувство было знакомо ей уже давно. Мать требовала от нее близости, но

⁶¹ Публикуется с согласия пациентки; внешние сведения изменены.

дочь испытывала только отвращение; ей было противно. Уже ребенком фрау Ф. испытывала ужас, когда эта отвратительная женщина к ней приближалась. Помимо всего прочего, мать постоянно лгала, преувеличивая свои страдания и требуя от дочери внимания. Поэтому та предпочитала держаться на расстоянии и видеть мать как можно реже. Однако этот простой (как она думала вначале) выход оказался для нее невозможным — из-за глубоко сидящего в ней чувства вины. «Это я виновата, из-за меня у нас плохие отношения!» Но и это еще не все. Очень доверчивая и наивная, не умеющая замечать свои чувства, фрау Ф. всю жизнь легко увлекалась и все время сходилась с тяжелыми людьми.

Комментарий. Здесь можно с уверенностью говорить о блокаде или патологии второй и третьей ФМ: близкое к депрессии немотивированное чувство вины, нехватка житейского опыта; истерическая склонность к восторженности, приспособляемость, обделение себя, трудности с отграничением, неуверенность в собственной ценности.

На пятой встрече фрау Ф. призналась, что терапия тоже стала для нее источником стресса, потому что она поставила перед собой цель «добиться максимальной пользы». Так ее амбиции привели нас к теме ее многолетних страданий по поводу того, что она не так успешна и в профессии, и в увлечениях, как другие. Стало ясно, что у нее не сформировалось собственного понимания, что ей нравится, и потому она постоянно ориентировалась на других.

Комментарий. Мы видим сочетание копинговой реакции третьей ФМ (тщеславие) и бессодержательного функционирования четвертой ФМ (стремление к успеху и извлечению максимальной пользы).

Первая фаза терапии: в фокусе — самооценность.

Проработка этих тем послужила толчком к внутренним переменам: фрау Ф. стала меньше бояться *негативных чувств* (например, обиды со стороны подруги); ей даже удавалось их выдерживать. Стал слабее заметный, постоянный *запрет* себе на свои желания и решения, которые она всегда втайне считала плохими. Временами у нее появлялось ощущение, что за этими проявлениями может стоять что-то значимое для нее.

Комментарий: первые шаги в направлении понимания переживаний второй и третьей ФМ.

...Однако прежнее чувство вины вспыхнуло мгновенно, стоило шефу, с которым фрау Ф. хорошо ладила, пригласить ее к себе в кабинет. Сразу возникло беспокойство: «Я что-то натворила?..»

Во время беседы о пережитой *несправедливости* фрау Ф. вспоминает о тяжелых, несправедливых обвинениях со стороны матери и начинает осознавать, насколько угнетающим было всегда ее отношение. «Она ни-

когда мне не радовалась. Со стороны отца тоже не было поддержки, в присутствии матери он неизменно вставал на ее сторону...» В процессе дальнейшего ПЭА фрау Ф. смогла увидеть связь своей низкой *самоценности* с воспитанием, целью которого было «сделать нас такими, как она». Помимо этого, мать хотела полной власти над детьми. Фрау Ф. ощущала это как произвол и оценивала как злоупотребление; болезненные стороны личности матери перевешивали то хорошее, что в ней тоже было.

Комментарий: первая проработка причин страдания фрау Ф. на уровне третьей ФМ. Оpozнание перенесенной несправедливости и сильного подавления персонaльности. Эмоциональное занятие позиции дает первую опору самоценности.

Длительный отпуск по болезни, связанный с необходимостью хирургической операции, позволил фрау Ф. отдохнуть от *работы*, с которой она из-за переутомления справлялась уже с трудом. В этот период впервые начались связанные с работой кошмарные сны. Вернувшись, она с изумлением поняла, что многое отдала бы за возможность никогда больше туда не ходить.

Одновременно развивается ее способность к *пониманию* себя, и фрау Ф. замечает, как «проваливается» в отношении с «пользователями», которых считает подругами; как велика ее *способность восхищаться*, которая соблазняет ее переступить через себя — ведь она даже не задается вопросами, нравится ли ей и хочется ли того, на что она соглашается; как она не может сказать «нет» «из страха, малодушия, чувства вины и стыда», оказываясь, таким образом, в «собственноручно устроенной ловушке».

Обнаруженный мир чувств, внимание к своим решениям и внутреннему согласию только *усложнили ей жизнь*.

После отпуска фрау Ф. впервые ясно и глубоко почувствовала, что ей по-настоящему приятна мысль никогда больше не ходить на работу. Ей всегда казалось — определенно, это было результатом самовнушения, — что работа ей нравится. Но больше она не могла обманывать себя. Теперь все, связанное с работой, порождало страх, что ей не добиться таких успехов, как прежде, когда она «слишком активно» работала. Даже коллеги действовали ей на нервы.

Тем временем мигрень немного отступила. Фрау Ф. испытывала уже не такой сильный стресс, стала лучше себя осознавать (это отметили и подруги) и практически перестала бояться полетов. Однако устойчивая «потребность соответствовать ожиданиям окружающих сохранилась — «ведь иначе просто нельзя, не принято». «Вежливость — достоинство человека» — говорил ей разум.

Один сон вернул фрау Ф. к проблемам с матерью: «Она ужасно ругала меня, а я, хотя уже и взрослая, не могла за себя постоять!» Но при

следующем же посещении матери она поняла, что может противостоять ей; больше того, мать оказалась ей буквально беспомощной.

Согласно изначальной договоренности, после этих десяти встреч фрау Ф. завершила терапию: ей стало лучше, и она не исключала возможности, что в будущем захочет продолжить.

Комментарий: Работа была направлена на улучшение доступа к себе и расширению картины себя (третья ФМ); в результате развилась способность устанавливать границы и начал формироваться навык лучшего понимания собственного состояния. С ростом способности чувствовать (вторая ФМ) клиентка обнаружила свое десятилетиями длившееся заблуждение — уверенность, будто ей нравится ее работа, которое возникло, прежде всего, вследствие недостатка чувствительности. Чрезмерная активность четвертой ФМ по-прежнему позволяла фрау Ф. соответствовать внешним требованиям. Сон помог ей включить свой не проработанный опыт в актуальное взаимодействие с матерью: благодаря реальному противостоянию матери клиентка поверила, что сможет преодолеть проблему.

Вторая фаза терапии. В центре — вторая ФМ.

Годом позже фрау Ф. возвращается к терапии. Она постоянно простужена, переболела пневмонией, ее мучает кашель и усиленное потоотделение, она испытывает сильный стресс и еженощно видит кошмарные сны о работе. Она чувствует отвращение к *власть предержащим* — в частности, к шефу, потому что при встрече с ним всякий раз *боится испытать чувство вины*. Но больше всего ее мучает *страх перед забывчивостью*; она и правда многое забывает. Ей ясно, что это связано с ее стремлением избегать неприятного (прежде она с уверенностью давала иное толкование).

Фрау Ф. впервые обсудила свой страх перед работой с двумя коллегами. Источником страха была, главным образом, неуверенность в себе и своей способности быть на высоте (несмотря на ее большой профессиональный опыт). Это сильнее ее, и вызывает подавленность. Раньше у нее тоже случались *депрессии*. Она изнывала от тревоги, что у нее не останется друзей. Постоянно искала тех, кто считался бы с ней и хорошо к ней относился. Она испытывала глубокий страх оказаться несостоятельной и чувствовала себя неудачницей.

И на этом фоне на первый план снова и снова выходила *проблема во взаимоотношениях с матерью*. Муж фрау Ф. заметил однажды, что он не выдержал бы таких частых встреч. Сама фрау Ф. ощущала, что мать вызывает у нее ужас. Однако регулярные встречи, по ее мнению, входили в число ее *обязанностей*, и снижать их частоту она не стала. У терапевта возникло впечатление, что встречи с матерью действуют на ее душу по-

добно яду, и сама пациентка говорила, что чувствует себя при ней как в детстве — покинутой, брошенной на произвол судьбы, «не в состоянии ни дышать, ни говорить». Так начался процесс постепенного отделения от матери.

Комментарий: доминирует страдание второй ФМ, депрессия и тема отношений, прежде всего, с матерью. При этом очевидна неспособность к сепарации, которую терапевт пытался инициировать внятным рассказом о действиях матери и их последствиях.

Однако до поры темой наших с фрау Ф. бесед была по большей части неуверенность в себе, робость, борьба за признание и уважение, потребность соответствовать и страх перед чувством вины. Страх перед значимыми людьми и нужда в их одобрении, ради которого она готова была приспособливаться, неизбежно возвращали нас к теме ее отношений с матерью. Уважаемые люди, а тем более, критика с их стороны, были связаны для нее с переживанием тревоги и страха, она как будто слышала постоянно: «Ты плохо работала, и за это ты будешь наказана; ты разоблачена и не получишь любви!» Постепенно фрау Ф. осознавала, что мать никогда ее не любила. Она поняла, что *головная боль* может быть вызвана стрессом, жизнью с *неутоленной потребностью в любви*. Так пришло *время печали* о том, какой несчастной, лишенная материнской любви, она была в детстве.

Мы с фрау Ф. обнаружили, что она *нравилась себе*, только когда *достигала положительных результатов*. На наших встречах мы развивали ее способность быть внимательной к телу, чувствовать его, испытывать и проживать удовольствие. Необходимо было объявить войну убеждению (и связанному с ним страху), что быть чуткой к себе и любить свою жизнь — это эгоизм. Это принесло пациентке большое облегчение. Антидепрессанты постепенно ушли в прошлое, и фрау Ф. начала чувствовать свою ценность и ценность жизни. Ее самочувствие заметно улучшилось, она научилась ориентироваться в своих эмоциях и вскоре закончила не нужную ей больше терапию.

Комментарий. На этой стадии терапии упор делался на вторую ФМ — даже когда в процессе работы всплывали проблемы третьей. Зарождавшаяся чувствительность по отношению к себе требовала развития и защиты от привычных представлений. Облегчение состояния в сочетании с ориентированностью мышления клиентки на достижение конкретных практических целей стало основанием для прекращения терапии.

Прорыв.

Через два года Фрау Ф. пришла снова. В последний год ее мучили чудовищные головные боли, и она много болела — при том, что результаты всех

неврологических обследований были нормальными. Успокоительные и антидепрессанты уже не помогали ей. Начальник хотел отправить ее на досрочную пенсию, но эта мысль была для нее невыносима. «Неужели же вот так у меня все и закончится?!» — повторяла она. Работа всегда была важной частью жизни Фрау Ф., а теперь она ощущала себя «ненужной, полной неудачницей», которой грозит преждевременная пенсия. «Если я сейчас закончу работать, это будет провалом. Я стану бесполезной».

Такая реакция на предложение шефа уйти на пенсию была не понятна в свете того, что уже два года она испытывала сильный протест против работы и даже против общения с коллегами и постоянно чувствовала себя небезопасно в отношениях с шефом. Все было забыто?..

Оказалось, что с тех пор в ее жизни произошла большая перемена: умерла мать, в ни с чем не сравнимой форме отказавшись попрощаться с дочерью. Тем не менее, фрау Ф. эта смерть принесла облегчение.

Однако клиентка продолжает испытывать *гнет*, усилившийся в свете угрозы выхода на пенсию. Фрау Ф. связывает это ощущение только с работой. У нее больше нет сил работать, она устает «как собака», постоянные телефонные звонки стали невыносимы. Это чувство — осознанное и сформулированное два года назад как «мне больше не нравится» — она переживает как фиаско.

Комментарий. Под влиянием стресса, связанного с угрозой раннего выхода на пенсию, снизилась эмоциональность восприятия. Одновременно обнаружилась связь между местом работы фрау Ф., ее ригидными установками и самооценностью. Эта зависимость самооценности от убеждений или внешних обстоятельств, связанных с работой, нуждалась в прояснении.

Дальнейший диалог терапевта и пациентки приводится дословно, поскольку собственные слова пациентки, которыми она описывает свои переживания, лучше всего дают представление о ее структурных особенностях.

Итак, она впервые призналась себе — а может быть, впервые вспомнила, — что гнет и страх испытывала с самого первого рабочего дня: у нее даже началось расстройство желудка. «Собственно говоря, я должна была бы знать, что работа секретаря — не для меня. Вообще-то я хотела стать портнихой, но мама не позволила мне». Власть матери над нею была безгранична. Ее влияние простиралось так далеко, что дочь по ее совету могла разорвать отношения с мужчиной. То же произошло с выбором профессии: «Она сама работала секретарем, и жила ради работы, а не ради нас. Мне она сказала: нам нужна специализированная профессиональная школа, а не производственное обучение! Поэтому я закончила профессиональную школу и стала секретарем». Так фрау Ф.

работала десятилетиями, постоянно повторяя себе: «Это мой долг!». И гордилась этим, сравнивая себя с теми, кто начинал какое-то дело и бросал. Она же, напротив, все больше убеждалась, что верна однажды начатому делу, что продолжает «решительно выполнять его». «Это всегда было для меня важным принципом. Я *гордилась* таким *пониманием своего долга*. На меня можно положиться. До сегодняшнего дня для меня было важно, что на меня можно положиться».

Терапевт. Вот здесь и кроется главная *западня*.

Пациентка. По этой же причине я посещала мать, хотя всякий раз возвращалась домой в слезах. Но у меня даже не мелькнуло мысли, вроде: «не ходи туда больше!» или «я не буду этого делать.» — Это было моим долгом — не оставить ее одну. И она радовалась мне, потому что благодаря моим посещениям могла разряжать свое напряжение. А у меня каждый раз начиналась головная боль.

Т. Вы никогда не навещали ее ради своей потребности — в участии, любви, радости?

П. Нет, это я могу сказать с уверенностью. Даже теперь, поднимаясь по лестнице дома престарелых, я чувствую, что меня как будто накрывает нечто вроде черной пелены.

Т. Как вам удавалось это выдерживать?!

П. Вот как раз с *головной болью*.

Т. Знаете, когда возникает головная боль? Когда *ум и чувства вступают в противоречие*. Ваши чувства говорили вам не ходить к матери, но вы слушались своих убеждений и шли. Вас никогда не учили осознавать свой долг по отношению к себе, только — перед другими.

П. Никогда об этом не думала.

Т. Ведь у человека есть еще долг и ответственность по отношению к себе...

П. Ну, иногда я все-таки делаю то, что доставляет мне удовольствие.

Т. ...До тех пор, пока это не противоречит чувству долга.

П. Верно. По сравнению с ним, удовольствие вторично.

Т. Вы ставили разум выше чувств, а теперь чувства берут свое, и в этом кроется причина вашей *забывчивости* и рассеянности.

П. Вот как?! Значит, поэтому мои мысли теперь то и дело исчезают.

Т. Да, таким образом чувство иногда защищается от разума — *делая голову пустой*, и мысли...

П. (перебивает): Верно! Я уже использовала это выражение, говоря о себе — «у меня пустая голова». (*смеется*) Видите ли, я боялась даже думать об этом! Но это правда! (*смеется с явным облегчением*).

Т. Сейчас вы понимаете причину своей головной боли, ее значение для вашей жизни, и замечаете, что, в сущности, всегда знали об этом.

Когда вы это слышите, то смеетесь от облегчения, чувствуя, что это точное описание того, как вы себя подавляли.

П. Точно! Супер!

Т. Два года назад мы с вами поняли, что головная боль связана с чувством, что вы *нелюбимы*, и вам уже тогда стало легче. Может быть, сегодня мы установили связь между головной болью и чувством долга, которое для вас превыше всего. И которым вы гордитесь, потому что верность долгу делает вас такой надежной... Но давайте спросим себя: что давала вам ваша надежность?

П. Точно, я тоже как раз сейчас об этом подумала. Почему, собственно, я это делаю? Собственно, для меня и здесь важно только то, что, меня тогда любят...?!

Т. А если бы вы не держались за свой долг, что тогда было бы?

П. Тогда окружающие хуже ко мне относились бы или отвернулись от меня... Так или иначе, мне было бы нехорошо. <...> Но похоже, что это больше не так. Теперь, когда я решаюсь сделать то, что действительно хочу, я это делаю — сама для себя... Что тут скажешь? Это просто прекрасно! Мне, наверное, никогда еще не случалось чувствовать себя такой любимой.

Т. Точно. Чудесно. Вот оно. Это *конец головной боли*.

П. Я вам верю. Я уже ощущаю это в себе.

Т. Только, может быть, вам придется сделать еще кое-что, чтобы сегодняшние открытия принесли плоды.

П. Мне тоже так кажется. Это внове для меня. И есть области, где мне пока трудно. Например, с мамой, или с работой. *Работа для меня связана с матерью. Если я откажусь от работы, то это — как если бы я отказалась от матери*. Теперь мне это совершенно ясно.

Т. Этот отказ был бы освобождением от отношений, которые вас управляли. Помните, два года назад мы уже говорили об этом? Общение с матерью было крайне вредным для вас из-за ее дурного обращения с вами. И самое парадоксальное и опасное, что именно к таким матерям дети особенно сильно привязываются. Потому что хотят получить от них хоть каплю материнской любви.

П. Точно, я сейчас как раз об этом хотела сказать. В каком-то смысле, мне тоже хотелось этого. Всю жизнь я заглушала это в себе, но перед лицом ее смерти всем сердцем пожелала, чтобы она меня любила. Такой, какая я есть, именно такой, какая я есть...

Т. Вы никогда не получали этого?

П. Нет.

Т. Поэтому вы всю жизнь исправно ходили на работу и *исполняли то, чего хотела от вас ваша мать, чтобы хотя бы так стать ближе к ней?*

П. Точно. Это немного пугает меня, но это правда.

Т. Что вас пугает?

П. То, что я была такой зависимой, а может, еще и сейчас такова, хотя, может быть, это уже позади.

Т. Нам пора постепенно заканчивать. — Что вы теперь думаете о своей ситуации?

П. Мне нужно еще немного поплакать, поразмышлять об этом. Но я уже могу выносить эти мысли. Я должна уложить все это у себя внутри. Но теперь мне все ясно. Прозрачно. Это все так и есть.

Т. На этом месте я оставляю вас наедине с самой собой. И с вашим мужем. А потом, возможно, мы с вами встретимся еще раз.

П. Большое вам спасибо, это было супер, действительно супер.

Т. Я чувствую, что мы нащупали суть — понимание долга.

П. Да, вы совершенно правы: можно следовать не долгу, а радости, жизни. Это же как подарок!..

Т. Да, это дар от жизни, который она, вопреки воле вашей матери, снова приподнесла вам.

Комментарий. Этот трогательный диалог принес клиентке целостное понимание предпосылок, которые привели к полной стрессов жизни и, как следствие, — к приступам мигрени. Под ригидным пониманием долга обнаружился мучительный эмоциональный голод — потребность в материнской любви. Стал понятным механизм этой пугающей зависимости от крох любви. Выяснилось, что клиентка ради любви матери жертвовала своей реальностью, и вследствие эмоционального отрицания оставалась в плену иллюзий.

Освобождение

Три недели спустя фрау Ф. пришла на восемнадцатую и последнюю встречу. Она *приняла решение досрочно выйти на пенсию*, и с тех пор ей намного лучше. Она не так напряжена, освободилась от гнетущего чувства и стресса, головные боли ослабли и «не идут ни в какое сравнение с прежними»; тело словно бы подтвердило ее решение.

Остался еще небольшой страх, что люди могут подумать, будто она «дезертировала». Она и сама долго так думала, считая свой уход на пенсию бегством.

П. Но это больше, чем бегство, это действительно было необходимо!

Т. Это вообще не бегство! Вы уже могли в этом убедиться!

...И снова мы говорили о ее *жизненной позиции*, о «несгибаемой, десятилетиями непобедимой» *гордости*. Было понятно, что такая радикальная смена парадигмы может еще не раз привести к сомнениям, не было ли все-таки ее увольнение бегством. А главное — новая позиция *обесценила* те жертвы, на которые она шла прежде, лишила фундамента

ее многолетние страдания. Может быть, когда-нибудь самопожертвование станет уже не таким ценным и необходимым?..

Эта прощальная беседа снова подтвердила, что вера, будто работа для нее — главное, была ее средством поддержать самооценку. «Такова была картина, которую я себе навязывала. <...> То был настоящий *мираж*... А теперь я вижу, что за ним скрывались истинные причины моих бед». Смерть матери ускорила процесс внутреннего развития, а может быть, вообще сделала его возможным. Теперь фрау Ф. поняла, что могла бы уволиться раньше — уже после рождения сына: это было бы таким естественным поводом не возвращаться к работе. Ведь у нее уже тогда началось расстройство сна. Она не придавала этому значения; ни для нее, ни для ее мужа бессонница не была поводом задуматься об уходе с работы; немалую роль в том играли соображения заработка. К тому же, фрау Ф. верила, что все складывается хорошо: ее хвалили на работе, она имела право выбирать время отпуска, она была успешной. А еще она думала: «Так мне и надо! Это моя вина, все дело в моей слабости и неспособности». Теперь она может подвести черту и оставить работу. Она уже знает, чем займется, и рада этому.

П. Для меня важно, что ваш взгляд — взгляд со стороны — совпадает с моим, и вы согласны, что мне можно уже прекратить работать.

Т. По-моему, вы наконец освободились от гнета вашей матери. Конечно, такое давление может приводить к головным болям, это нормально!

ЛИТЕРАТУРА

- Antonovsky A., Franke A.* Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag, 1997.
- Bach M.* Somatoforme Störungen — das Leiden ohne Korrelat // *Journal of Neuropsychology*. 2010. Vol. 5. P. 18—22.
- Bagby R.M., Parker J.D., Taylor G.J.* The twenty-item Toronto Alexithymia Scale — 1. Item selection and cross-validation of the actor structure // *Journal of Psychosomatic Research*. 1994. № 38. P. 23—32.
- Balon R.* Reflections on Relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2004 // In: *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005. Vol. 74. №. 5. P. 3—9; 6—7.
- Bauer E.* Ich und mein Leib — Antagonistischer Trotz und/oder dialogische Einheit // *Existenzanalyse*. 2009. № 26(2). P. 4—12.
- Blankenburg W.* Psychopathologie des Unscheinbaren. Ausgewählte Aufsätze, herausgegeben von Martin Heinze. Berlin: Parodos, 2007.
- Beck M.* Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie. Paderborn: Schöningh, 3. Aufl., 2003.
- Beckermann A.* Das Leib Seele Problem. Paderborn: Finck, 2008.
- Bengel J., Strittmatter R., Willmann H.* Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese — Diskussionsstand und Stellenwert // *Forschung und*

- Praxis der Gesundheitsförderung. Band 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001.
- Beutel M.E., Blechner F., von Heymann F., Tritt K., Hardt J.* Anxiety Disorders and Comorbidity in Psychosomatic Inpatients // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2010. № 79(1). P. 59.
- Biebl W.* Psychosomatische Medizin — aktuelle Entwicklungen // *Osterreichische Arztezeitung*. 2004. № 3. P. 40—45.
- Bräutigam W., Christian P., von Rad M.* Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme, 1997.
- Buffington C.A.T.* Developmental Influences on Medically Unexplained Symptoms // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009. Vol. 78. № 3. P. 139—144.
- Csikszentmihalyi M.* Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen. (Übers., *Beyond Boredom and Anxiety — The Experience of Play in Work and Games*, 1975). Stuttgart: Klett, 2000.
- Eisenberger N.I., Lieberman M.D., Williams K.D.* Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion // *Science*. 2003. № 302. P. 290—292.
- Engel G.L., Schmale A.H.* Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung // *Psyche*. 1987. № 23. P. 241—261.
- Epstein S.* Cognitive-experimental self-theory for personality and developmental psychology // *Studying lives through time. Personality and development* / D.C. Funder, R.D. Parker, C. Tomlinson-Keasey, K. Widaman (Hrsg.) American Psychological Association. Washington D.C., 1993. P. 399—438.
- Fava G.A., Mangelli I., Ruini C.* Assessment of psychological distress in the setting of medical disease // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2001. № 70. P. 171—175.
- Felliti V.I., Fink P.I., Fishkin R.E., Anda R.F.* Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE)-Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte // *Trauma und Gewalt*. 2007. № 2(2). P. 18—32.
- Frankl V.* Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie // *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie* / V. Frankl, V. Gebssattel, J.H. Schultz (Hrsg.) München/Wien: Urban & Schwarzenberg, 1959. Bd. III. P. 663—736.
- Frankl V.* Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber, 1975.
- Frankl V.* Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion. München: Kösel, 1979.
- Frankl V.* Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt, 1982.
- Franz M.* Entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Aspekte der Alexithymie // *Die psychodynamische Psychotherapie*. 2009. № 8(1). P. 23—33.
- Freud S.* Die Abwehr-Neuropsychosen // *Gesammelte Werke* / E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris, O. Isakover, S. Freud Frankfurt/Mensch: Fischer, 1952. Bd. 1. P. 57—74.
- Frischenschlager Das Affektgeschehen als Schaltstelle zwischen psychischer und psychosomatischer Symptomatik // *Psychotherapie-Forum*. 2008. № 16. P. 31—38.
- Gathmann P.* Der psychosomatisch Erkrankte in der Praxis. Diagnostische Probleme, medikamentöse Therapie. Wien: Roche Edition, 1985.
- Gathmann P.* Psychosomatische Erkrankungen // *Wörterbuch der Psychotherapie* / G. Stumm, A. Pritz (Hrsg.) Wien: Springer, 2000. 566 p.

- Gebert S.* Grenzen der Psychologie. Philosophische Betrachtungen zu den Grundlagen der Psychotherapie. Würzburg: Königshausen und Neumann, 1995.
- Gendlin E.T.* A process model. N. Y.: The Focusing Institute, 1997.
- Grabe H.J., Rufer M.* (Hrsg.) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber, 2009.
- Grabe H.J., Scheidt C.E.* Einführung: das Alexithymiekonstrukt und seine psychometrische Erfassung // Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie / H.J. Grabe, M. Rufer (Hrsg.) Bern: Huber, 2009. P. 19—39.
- Grawe K.* Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2004.
- Halász A.* Psychosomatik und Existenzanalyse. Über die Bedeutung der Sinnorientierung bei psychosomatischen Erkrankungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit Grund- und Integrative Wissenschaft Fakultät der Universität Wien, 1993.
- Henningsen P., Zimmermann T., Sattel H.* Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review // Psychosomatic Medicine. 2003. Vol. 65. P. 528—533.
- Hintikka J., Honkalampi K., Koivumaa-Honkanen H., Antikainen R., Tanskanen A., Haatainen K.* et al. Alexithymia and suicidal ideation: Angst 12-month follow-up study in a general population // Comprehensive Psychiatry. 2004. Vol. 45. P. 340—345.
- Hoffmann S.O.* Die alte Hysterie in den neuen diagnostischen Glossaren // Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels / G.H. Seidler (Hrsg.) Stuttgart: Enke, 1996.
- Hoffmann S.O., Hochapfel G.* Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer, 1999.
- Katon W.* Depression: Somatic symptoms and medical disorders in primary care // Comprehensive Psychiatry. 1982. № 23. P. 274—287.
- Kielholz P., Pöldinger W., Adams C.* Die larvierte Depression. Köln: Dt. Ärzteverlag, 1981.
- Köhler Thomas.* Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die allgemeine und spezielle psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 1995.
- Kutter P.* Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen // Jahrbuch Psychoanalyse. 1981. № 13. P. 93—114.
- Längle A.* Die existentielle Motivation der Person // Existenzanalyse. 1999. № 16(3). P. 18—29.
- Längle A.* Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 2000.
- Längle A.* Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie // Fundamenta Psychiatrica. 2002. № 16(1). P. 1—8.
- Längle A.* Existenzanalyse der Depression. Entstehung, Verständnis und phänomenologische Behandlungszugänge // Existenzanalyse. 2004. № 21(2). P. 4—17.
- Längle A.* Hysterie — Psychopathologie, Psychopathogenese und Dynamik. Versuch zur Rehabilitation des Konzeptes auf der Grundlage psychodynamischer und existentieller Dynamik // Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. 2006. № 5(4). P. 187—203.
- Längle A.* Körper-Lust und Geist. Ist das Verhältnis des Menschen zur Existenz sexuell? // Existenzanalyse. 2007. № 24(1). P. 33—41.

- Längle A. Existenzanalyse. In: Langle A., Holzhey-Kunz A.: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 2008.
- Längle A., Orgler C., Kundi M. Existenzskala (ESK). Göttingen: Hogrefe, 2000.
- Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. N.Y.: Springer, 1984.
- Leweke F., Benesch S. Alexithymie und Krankheit. — Zusammenhänge mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten // Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie / H.J. Grabe, M. Rufer (Hrsg.) Bern: Huber, 2009. P. 127—148.
- Loeb P. Psychosomatik — Integration oder Polarisierung // Psychotherapie-Forum. 2008. № 16. P. 3—7.
- Löwe B., Spitzer R.L., Williams J.B.W. et. al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment // General Hospital Psychiatry. 2008. № 30(3). P. 191—292.
- Maddi S., Khoshaba D. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. 1994. № 63. P. 265—274.
- Marcel G. Être et avoir. Paris: Aubier, 1955.
- Marchesi C., Fontó S., Balista C., Cimmino C., Maggini C. Relationship between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question // Psychotherapy and Psychosomatics. 2005. № 74. P. 56—60, 56.
- Marty P., de M'Uzan M. Das operative Denken // Psyche, 1978. № 32, Heft 10, P. 974—984.
- Minuchin S., Baker L., Rosman B.L. Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard Univ. Press., 1978; Deutsch: Psychosomatische Familie. Stuttgart: Klett, 1982.
- de M'Uzan M. Die psychosomatische Struktur // Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik / A. Overbeck, G. Overbeck (Hrsg.) Reinbeck: Rowohlt, 1978. P. 170—184.
- Nemiah J.C., Sifneos P.E. Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders // Hill OW: Modern Trends in Psychosomatic Medicine. London: Butterworth, 1970. P. 26—34.
- Ozsahin A., Uzun O., Cansever A., Gulcat Z. The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression // Depress Anxiety. 2003. № 18. P. 62—66.
- Papciak A.S., Feuerstein M., Spiegel J.A. Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of physiological and cognitive responses // Journal of Human Stress. 1985. № 11(2). P. 135—142.
- Petzold H.G. Körper-Seele-Gesit-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der "Informierte Leib", das "psychophysische Problem" und die Praxis // Psychosomatische Medizin. 2008. № 20(1). P. 20—33.
- Pfregle A. Affektausdruck und Beziehungsregulation. München: Meidenbauer, 2000.
- Picardi A., Toni A., Caroppo E. Stability of Alexithymia and Its Relationships with the 'Big Five' Factors, Temperament, Character, and Attachment Style // Psychotherapy and Psychosomatics. 2005. № 74. P. 371—378.
- Rothe H.M. Vorbemerkungen einer existenzanalytischen Psychosomatik // Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 1991. № 42(6). P. 191—220.

- Rudolf G.* Der Prozeß der depressiven Somatisierung // Somatoforme Störungen / G. Rudolf, P. Henningsen (Hrsg.) Stuttgart: Schattauer, 1998. P. 171—184.
- Rudolf G.* Psychosomatik — konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte // Psychotherapie-Forum. 2008. № 16. P. 8—14.
- Ruesch J.* The infantile personality // Psychosomatische Medizin. 1948. № 10. P. 134—144.
- Ruffin H.* Leiblichkeit und Hypochondrie // Nervenarzt. 1959. № 30. P. 195—203.
- Sayar K., Kirmayer L.J., Taillefer S.S.* Predictors of somatic symptoms in depressive disorder // General Hospital Psychiatry. 2003. № 25. P. 108—114.
- Scheler M.* Die Stellung des Menschen im Kosmos. Bern: Bouvier, 1991.
- Schur M.* Comments o the metapsychology of somatisation // The Psychoanalytic Study of the Child. 1955. Vol. 10; Deutsch: De- und Resomatisierung. Zur Metapsychologie der Somatisierung // Seelischer Konflikt — körperliches Leiden / A. Overbeck, G. Overbeck (Hrsg.) Reinbeck: Rowohlt, 1978. P. 82—142.
- Sifneos P.E.* The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // Psychotherapy and Psychosomatics. 1973. № 22. P. 233—262.
- Stern D.* Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt: Brandes & Apel, 2005.
- Taylor G.J.* Recent developments in alexithymia theory and research // Canadian Journal of Psychiatry. 2000. № 45. P. 134—142.
- v. *Uexküll T.* Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Elsevier, Urban & Fischer, 6. Aufl., 2008.
- van der Feltz-Cornelis C.M., van Balkom A.J.* The concept of comorbidity in somatoform disorder — a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of soatoform disorder // Journal of Psychosomatic Research. 2010. Vol. 68. № 1. P. 97—99.
- Vanheule S.* Alexithymic depression: Evidence for a depression subtype? // Psychotherapy and Psychosomatics. 2007. № 76. 315 p.
- Walcher W.* Die larvierte Depression. Wien: Verlag Hollinek, 1969.
- Waldenfels B.* Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt/M: Suhrkamp, 2000.
- Wilke E.* Psychotherapie bei psychosomatisch Kranken // Psychotherapie / C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke. Berlin: Springer, 1996. P. 341—390.
- Wirsching M.* Psychosomatische Medizin. Konzepte, Krankheitsbilder, Therapien. München: Beck, 1996.
- Wittgenstein L.* Philosophische Untersuchungen // Werkausgabe Bd. 1. Frankfurt / M: Suhrkamp. 1984. P. 225—580.

Адрес автора:
Univ.-Doz. DDr. Alfred Langle
Ed. Sueß-Gasse 10
1150 Wien
alfried.laengle@existenzanalyse.org

Перевод Я. Дюковой
Научный редактор М.А. Хазанова

THE SELF IN THE FLESH EXISTENCE AND PSYCHOSOMATICS

ALFRIED LÄNGLE

Existence is holistic being, i.e. embodied being in the world. Existence in EA is described by the existential fundamental motivations. They contain the psychodynamic basis which may provoke psychic disorders in the body. Drawing on clinical experience and derived from numerous theories of psychosomatics and theories of resource-enhancement, an anthropological picture and an etiological understanding of psychosomatic diseases is developed, which also offers a subjectively felt link between the body and psyche. Hence a psychosomatic disorder is characterized mainly by a blockage of the 2nd and 3rd fundamental motivations combined with an exaggerated reaction of the 1st and 4th FMs, thus resulting in the typical functional activism. Psychopathologically, one may start out with a simultaneous concurrent disorder, mutually inhibiting and therefore "masked" depression and hysteria. The personal-spiritual process of the appropriation of information is characterized by reduced reception of "impression" and development of "position-taking". — A case study exemplifies the description of this existential analytical approach to psychosomatics.

Keywords: Existential Analysis, psychosomatics, anthropological concept of man, existential fundamental motivations, psychodynamics.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.А. ЛИФИНЦЕВА, А.Б. ХОЛМОГОРОВА

В статье приводятся результаты сравнительного исследования семей детей и подростков с органическими психосоматозами (182 ребенка и 194 родителя) и психосоматическими функциональными нарушениями (185 детей и 214 родителей) с семьями их условно здоровых сверстников, не страдающими психосоматическими расстройствами (100 детей и 84 родителя). Исследовались особенности детско-родительских отношений, характеристики родительского воспитания, качество привязанности детей к значимым фигурам. В семьях детей и подростков с психосоматической патологией разного уровня выявлены следующие коммуникативные дисфункции: высокий уровень родительской критики и элиминирования эмоций в сочетании с высоким уровнем семейного перфекционизма и индуцирования тревоги. Привязанность подростков к родителям характеризуется выраженной амбивалентностью: одновременным сочетанием доверия и отчуждения в отношении значимых фигур. В исследовании обнаружено, что уровень протекции, реализуемый родителями по отношению к собственному ребенку, напрямую связан с неадекватным уровнем заботы, получаемой самими родителями в их собственных родительских семьях.

Ключевые слова: психосоматическое расстройство, дети, подростки, семейные дисфункции, привязанность, семейные эмоциональные коммуникации.

Обращение к анализу проблемы психосоматических расстройств детей и подростков продиктовано несколькими причинами. Во-первых, само понятие «психосоматическое расстройство» является одним из самых противоречивых категорий в медицинской и психологической науке. Зародившись как обозначение для необъяснимого с биологической точки зрения заболевания, в центре которого смещение психического конфликта в соматический [Breuer, Freud, 1893], содержание данного конструкта трансформировалось и в настоящее время охватывает различные нарушения органов и систем организма, в эти-

ологии которых ведущая роль принадлежит психогенным факторам. Однако такое понимание психосоматического расстройства не раз подвергалось критике, так как абсолютизация психогенеза определенного класса заболеваний нивелирует биопсихосоциальную основу других соматических нарушений [Engel, 1967; Lipowski, 1986]. Кроме того, в последнее время отмечен значительный рост в общей популяции числа психосоматических расстройств у детей и подростков: по уровню распространенности они преобладают среди общего количества неинфекционных заболеваний детского и подросткового возраста [Исаев, 2005].

Несмотря на трудности диагностики ПСР (официальная медицинская статистика при расчете заболеваемости детей не выделяет отдельной группой ПСР) в детском и подростковом возрасте, встречаемость психосоматических заболеваний в данных возрастных группах составляет в России от 30 до 68% от числа всех детей и подростков, обращающихся в детские поликлиники [Ананьев, 2006; Антропов, Шевченко, 2002; Исаев, 2004 и др.]. И, наконец, несмотря на большое количество исследований, до сих пор остаются дискуссионными вопросы, касающиеся содержания и роли факторов семейного уровня в возникновении психосоматических расстройств у детей и подростков, природы и механизмов эмоциональной дезадаптации как одной из причин их возникновения [Кравцова, 2005; Северный, Баландина, 2005; Ierodiakonou, 2001; Minuchin et.al., 2005; Schwab, Traven, 1979 и др.]. В данном случае многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра, разработанная А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян, а также четырех-аспектная модель семейной системы А.Б.Холмогоровой позволяют комплексно и системно исследовать различные факторы психосоматической патологии не только у взрослых пациентов, но и у детей и подростков [Холмогорова, 2011; Холмогорова, Гаранян, 2008].

В нашей работе под психосоматическим расстройством понимаются как патологические телесные симптомы, так и функциональные и органические нарушения органов и систем, возникающие у индивида под влиянием запредельных для него социально-стрессовых факторов. В данную группу мы относим не только клинически выраженные классические психосоматические расстройства, но также и неорганические (неморфологические), но не менее травматичные и болезненные соматические проявления аффективных состояний. В качестве уровней психосоматических нарушений детей и подростков, соотнесенных с определенными нозологическими категориями МКБ-10, в работе выделяются следующие уровни:

— первый уровень — соматизация аффективного переживания — представлен размытыми диффузными соматическими симптомами, которые не могут быть объяснены никакими физическими причинами (F32 — депрессивный эпизод; F43.2 — расстройство приспособительных реакций; F45 — соматоформные расстройства);

— второй уровень — психосоматическое функциональное нарушение — включает в себя соматические синдромы, не имеющие реальной органической патологии органов и систем (F50.0 — нервная анорексия; F50.2 — нервная булимия; F44 — диссоциативные (конверсионные) расстройства; F98.0 — энурез неорганической природы; F98.1 — энкопрез неорганической природы);

— третий уровень — органические психосоматозы — соматическая патология с определенными обменно-трофическими нарушениями, практически не поддающаяся компенсации (бронхиальная астма, язвенная болезнь, гастрит, дуоденит, экзема, дерматит, псориаз, крапивница, ревматоидный артрит и т.д.).

Исследования семейных факторов возникновения психосоматических расстройств имеют достаточно длительную традицию. Согласно экспериментальным исследованиям, сфокусированным на семейных отношениях, основными факторами риска психосоматических расстройств у детей и подростков выступают: нарушения привязанности и негативный опыт отношений со значимыми близкими; неадекватная способность значимого близкого (преимущественно матери) реагировать на сигналы ребенка о его потребностях; дисфункциональные характеристики семьи как системы; элиминирование эмоций ребенка и недостаточная поддержка его в осознании собственных чувств и переживаний [Билецкая, 2010; Бриш, 2012; Варга, 1985; Кравцова, 2005; Эйдмиллер, Добряков, Никольская, 2005 и др.].

Одной из целей данного исследования явилось концептуальное обоснование и комплексное эмпирическое изучение системы семейных факторов, оказывающих влияние на возникновение и течение психосоматических расстройств у детей и подростков.

В исследовании клинических групп приняли участие 367 детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями, а также их родители. Контрольная группа, сходная по возрастным характеристикам с экспериментальной группой, была представлена 100 детьми и подростками. Клиническая оценка состояния здоровья детей и подростков, а также верификация диагноза осуществлялась врачами-педиатрами, врачами узкого профиля детских поликлиник и стационаров и врачами-детскими психиатрами (табл. 1).

Таблица 1

Диагностическая характеристика клинических групп

Код по МКБ-10	Диагноз	Количество испытуемых
J45.0	Астма с преобладанием аллергического компонента	67
L20	Атопический дерматит	44
K29	Гастрит и дуоденит	71
G2b	Синдром раздраженного кишечника	21
F45.3	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	88
F98.0	Энурез неорганической природы	41
F98.1	Энкопрез неорганической природы	8
F45.4	Устойчивое болевое соматоформное расстройство	27
	Всего	367

Исходя из уровневого понимания психосоматического нарушения в детском и подростковом возрасте, испытуемые были разделены на две экспериментальных группы:

— группа детей и подростков (N=185) с функциональными психосоматическими нарушениями (множественные соматические жалобы, которые не могут быть объяснены никакими физическими причинами и соматические синдромы, не имеющие реальной органической патологии органов и систем — F45.3; F98.0; F98.1; F45.4; G2b);

— группа детей и подростков (N = 182) с психосоматическими расстройствами (соматическая патология с определенными обменно-трофическими нарушениями, практически не доступная компенсации).

В отдельную экспериментальную группу были включены 408 родителей детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями, при этом контрольная группа была представлена 84 родителями условно здоровых детей и подростков.

В ходе нашего исследования клинических групп детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями нами проверялись гипотезы об их специфических семейных дисфункциях, включающих в себя патологизирующее семейное воспитание, индуцирование негативных эмоций, сочетающиеся с запретом на выражение чувств, в том числе и позитивных; сверхконтроль со стороны родителей, преимущественно матери, инверсию семейных ролей и дисфункциональные семейные правила, нормы и установки.

В нашем исследовании использовались следующие методики: проективная рисуночная методика «Моя семья» (Г.Т. Хоментаскас); шкала

привязанности ребенка к членам своей семьи (А.И. Баркан); опросник оценки типов привязанности к матери (Г.В. Бурменская, Е.В. Пупырева); опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК, А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова); опросник привязанности подростков к родителям и друзьям (IPPA G. Armsden, M.T. Greenberg в адаптации Д.В. Лифинцева, А.А. Лифинцевой); опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий); авторская анкета для родителей, опросник родительской связи (Parental Bonding Instrument (PBI) G.Parker, в адапт. О.Г. Калины и А.Б. Холмогоровой).

Проведенное экспериментально-психологическое исследование семейного контекста детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями позволило вывить целый ряд семейных дисфункций. Результаты, полученные с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений», свидетельствуют о том, что для семей, имеющих детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями характерны такие особенности воспитания, как гиперпротекция, недостаточность требований-обязанностей, недостаточность требований-запретов и минимальность санкций, применяемых к ребенку (табл. 2).

Таблица 2

Особенности родительского отношения к детям с психосоматическими расстройствами, функциональными психосоматическими нарушениями и к условно здоровым детям

№	Тип родительского отношения	Родители детей с психосоматическими расстройствами (N = 34)		Родители детей с функциональными психосоматическими нарушениями (N = 47)		Родители условно здоровых детей (N = 53)	
		M	SD	M	SD	M	SD
1	Гиперпротекция	6,1A	2,3	6,0C	2,1	4,9AC	1,8
2	Гипопротекция	2,1	1,1	2,0	1,1	2,5	1,3
3	Потворствование	3,4	1,9	3,4	1,8	3,0	1,4
4	Игнорирование потребностей	1,1	0,4	1,1	0,6	1,0	0,4
5	Чрезмерность требований-обязанностей	1,2	0,8	1,5	0,9	1,5	0,5
6	Недостаточность требований-обязанностей	2,3AB	1,1	1,5B	0,9	1,9A	0,8
7	Чрезмерность требований-запретов	1,6	1,0	1,8	0,9	1,8	0,6

№	Тип родительского отношения	Родители детей с психосоматическими расстройствами (N = 34)		Родители детей с функциональными психосоматическими нарушениями (N = 47)		Родители условно здоровых детей (N = 53)	
		М	SD	М	SD	М	SD
8	Недостаточность требований-запретов	2,0В	1,1	1,7В	0,8	1,8	0,6
9	Чрезмерность санкций	2,0	1,0	1,6	1,0	1,7	0,9
10	Минимальность санкций	3,2В	1,9	2,7В	1,6	2,7	1,5
11	Неустойчивость стиля воспитания	1,9	1,1	1,8	1,0	1,5	0,7

Примечание. Статистически достоверные (критерий Манна-Уитни) различия этих же показателей: А — между родителями детей с психосоматическими расстройствами и родителями «условно здоровых детей»; В — между родителями детей с функциональными психосоматическими нарушениями и родителями детей с психосоматическими расстройствами; С — между родителями детей с функциональными психосоматическими нарушениями и родителями «условно здоровых детей». В таблице указаны среднее значение (М) и стандартное отклонение (SD).

В ходе сопоставительного анализа основных стратегий воспитания родителей детей и подростков клинических групп и родителей здоровых испытуемых было установлено, что стратегии родительского воспитания имеют ряд отличий. Так, между группами родителей больных и здоровых детей были выявлены достоверные различия по такому параметру опросника АСВ, как «гиперпротекция» ($t_{ЭМП} = 3,777$; $p < 0,001$). При сравнении результатов исследований особенностей семейных взаимоотношений внутри клинических групп достоверные различия были обнаружены по таким шкалам опросника, как «Недостаточность требований-обязанностей» ($t_{ЭМП} = 3,664$; $p < 0,001$), «Недостаточность требований-запретов» ($t_{ЭМП} = 2,584$; $p < 0,01$) и «Минимальность санкций» ($t_{ЭМП} = 2,691$; $p < 0,01$).

Таким образом, мы видим, что ребенок с психосоматическим нарушением становится объектом семейной опеки, как со стороны матери, так и со стороны остальных членов семьи, а уровень требований к нему снижается. Впоследствии данная характеристика семейного воспитания приводит к тому, что ребенка «изолируют» от его сверстников (в целях профилактики инфекций, обострения заболевания), и, соответственно, ребенок не получает навыков эффективного межличностного общения, что впоследствии может приводить к появлению трудностей именно в

сфере межличностных отношений. Помимо этого, с высокой вероятностью гиперпротекция в семье лишает ребенка самостоятельности, способствует формированию у него черт инфантилизма и эгоцентризма.

Отметим, что уровень протекции, реализуемый родителями по отношению к собственному ребенку напрямую связан с неадекватным уровнем заботы, получаемой самими родителями в их собственной родительской семье (опросник РВИ, шкала заботы, $r_{ЭМП} = 0,344$; $p < 0,000$). Матери детей и подростков обеих экспериментальных групп, использующие воспитательную тактику гиперпротекции, достоверно чаще отмечали, что их родители не поощряли их в принятии собственных решений, вторгались в их личную жизнь и не предоставляли им возможности принимать решения самостоятельно.

Данные стратегии семейного воспитания достоверно связаны с особенностями привязанности у детей дошкольного и младшего школьного возраста, с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями. Во-первых, анализируя формы привязанности, встречающиеся в семьях детей и подростков с психосоматическими нарушениями, мы обнаружили, что для детей 5—10 лет обеих экспериментальных групп наиболее типичным является избегающий тип привязанности к матери (более 53%), затем следует амбивалентный тип (39%). Во-вторых, как показал корреляционный анализ, избегающий тип привязанности отмечают дети, родители которых в качестве психологических причин негармоничного воспитания указывают фобию утраты ребенка ($r_{ЭМП} = 0,267$; $p = 0,017$), в то же время амбивалентный тип привязанности связан с воспитательной неуверенностью родителя и неразвитостью родительских чувств ($r_{ЭМП} = 0,256$; $p = 0,02$; $r_{ЭМП} = 0,217$; $p = 0,030$). Наконец, в-третьих, дошкольники и младшие школьники с психосоматическими расстройствами гораздо чаще, чем их условно здоровые сверстники и сверстники с функциональными психосоматическими нарушениями, сообщали о наличии привязанности только к одному объекту — матери.

Исследование качества привязанности подростков клинических групп к родителям и друзьям позволило обнаружить следующие особенности (табл. 3).

Результаты сравнительного исследования качества привязанности у подростков с психосоматическими нарушениями и здоровых испытуемых, полученные с помощью методики «Опросник привязанности подростков к родителям и друзьям» Г. Армсдена и М.Т. Гринберга, показали наличие достоверных отличий. В группе испытуемых с психосоматическими расстройствами более высокие показатели по сравнению со здоровыми респондентами были выявлены по шкале «Отчуждение»

Таблица 3

Особенности качества привязанности подростков контрольной и экспериментальных групп к родителям и друзьям (средние значения)

Шкала опросника		Группы испытуемых					
		Подростки с органическими психосоматогами (N = 44)		Подростки с функциональными психосоматическими нарушениями (N = 36)		Условно здоровые подростки (N = 72)	
		M	SD	M	SD	M	SD
мать	Доверие	38,18	4,56	39,56	4,12	41,58	3,66
	Коммуникация	30,16	4,96	32,11	4,34	32,65	4,30
	Отчуждение	18,11AB	5,22	13,99B	4,91	14,25A	3,85
	Общее по шкале	86,45	11,17	85,66	12,03	88,48	11,44
отец	Доверие	33,61A	5,84	34,16C	5,32	39,27AC	3,16
	Коммуникация	24,78A	4,50	24,51C	4,38	29,53AC	3,00
	Отчуждение	18,7A	4,33	19,1C	4,14	15,44AC	2,97
	Общее по шкале	77,09A	14,25	77,77C	12,61	84,24AC	8,34
родители	Доверие	35,90A	6,01	36,86C	5,93	40,43AC	3,19
	Коммуникация	27,47A	4,67	28,31	4,81	31,09A	3,70
	Отчуждение	18,41A	3,15	16,55	3,80	14,85A	3,06
	Общее по шкале	81,77A	16,71	81,72C	15,93	86,36AC	10,13
друзья	Доверие	39,61	3,32	39,37	3,95	40,31	3,18
	Коммуникация	30,94	2,99	29,11	3,51	29,63	2,37
	Отчуждение	20,28A	3,65	21,13C	3,73	17,14AC	3,44
	Общее по шкале	90,83	14,81	89,61	15,17	87,08	14,08

Примечание. Здесь и далее: статистически достоверные (критерий Манна-Уитни) различия этих же показателей: А — между подростками с психосоматическими расстройствами и «условно здоровыми подростками»; В — между подростками с функциональными психосоматическими нарушениями и подростками с психосоматическими расстройствами; С — между подростками с функциональными психосоматическими нарушениями и «условно здоровыми подростками». В таблице указаны среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD).

(в привязанности к матери, отцу и друзьям) ($t_{ЭМП} = 2,714$; $p < 0,01$ — в привязанности к матери; $t_{ЭМП} = 2,004$; $p < 0,05$ — в привязанности к отцу; $t_{ЭМП} = 2,413$; $p < 0,01$ — в привязанности к друзьям). Схожие результаты мы получили в сопоставлении данных по шкале «Отчуждение» в привязанности к отцу и друзьям у испытуемых с функциональными психосоматическими нарушениями и здоровых испытуемых ($t_{ЭМП} = 2,512$; $p < 0,01$ — в привязанности к отцу; $t_{ЭМП} = 2,028$; $p < 0,05$ — в привязанности к друзьям). Более низкие по сравнению со здоровыми

подростками показатели по шкале «Доверие» в привязанности к отцу были зафиксированы у подростков обеих клинических групп ($t_{ЭМП} = 2,322$; $p < 0,05$ — у подростков с функциональными психосоматическими нарушениями; $t_{ЭМП} = 2,228$; $p < 0,05$ — у подростков с психосоматическими расстройствами).

Следует отметить, что все показатели шкал привязанности здоровых подростков к родителям и друзьям находятся в значимой, логически обусловленной, корреляционной зависимости. Например, в отличие от экспериментальных групп в группе здоровых испытуемых нами была выявлена обратно пропорциональная взаимосвязь между шкалами «Коммуникация» (уверенность подростка в том, что родители и сверстники чувствительны и отзывчивы по отношению к его эмоциональным состояниям, а также способны к оценке степени и качества необходимых коммуникаций с ним) и «Отчуждение» (постоянное переживание подростком чувств изоляции и гнева, опыта опасной сепарации с родителями и сверстниками, ведущих к ограничению контактов с ними). В тоже время в группах испытуемых с психосоматическими органическими и функциональными расстройствами корреляции между данными показателями привязанности в некоторых случаях алогичны. Например, нами обнаружена прямопропорциональная взаимосвязь между шкалами «Доверие» и «Отчуждение» в привязанности к родителям в группе подростков с психосоматическими расстройствами ($r_{ЭМП} = 0,401$; $p = 0,0004$). Можно предположить, что за этим стоят выраженное амбивалентное отношение подростков к своим родителям, страх автономии и стремление к ней, что приводит к сочетанию высокого уровня доверия со стремлением к отчуждению.

Таким образом, оценивая качество привязанности подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями к родителям, мы можем утверждать, что она обладает определенными характеристиками:

— преобладанием негативного аффективного/когнитивного опыта переживания гнева и/или безнадежности, являющихся результатом специфической привязанности к отцу;

— одновременным сочетанием в привязанности подростка к родителям чувства доверия, выражающегося в уверенности, что его потребности ими понимаются и удовлетворяются, и чувства отчуждения, проявляющегося в изоляции и переживании гнева.

Косвенно данные результаты подтверждаются и анализом рисунков семьи, выполненных детьми дошкольного и младшего школьного возраста. Для детей с психосоматическими расстройствами наиболее авторитетным членом семьи является бабушка (что может свидетельствовать об инверсии семейных ролей), а для детей с функциональными психосоматическими

тическими нарушениями — бабушка и отец. В качестве наиболее эмоционально значимых членов семьи испытуемые обеих групп выделили мать, при этом практически исключив сиблингов (даже при их наличии).

В ходе анализа результатов, полученных с помощью опросника СЭК нами было обнаружено, что подростки с психосоматическими расстройствами и функциональными нарушениями отмечают наличие в их семье таких семейных дисфункций, как родительская критика, индуцирование тревоги в семье, элиминирование эмоций и семейный перфекционизм. В табл. 4 приводятся средние значения показателей данного опросника.

Таблица 4

Стиль эмоциональных коммуникаций в семье подростков экспериментальных и контрольной групп

Шкалы опросника	Группы испытуемых					
	Подростки с психосоматическими расстройствами (N = 58)		Подростки с функциональными психосоматическими нарушениями (N = 49)		Условно здоровые подростки (N = 70)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Родительская критика	7,22A	3,09	8,94C	3,77	6,32AC	2,43
Индуцирование тревоги	12,08AB	4,12	10,04CB	3,24	7,08AC	2,41
Элиминация эмоций	10,51A	2,14	9,02C	2,29	8,16AC	1,77
Внешнее благополучие	5,13	2,21	5,03	2,19	5,15	2,18
Фиксация на негативных переживаниях	3,62	1,37	4,09	1,94	3,31	1,16
Индуцирование недоверия к людям	2,12	1,12	2,07	1,17	2,14	1,06
Семейный перфекционизм	5,77A	1,11	5,34C	1,43	4,21AC	1,05

По данным, полученным с помощью опросника СЭК, в семьях подростков с психосоматическими нарушениями и в семьях условно здоровых подростков наблюдались статистически достоверные различия по шкалам «Родительская критика» ($U_{эмп} = 1562$; $p = 0,002$), «Индуцирование тревоги» ($U_{эмп} = 1453$; $p = 0,01$), «Элиминирование эмоций» ($U_{эмп} = 1439$; $p = 0,01$) и «Семейный перфекционизм» ($U_{эмп} = 1457$; $p = 0,01$). В семьях у подростков с психосоматическими функциональными расстройствами и в семьях подростков с органическими психосоматозами наблюдались статистически достоверные различия по шкале «Индуцирование тревоги» ($U_{эмп} = 1307$; $p = 0,01$).

Родительская критика в семейных коммуникациях выражена в большей степени в группе подростков с функциональными психосоматическими нарушениями. Данный факт можно объяснить тем, что зачастую родители детей с функциональными психосоматическими нарушениями, в отличие от родителей детей с психосоматическими расстройствами, не склонны воспринимать соматические проявления ребенка как «нечто серьезное», считая, что его соматизация, прежде всего, способ манипуляции с целью отказа выполнять какую-либо деятельность (чаще всего не ходить в школу или не заниматься домашними делами). В этой же экспериментальной группе достоверно выше показатели «индуцирования тревоги», отражающие фиксацию родителей на опасностях и жизненных трудностях, которые присутствуют или могут присутствовать в жизни подростка. Таким образом, можно утверждать, что родители подростков с функциональными психосоматическими нарушениями транслируют в своем воспитании два ведущих чувства — с одной стороны, чувство недовольства, проявляющееся в чрезмерной критике ребенка, а с другой — чувство тревоги за него, связанное с реальными или возможными трудностями в его жизни.

Возложение на ребенка больших надежд, попытка избежать промахов и заслужить любовь родителей безупречным выполнением их требований, запрет на выражение чувств и элиминация эмоций наблюдались в семейных коммуникациях испытуемых обеих экспериментальных групп. Высокие стандарты деятельности, устанавливаемые родителями собственным детям, отсутствие у них возможности отреагирования собственных чувств, в том числе и позитивных, играют деструктивную роль и могут способствовать возникновению у ребенка психосоматических нарушений различной степени тяжести.

Отметим наличие достоверной положительной корреляционной взаимосвязи между показателем «гиперпротекция» (опросник АСВ) и «семейный перфекционизм» ($r_{эмп} = 0,189$; $p = 0,041$) в группе детей и подростков с психосоматическими расстройствами. Можно предположить, что существует определенная воспитательная амбивалентность в семьях данной группы детей: с одной стороны, родители вынуждают их стремиться к совершенству и выполнять различные виды деятельности, исходя из идеальной модели, а с другой, — чрезмерно заботятся о них, стараясь предупредить возникновение малейших трудностей.

Таким образом, семьи детей и подростков экспериментальных групп отличаются от семей условно здоровых сверстников более выраженные коммуникативные дисфункции, более высокие показатели родительской критики, элиминирования эмоций, семейного перфекционизма и индуцирования тревоги. Данные детских рисунков свидетельствуют о

частичном нарушении иерархической структуры семьи, где доминирует женщина, а отец исключается из процесса воспитания, хотя потребность ребенка в коммуникациях с ним очень высока. Родители детей и подростков обеих групп отметили наличие в качестве основных характеристик родительского воспитания гиперпротекцию, недостаточность требований-обязанностей и минимальность санкций, которые обусловлены, по их мнению, их воспитательной неуверенностью, наличием фобических реакций, связанных с вероятной утратой ребенка и неразвитостью родительских чувств. Патологизирующим влиянием на психосоматическое здоровье детей и подростков обладает непоследовательность и противоречивость воспитательных воздействий — одновременное сочетание родителями критики ребенка с гиперпротекцией.

В семьях детей и подростков с психосоматическими нарушениями чаще всего наблюдаются небезопасные формы привязанности, отличающиеся одновременным сочетанием доверия и отчуждения в отношении фигур привязанности.

Полученные результаты позволяют выделить следующие характерные особенности семейных дисфункций, выступающих одним из факторов риска психосоматической патологии детского и подросткового возраста:

- в аспекте воспитательных стратегий — снижение уровня требований к ребенку, стремление родителей «изолировать» его от сверстников, высокий уровень протекции и заботы;
- в аспекте семейных коммуникаций — индуцирование тревоги, фиксация на негативных ситуациях, запрет на выражение чувств и воспитательная амбивалентность;
- в аспекте семейных ролей — их инверсия (доминирование бабушек) и исключение отца из процесса воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

- Ананьев В.А.* Психология здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.
- Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 556 с.
- Билецкая М.П.* Семейная психотерапия детей с расстройствами ЖКТ. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
- Бриш К.Х.* Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. М.: Когито-Центр, 2012. 316 с.
- Варга А.Я.* Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. 14 серия. 1985. № 4. С. 17—24.
- Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
- Кравцова Н.А.* Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психо-

- соматического дизонтогенеза) // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 13—18.
- Северный А.А., Баландина Т.А.* Возрастные особенности психопатологической феноменологии и комплексной коррекции функциональных психовегетативных расстройств у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2005. № 1. С. 36—41.
- Холмогорова А.Б.* Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
- Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г.* Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94—102.
- Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2005. 333 с.
- Breuer J., Freud S.* Uber den psychischen Mechanismus hysterischer Phanomene. Vorlaufige Mittheilung // Neurol. Zbl. 1893. № 12. P. 4—10; 43—47.
- Engel G.L.* The concept of psychosomatic disorder // J. Psychosom. Res. 1967. № 11. P. 3—9.
- Ierodiakonou C.S.* The psychosomatic approach in childhood disorders: some psychodynamic and psychotherapeutic issues // Revista Portuguesa de Psicossomatica. 2001. № 1. С. 45—55.
- Lipowski Z.J.* Psychosomatic medicine: past and present // Can. J. Psychiatry. 1986. № 31. P. 8—13.
- Minuchin S., Baker L., Rosman B.L., Liebman R., Milman L., Todd T.C.* A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy // Arch. Gen. Psychiatry. 1975. № 32. P. 1031—1038.
- Schwab J, Traven N.* Factors related to the incidence of psychosomatic illness // Psychosomatics. 1979. № 20. P. 307—315.

FAMILY FACTORS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

A.A. LIFINTSEVA, A.B. KHOLMOGOROVA

This article presents the results of a comparative study of families of children and adolescents with organic psychosomatic disorders (182 children and 194 parents) and functional psychosomatic disorders (185 children and 214 parents) with families of their healthy peers who do not suffer from psychosomatic disorders (100 children and 84 parents). Analyze of parent-child relationships, characteristics of parental upbringing, the quality of children's attachment to a significant figures. The several dysfunctional communications in the families of children and adolescents with different levels of psychosomatic pathology are revealed: a high level of parental criticism and elimination of emotions combined with a high level of family perfectionism and anxiety inducing. Adolescent attachment to parents is char-

acterized by emotional ambivalence: the simultaneous combination of trust and rejection in relation to significant figures. This study found that the level of protection of parents towards their own child is directly related to an inadequate level of care received by parents in their own family of origin.

Keywords: psychosomatic disorder, children, adolescents, family dysfunctions, attachment, family emotional communication.

- Anan'ev V.A.* Psihologija zdorov'ja. SPb.:Rech', 2006. 384 s.
- Antropov Ju.F., Shevchenko Ju.S.* Lechenie detej s psihosomaticheskimi rasstrojstvami. SPb.: Rech', 2002. 556 s.
- Bileckaja M.P.* Semejnaja psihoterapija detej s rasstrojstvami ZhKT. SPb: Rech', 2010. 192 s.
- Brish K.H.* Terapija narushenij privjazannosti: Ot teorii k praktike. M.: Kogito-Centr, 2012. 316 s.
- Varga A.Ja.* Rol' roditel'skogo otnoshenija v stabilizacii detskoj nevtoticheskoj reakcii // Vestnik MGU, 14 serija. № 4. 1985. S. 17—24.
- Isaev D.N.* Jemocional'nyj stress. Psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej. SPb.: Rech', 2005. 400 s.
- Kravcova N.A.* Rol' detsko-roditel'skih otnoshenij v formirovanii psihosomaticheskix narushenij u detej i podrostkov (dinamicheskaja model' psihosomaticheskogo dizontogeneza) // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. 2005. № 22. S. 13—18.
- Severnij A.A., Balandina T.A.* Vozrastnye osobennosti psihopatologicheskoj fenomenologii i kompleksnoj korrekcii funkcional'nyh psihovegetativnyj rasstrojstv i u detej i podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2005. № 1. S. 36—41.
- Kholmogorova A.B.* Integrativnaja psihoterapija rasstrojstv affektivnogo spektra. M.: ID "MEDPRAKTIKA-M", 2011. 480 p.
- Kholmogorova A.B., Garanjan N.G.* Mnogofaktornaja model' depressivnyh, trevozhnyh i somatoformnyh rasstrojstv // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 1998. № 1. S. 94—102.
- Jejdemiller Je.G., Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M.* Semejnij diaгноз i semejnaja psihoterapija. SPb.: Rech', 2005. 333 s.
- Breuer J., Freud S.* Uber den psychischen Mechanismus hysterischer Phanomene. Vorlaufige Mittheilung // In: Neurol. Zbl. 1983. № 12. P. 4—10; 43—47.
- Engel G.L.* The concept of psychosomatic disorder // J. Psychosom. Res. 1967. № 11. P. 3—9.
- Ierodiakonou C.S.* The psychosomatic approach in childhood disorders: some psychodynamic and psychotherapeutic issues // Revista Portuguesa de Psicossomatica. 2001. № 1. C. 45—55.
- Lipowski Z.J.* Psychosomatic medicine: past and present // Can. J. Psychiatry. 1986. № 31. P. 8—13.
- Minuchin S., Baker L., Rosman B.L., Liebman R., Milman L., Todd T.C.* A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy // Arch. Gen. Psychiatry. 1975. № 32. P. 1031—1038.
- Schwab J, Traven N.* Factors related to the incidence of psychosomatic illness // Psychosomatics. 1979. № 20. PP. 307—315.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВА СНА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.И. МЕЛЁХИН

Статья посвящена когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП), которая является рекомендуемым стандартом нефармакологического лечения расстройства сна не только в молодом, но и в пожилом и старческом возрасте. Описан вклад фармакологической и нефармакологической терапии при лечении расстройств сна в поздних возрастах. На основе обзора зарубежных исследований за последние несколько лет показана эффективность когнитивно-поведенческой терапии в лечении расстройств сна в поздних возрастах. Представлены основные когнитивные модели расстройства сна. Конкретизированы когнитивные и поведенческие техники, применяющиеся при лечении расстройств сна. Выделены основные дисфункциональные убеждения о сне у пациентов поздних возрастов. Описана структура сессий когнитивно-поведенческой терапии расстройства сна в пожилом и старческом возрасте.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, успешное старение, пожилой возраст, старение, расстройство сна, поздний возраст, когнитивные техники, поведенческие техники.

За последние несколько лет наблюдается рост исследований, показывающих гибкость когнитивно-поведенческой терапии в решении сложных клинических проблем людей пожилого и старческого возраста (тревога, депрессия, бессонница, хронические боли, алкогольная зависимость, острая реакция горя) [Moller, Barbera, 2004]. Некоторые пожилые пациенты с депрессией, тревогой или бессонницей неохотно принимают назначенную им фармакотерапию и часто предпочитают психотерапевтические интервенции [Okajima, 2013; Perlis et al, 2008; Troxel, Germain, 2012].

Раньше физиологические и психологические особенности людей пожилого и старческого возраста рассматривались через призму негативных стереотипов о старении как возраста болезни/инволюции, что

препятствовало применению и успеху психотерапии в этих возрастах [Troxel, Germain, 2012]. Старение понималось как период множественных проигрышей и потерь, приводящих к хронической депрессии. Появление парадигмы *успешного старения* способствовало учету физических и психических компенсаторных ресурсов в пожилом и старческом возрасте несмотря на имеющиеся физические недуги и заболевания в поздних возрастах [Пчелина, Полуэктов, 2014; Рассказова, Тхостов, 2012; Edinger, 2005; Hood, Rogojanski, 2014]. С одной стороны, психотерапия не может полностью устранить значительные проблемы, стоящие перед многими пожилыми людьми в связи с кумуляцией (потеря близких, прогрессирующее заболевание, которые могут привести к инвалидизации), однако, с другой стороны, психотерапевтическая помощь может быть эффективной для раскрытия их внутренних ресурсов, обогащения копинг-стратегий, что способствует снижению уровня дистресса [Morin, Colecchi, 1999].

Эпидемиология и терапия расстройства сна в пожилом возрасте

Распространенность бессонницы неуклонно увеличивается с возрастом [Woodward, 2007]. Согласно зарубежным исследованиям, 15 — 35% людей старше 65 лет предъявляют жалобы на хронические проблемы со сном [Buysse, Germain, 2011; Sorocco, 2011]. Проведенные российские исследования в амбулаторной сети г. Москвы показывают, что 2/3 пациентов пожилого и старческого возраста не довольны своим сном и отмечают стойкие трудности засыпания, а также сокращение продолжительности сна из-за частых или ранних пробуждений [Belanger, LeBlanc, 2012]. Многие пожилые люди с бессонницей часто прибегают к самолечению, прежде чем обратиться к врачу [Satre, 2006]. Чаще всего при расстройствах сна применяются фармакологические интервенции в форме гипнотических препаратов, чаще бензодиазепиновой группы в течение длительного времени [Rybarczyk, Lund, 2013; Woodward, 2007]. Исследования показали, что пациенты пожилого возраста, чаще ощущают неблагоприятные побочные эффекты от этих препаратов, чем пациенты других возрастов [Buysse, 2011]. Пожилые люди, как правило, принимают несколько лекарств и отличаются наибольшей предрасположенностью к проявлению побочных эффектов данного вида терапии из-за особенностей фармакодинамики препаратов [Расстройство сна, 1995]. Кроме того, исследования показали, что бензодиазепиновые препараты в пожилом возрасте вызывают подавление медленно-волновой фазы сна, увеличивают риски перелома шейки бедра [Chand, 2013]. Наконец, фармакотерапия расстройств сна прежде всего предназначена для крат-

косрочного применения, а длительное употребление часто приводит к возникновению зависимости от психофармакотерапии, что усиливает расстройство сна.

В рамках современной *биопсихосоциальной парадигмы понимания болезни* фармакотерапия должна быть не единственной линией лечения расстройств. Многие нарушения сна в поздних возрастах носят хронический характер и часто не является самостоятельным расстройством, а коморбидны с различными формами *психических* и *соматических* расстройств [Лишнева, 2006; Morin, Azrin, 1988]. Бессонница в пожилом возрасте может быть как причиной, так и следствием аффективного спектра расстройств [Morin, Boottzin, 2006]. При наличии жалоб на бессонницу у пожилых людей возрастает риск развития депрессии. Примерно у 51% пациентов с хроническими расстройствами сна имеется психическое расстройство (субдепрессия, депрессия, тревожное расстройство, химические зависимости). При психогенно обусловленных невротических психических расстройствах частота встречаемости инсомнии достигает 80%. У пожилых людей наблюдаются психогенные депрессии невротического уровня, депрессивные реакции на стресс, посттравматические стрессовые дистимические расстройства и эндогенные аффективные нарушения субклинического уровня [Belanger, LeBlanc, 2012]. Около 30—40% пожилых людей с бессонницей предъявляют жалобы на состояние беспокойства или расстройства настроения. Однако стоит учитывать, что по мере нормального старения возрастают изменения в структуре сна. Появляются значительные сокращения продолжительности медленно-волнового сна (особенно у мужчин), небольшое сокращение процентного содержания REM-стадии, парадоксального сна и уменьшается общая продолжительность сна. Количество спонтанных ночных пробуждений к 85 годам увеличивается с 20% от общего времени (включая период засыпания). Пробуждения начинают возникать все ближе к началу сна. По пробуждении утром пациенты пожилого возраста часто ощущают разбитость. В течение дня они отмечают усталость, сонливость и раздражительность. В связи с этим начинают формироваться нереалистичные негативные ожидания в отношении качества и времени желаемого сна. Таким образом, длительность сна в поздних возрастах сокращается, а психологическая потребность в нем остается прежней [Аведисова, 2008]. Упомянутые выше изменения сна характерны даже для нормального старения, т.е. без выраженных и хронических соматических или психических заболеваний, приводящих к инвалидизации.

В связи с этим комплексная терапия нацеленная не на симптоматическое лечение расстройства сна, а на оценку активности пациента, жа-

лоб, общих соматических и психических расстройств имеет кардинальное значение в выборе стратегии лечения с целью получения положительного ответа от терапии. Нам стоит сразу пояснить, что многократные исследования показывают, что фармакологическая и психотерапевтическая интервенции при лечении расстройств сна имеют эквивалентную эффективность. Каждый вид терапии имеет следующие достоинства и недостатки [Moller, Varbera, 2004].

- *Фармакологическая терапия* имеет быстрый и устойчивый эффект. Однако имеются проблемы безопасности приема препаратов (формирование зависимости, когнитивных нарушений, рисков падения и возникновения перелома шейки бедра).

- *Психотерапевтическая терапия* краткосрочна, имеет устойчивый эффект, приемлема для лечащего специалиста и для специалистов смежных профессий. Однако может быть непрактичной, или невозможной для применения некоторыми пациентами, в связи с тем, что они не могут прекратить использование лекарств до начала психотерапии.

Одна из важнейших задач нефармакологических методов лечения расстройства сна — это коррекция терапии или отказ от приема психофармакотерапии. В связи с этим когнитивно-поведенческая психотерапия является рекомендуемым стандартом нефармакологического лечения бессонницы, эффективность данного вида психотерапии показана в ряде исследований [Gorenstein, Papp, 2007]. Когнитивно-поведенческая терапия является наиболее подходящим видом интервенций для пациентов, которые переживают потенциальные последствия своей бессонницы или которые жалуются на негативные навязчивые мысли, связанные с их сном. Главная цель лечения расстройств сна в поздних возрастах — это улучшение качества жизни и снижение риска усиленного развития соматических и психических расстройств у пациента, снижение уровня дистресса в его семье [Woodward, 2007]. Хотя проблемы со сном возникают чаще у пожилых пациентов, только 15% пожилых пациентов с хронической бессонницей получают нефармакологическое лечение [Morin, Coleschi, 1999]. На данный момент имеются фактические доказательства эффективности КПП не только при лечении первичной бессонницы, но и с коморбидностью с психическими расстройствами, хроническими болями, а также при нейродегенеративных расстройствах (например деменции) [Chand, 2013; Sorocco, 2011; Sivertsen, Nordhus, 2007]. Эффективность этого КПП заключается в том, что примерно 70—80% пациентов достигают положительного терапевтического ответа, из них примерно 40% достигают полной клинической ремиссии [Winkler, Auer, 2014].

Когнитивно-поведенческие модели расстройства сна

В основе большинства когнитивных моделей лежит принцип когнитивного возбуждения без отрицания физиологического возбуждения. Когнитивное возбуждение представлено в форме навязчивых тревожных руминаций, которые предрасполагают к расстройству сна, вызывают обострения и становятся факторами хронификации [Sogocco, 2011]. Распространенной моделью бессонницы является модель А. Spielman, представленная на рис. 1.

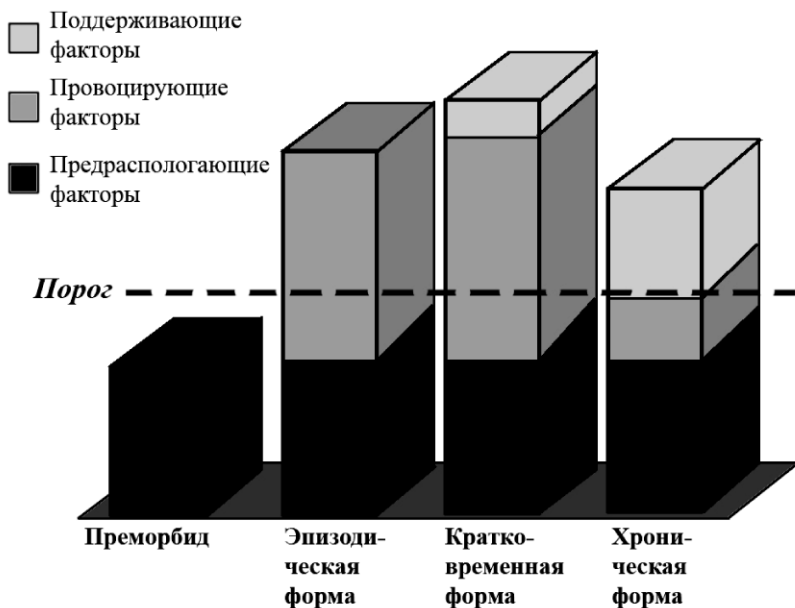


Рис. 1. Трехфакторная модель расстройства сна А. Spielman

Модель на рис. 1 позволяет прогнозировать и контролировать расстройство сна. В основе данной модели лежат принципы *диатез-стрессовой модели*, которая учитывает поведенческие факторы, что позволяет, с одной стороны, прогнозировать, насколько остро бессонница развивается в хроническое состояние, а с другой стороны, представить, какие факторы должны учитываться при лечении. Факторы диатез-стрессовой модели утверждают, что бессонница возникает остро в связи с рядом факторов. Хроническая форма расстройства сна сохраняется из-за неадекватного мультифакторного лечения, что приводит к возникновению хронизации факторов, поддерживающих расстройство сна. Таким образом, человек может быть подвержен бессоннице из-за личностных

особенностей, стрессовых факторов, в рамках которых выработались устойчивые поведенческие паттерны поведения [Gorenstein, Papp, 2007]. А. Spielman выделил следующие факторы развития расстройства сна (табл. 1).

Таблица 1
Факторы развития и поддержания расстройства сна (по А. Spielman)

	Биологический аспект	Психологический аспект	Социальный аспект
Предрасполагающие факторы	Наличие гипервозбуждения/гиперактивности. Слабая генерация системы сна	Беспокойство, раздражительность, склонность к снижению настроению	Условия сна, учет несовместимого графика сна; социальные/профессиональные требования, влияющие на сон без учета предпочитаемого графика сна
Провоцирующие факторы	Наличие заболеваний, травм, которые могут быть либо прямо, либо косвенно связаны с бессонницей	Острые реакции на стресс и/или начало психического заболевания	Изменения в социальной среде пациента, которые требуют от него гибкой адаптации с изменением предпочтительного ритма сна
Поддерживающие факторы	Разнообразные неадекватные стратегии, которые люди используют чтобы улучшить качество своего сна. Например, проводят слишком много времени в кровати (в спальне) и увеличивают время без сна. Такое поведение, однако, часто приводит к несоответствию между возможностью спать и способностью заснуть. Несоответствие будет усиливаться, если пациент будет продолжать тратить длительные периоды времени, заставляя себя заснуть		

Согласно этой модели, поведенческие и психологические компоненты почти всегда участвуют в поддержании бессонницы в течение долгого времени, независимо от характера провоцирующих факторов [Gorenstein, Papp, 2007]. Когнитивная модель А. Spielman позволяет выстроить направления терапевтических интервенций. Например, если хроническая бессонница возникает, прежде всего, по отношению к поддерживающим факторам, то фокус КПП с использованием поведенческих и когнитивных техник будет направлен на устранение неадекватных форм поведения, которые поддерживают эту стратегию. То есть, в центре внимания КПП должен быть контроль того, сколько времени тратит пациент в кровати для предотвращения поведения, направленного не на сон, а на времяпрепровождение в кровати. Лечение должно затем

сосредоточиться на этих поддерживающих факторах, даже если провоцирующие факторы могут по-прежнему играть важную роль в поддержании расстройства сна. Однако данная модель часто критиковалась, в связи чем было предложено выделить четвертую группу факторов — факторы условного возбуждения, которые влияют на хронификацию расстройства сна [Sogosso, 2011]. Исследования показывают, что одним из факторов хронификации расстройства сна является нарушение *механизма саморегуляции*. Первые же симптомы нарушения сна, которые могут быть вызваны дистрессом, хроническими соматическими заболеваниями, переживаниями, во-первых, могут вызывать у пациента тревогу за свой сон, во-вторых, приводят к действиям по контролю над своим сном. В связи с тем, что нередко такого средства управления у человека нет, это ведет к неудаче в саморегуляции, ухудшению состояния и усилению тревоги в отношении сна, что приводит к возникновению «порочно круга» расстройства сна (рис. 2).

На рис. 2 показано, как различные факторы вызывают порочный круг расстройства сна. Все, что делает человек, связано не с первичными проблемами в бодрствовании, а направлено на борьбу с самим расстройством сна. Это приводит к фиксации внимания на сне, возникновению тревожных руминаций перед сном, формированию ритуала сна и самоограничительного поведения [Perlis, 2008].

Принципы когнитивно-поведенческой терапии в поздних возрастах

При проведении когнитивно-поведенческой терапии в пожилом и старческом возрасте следует учитывать ряд организационных форм [Edinger, 2005; Chand, 2013]:

1. *Использовать медленный темп* ведения сессии из-за возрастного снижения скорости обработки информации.

2. *Говорить медленно и четко*. Из-за изменений в слухового восприятия с возрастом, важно, чтобы терапевт говорил медленно, ясно.

3. *Использование гибких форм терапии* («запишите», «покажите», «повторите») позволяет улучшать ход терапии. Психотерапевт должен всегда стремиться к тому, чтобы инструкции были понятны пациенту пожилого возраста.

4. *Использовать напоминания*. Записывать повестку дня сессии крупно на белой доске.

5. *Минимизировать повествование и использовать опоры*. Некоторые пожилые пациенты могут «соскальзывать» с темы во время терапии, в связи с этим можно использовать визуальные и вербальные подсказки, которые возвращают пациента в повестку терапии.

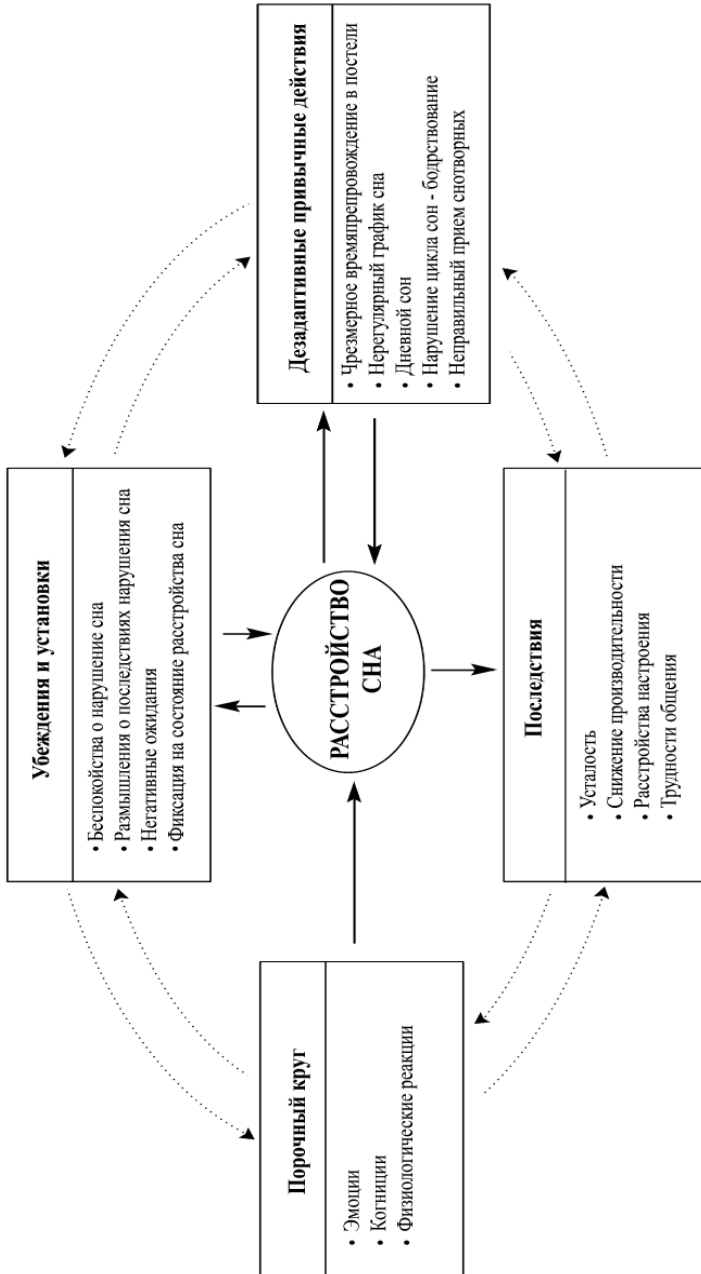


Рис. 2. Порочный круг расстройства сна

6. Поощрять пациента к ведению заметок.
7. Больше внимание уделять закреплению упражнений (демонстрации) и использованию ролевых игр.
8. Начинать выполнять частично домашнее задание или поведенческий эксперимент на сессии.
9. Просить пациента делать обобщенные выводы по результатам сессии.
10. Попросить пациента завести папку для организации заметок и материалов.
11. Регулярно использовать «мост» от предыдущей сессии и помочь пациенту припомнить что было на прошлой сессии. Если пожилой пациент испытывает трудности, вспоминая содержание или открытия предыдущих сессий, терапевт может поддерживать процесс, упоминая ключевые фрагменты работы, и попросить пациента отметить, что было полезным.
12. *Продлить курс терапии.* Замедление темпов терапии, увеличивает время для реализации полного протокола терапии. Однако снижение когнитивных функций также может быть проблемой у пожилых людей и, следовательно, требует адаптации протоколов лечения. Например, упрощенная форма дневника сна с указанием времени отхода ко сну, времени нахождения в кровати, времени возникновения сна и общего времени сна может предоставить достаточно информации, чтобы продолжить лечение. Кроме того, лечение может сосредоточиться исключительно на ограничении времени, проведенного в кровати, и не включать все компоненты [Sivertsen, Nordhus, 2007].

Далее мы рассмотрим когнитивные и поведенческие техники когнитивно-поведенческой терапии при лечении расстройств сна.

Когнитивные и поведенческие техники

Изначально в психотерапии расстройств сна использовались изолированно такие техники, как контроль стимула, ограничение сна, гигиена цикла сна—отдыха отдыха и когнитивное реструктурирование (табл. 2). Однако при изолированном использовании они были сосредоточены только на одной модальности [Вестбрук, Кенерлі, Кірк, 2014; Rybarczyk, Lund, 2013].

Остановимся на когнитивных техниках, предназначенных для отслеживания дисфункциональных убеждений, касающихся сна и оценки их достоверности с помощью дневника мыслей и поведенческих экспериментов. Цели когнитивных техник: определить представления о сне; оценить правдивость/не правдивость мысли; реатрибуция неправдивых мыслей реальными; информирование о физиологии сна и особенностях сна в пожилом и старческом возрасте [Moller, Barbera, 2004]. При работе со стратегиями обработки информации пациенты начинают пони-

Таблица 2
 Описание поведенческих техник из протокола когнитивно-поведенческой терапии расстройства сна

Техники	Описание и цель	Примечания применительно к пожилым пациентам
Обучение стимулированию контроля над сном	Методика направлена на создание гарантии того, что сон связан с быстрым засыпанием. Инструкция: 1) лечь в кровать, только тогда когда вы испытываете сонливость; 2) использовать кровать только для сна и сексуальных отношений; 3) если не можете заснуть в течение 15—20 минут, встаньте с кровати; 4) займитесь монотонной работой; 5) вернитесь в кровать. Рекомендуются переворачивания часов циферблатом к стене. Также требуется просыпаться в определенное время, независимо от количества сна	Пожилым пациентам предлагается избегать ограничений трудовой активности и стараться смешивать отдых с активностью (вести мониторинг дневной активности и утомления). Дневной сон может быть полезен, если он будет своевременным и коротким по продолжительности. Он может помочь уменьшить дневную усталость у пожилых людей. Использовать различную деятельность чтобы оставаться активным, найти что-то еще кроме сна, что можно делать утром и вечером
Ограничение сна	Методика направлена на искусственное сокращение времени, проводимого в кровати, до времени, которое пациент, по его мнению, действительно спит; затем по мере достижения требуемой эффективности сна ему разрешают увеличивать время нахождения в кровати. Время укладывания, подъема и эффективности сна ежедневно отмечаются в дневнике сна	
Метод парадоксальной интенции	Пациенту даются советы, прямо противоположные здравому смыслу: например, предлагается ставить перед собой будильник и вести его на определенное время (30 минут,	

Техники	Описание и цель	Применения применительно в пожилым пациентам
Релаксирующие техники	<p>1—2 часа). Просят закрыть глаза и каждые 5 минут посмотреть прошли ли 30 минут. Далее переходят на шаг 1 час и далее — 2 часа</p> <p>Снижение нервно-психического напряжения (например, прогрессирующая мышечная релаксация, аутогенная тренировка) или работа с навязчивыми мыслями, которые мешают спать (например, ментализация, медитация)</p>	<p>Техники релаксации требуют обучения и ежедневной практики по крайней мере от 2 до 4 недель с подробным описанием релаксационных процедур и более детальным обсуждением их эффективности в пожилом возрасте. Техника прогрессирующей мышечной релаксации очень требовательна к процедуре выполнения, и иногда ее трудно понимать и применять людям пожилого возраста. Для предотвращения мышечных спазмов и при артрите для устранения мышечного статического напряжения стоит применять пассивные методы релаксации</p>
Гигиена сна	<p>Общие рекомендации (диета, физические упражнения, исключить употребление психоактивных веществ) и изменение факторов окружающей среды (например, света, шума, температуры), которые могут способствовать или препятствовать сну</p>	<p>Трудности, возникающие при преодолении проблем со сном — защитное поведение. Стратегии, которые изначально имеют благоприятное влияние на гигиену сна, могут со временем превратиться в защитное поведение. Важность быть физически активными (фиксировать три раза в день уровень активности-занятости, уровень утомления и сонливости. Выделяем активную часть суток, делим на три с учетом специфики жизнедеятельности пациента). В поздних возрастах особенно важно учитывать влияние факторов окружающей среды на сон</p>

мать, что их заботы и катастрофические мысли носят негативный и разрушительный характер. Например, при дихотомическом мышлении, пациенты говорят «всегда» (например, «Я всегда плохо сплю») или «никогда» (например, «Я никогда не смогу добиться хорошего сна для меня») в отношении расстройства сна [Sogosso, 2011]. С применением техник они начинают понимать, что прошлой ночью, когда они спали плохо, они все еще были в состоянии делать свои дела дома, принимать учеников, ходить в магазин, но это было для них затратным по силам. Несмотря на плохой сон, они не были неуспешными, не отменяли занятия с учениками на дому. Их болезни не ухудшаются, и они не умрут от этого. Хотя они, возможно, были уверены, что становятся больными и непривлекательными, и окружающие люди это замечают.

Исследования показывают, что в пожилом и старческом возрасте преобладают следующие убеждения [Satre, 2006]:

- **Неправильные представления о причинах бессонницы** («бессонница является нормальной частью старения», «бессонница у меня из-за моего нейрогенного расстройства мочевого пузыря», «бессонница из-за того что я очень нервная и у меня много болезней и болей»);
- **Нереальные ожидания повторной бессонной ночи — желание иметь «хороший» сон** («Я должен спать 8 часов каждый день»);
- **Неправильные представления о последствиях бессонницы** («Бессонница может сделать меня больным или вызвать у меня нервный срыв», «Из-за бессонницы я буду весь день уставшей и чувствовать себя неуспешной и неполноценной»);
- **Ошибочное мнение о дневном плохом самочувствии** («У меня был плохой день из-за моей бессонницы», «я устаю днем из-за своей бессонницы ночью», «У меня не может быть полноценного дня из-за моей бессонницы»);
- **Неправильное представление о контроле сна** («Я не могу предсказать, когда я буду спать хорошо, а когда плохо»);
- **Представление о том, что хороший сон зависит от того насколько ты приложишь физические усилия** («Когда у меня проблемы с засыпанием, я должен оставаться в постели и стараться заснуть»).

Структура когнитивно-поведенческой терапии расстройства сна

Полноценное лечение нарушения сна должно быть комплексным, что показано на рис. 3

КПП направлена непосредственно на когнитивные и поведенческие факторы, которые поддерживают бессонницу, в том числе и на такие факторы, как проведение большого количества времени в постели, сон



Рис. 3. Структура когнитивно-поведенческой психотерапии расстройства сна

днем, нерегулярный график сна-бодрствования, чрезмерные негативные мысли о потере сна и размышления о последствиях дневного сна и плохого сна ночью [Hood, Rogojanski, 2014]. Различные техники когнитивно-поведенческой терапии, как правило, вводятся в последовательном режиме посредством от шести до восьми терапия сессий, что показано на рис. 4 [Sivertsen, Nordhus, 2007].

Из рис. 4 видно, что поведенческая техника «ограничение сна», как правило, вводится первой, а затем — техника «контроль стимула», когнитивные техники и — техника «гигиена сна». Эта последовательность может быть изменена в зависимости от целей лечения, выявленных в ходе клинической оценки. Важно учитывать, что проблема бессонницы может являться вторичной относительно другой психической или соматической проблемы. В таких случаях при необходимости следует применить КПП к этому расстройству, например, при депрессии или тревожном расстройстве в поздних возрастах [Gallagher, 2007].

В целом КПП расстройств сна состоит из 4—10 сессий, которые длятся от 50 до 60 минут и проводятся примерно один раз в неделю, с двухнедельным разрывом до начала лечения для обеспечения самоконтроля поведения до и во время сна [Perlis, 2008]. Стандартный подход к ведению сессии, как правило, интерактивный и дидактический. КПП расстройств сна имеет следующую структуру:

• **Первая сессия (60—120 минут).**

1. Представиться пациенту.
2. Заполнить анкеты о пациенте.
3. Провести клиническое интервью (учет возраста, социального и семейного статуса. Рост. Вес. Наличие сопутствующих заболеваний. Про-

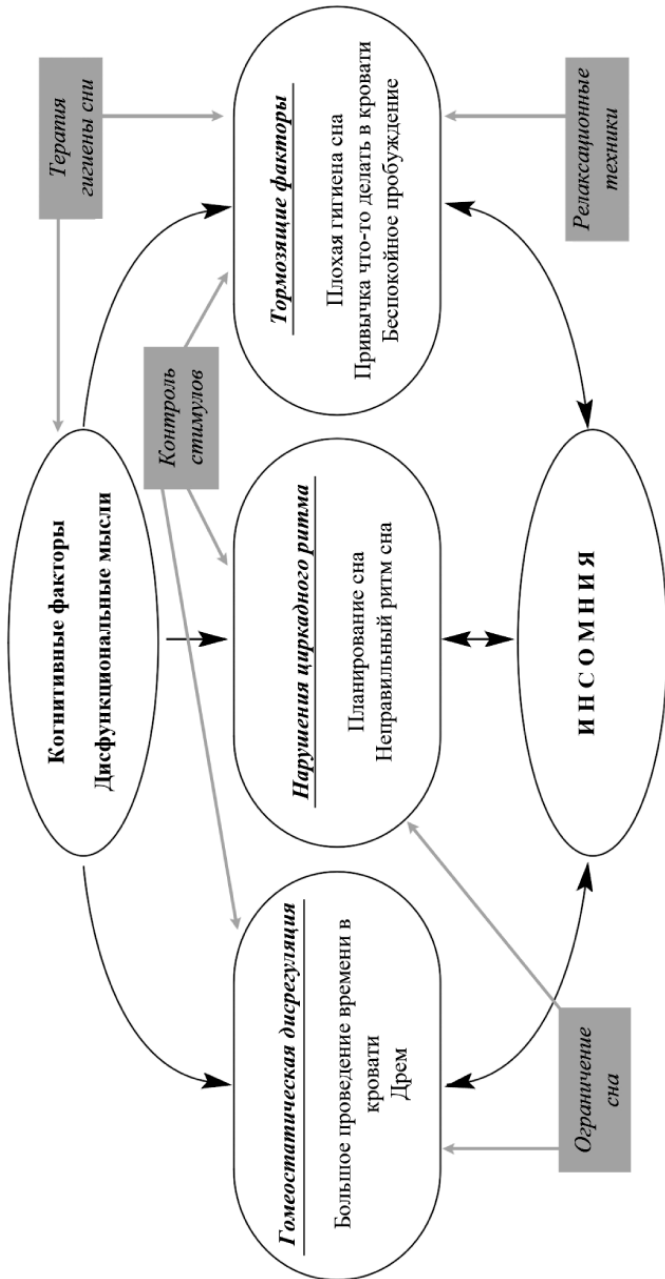


Рис. 4. Алгоритм использования поведенческих техник при лечении расстройств сна

должительность сна, частота нарушений сна. Наблюдались ли ранние нарушения сна. Индивидуальные особенности цикла «сон—бодрствование». Анкета отношения к инсомнии. Индекс тяжести инсомнии. Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна. Уровень дистресса. Оценка наличия депрессии и чувства одиночества).

4. Определить, есть ли у пациента соматические или психическое расстройство. Определить наличие трех факторов нарушения сна.

5. Определить, подходит ли КПП для пациента.

6. Определить другой возможный вариант лечения.

7. Представить пациенту краткий обзор вариантов лечения. Ознакомить пациента с КПП, ее эффективностью и основными положениями.

8. Ознакомить пациента с дневником сна.

9. Получить обратную связь от пациента.

10. Установить еженедельную повестку дня.

• **Вторая сессия (60—120 минут).**

1. Обобщить и проанализировать дневник сна (на основе дневника сна высчитывается TST (общее время сна) = TIB (время в кровати) — (SL (задержка сна) + WASO (пробуждение после начала сна))).

2. Определить план лечения. Отказаться от психофармакотерапии.

3. Провести обзор данных дневника за неделю.

4. Объяснить пациенту когнитивную модель бессонницы.

5. Ознакомить пациента с поведенческими техниками ограничения и контроля за стимулами.

6. Проанализировать общее время, проведенное в кровати (TIB) и время подъема с кровати (TOB).

7. Разработать поведенческие стратегии: как не заснуть в установленное время и что делать с моментом пробуждения ночью.

• **Третья сессия (45—60 минут).**

1. Обобщить и графически представить результаты дневника сна.

2. Оценить достижения в области применения поведенческих техник и соблюдение правил в отношении сна.

3. Ознакомить пациента с гигиеной сна.

• **Четвертая сессия (30—60 минут).**

1. Обобщить данные дневника сна.

2. Оценить выгоды и издержки лечения.

3. Определить границы применяемых поведенческих техник.

• **Пятая сессия (60—90 минут).**

1. Обобщить данные дневника сна.

2. Оценить выгоды и издержки лечения.

3. Продолжить восхождение к желаемому результату, который выражается в общей продолжительности сна (TST).

4. Рассматривать вопросы, касающиеся навязчивых мыслей и отрицательных мыслей, касающихся сна (когнитивная терапия негативных мыслей в отношении сна). Выявлять проблемные автоматические мысли и убеждения с помощью дневника мыслей).

• **Шестая и седьмая сессии (30—60 минут).**

1. Обобщить данные дневника сна.
2. Оценить выгоды и издержки лечения.
3. Выявлять защитные форм поведения. Проводить оценку и реатрибуцию негативных мыслей в отношении сна.
4. Осваивать телесные (релаксирующие) техники.
5. Продолжить восхождение к желаемому результату (желаемая общая продолжительность сна (TST)).

• **Восьмая сессия (30—60 минут).**

1. Обобщить данные дневника сна.
2. Оценить достижения в области лечения (в целом).
3. Обсудить профилактику рецидивов (обзор поведенческих подходов к лечению бессонницы; подход к поддержанию клинических успехов; обсудить, что делать, когда бессонница возвращается).

Последнее время при лечении расстройств внедряется психотерапия, основанная на осознанности (Mindfulness-based therapy for insomnia). В этом подходе интегрируются элементы поведенческих стратегий при лечении бессонницы с практикой сосредоточения и медитации. Эта практика помогает пациентам лучше узнать свое состояние, связанное с мыслями, которые имеют тенденцию быть источниками беспокойства, и изменить свое отношение к сну. Медитация не используется в качестве стратегии, релаксации, чтобы помочь пациенту заснуть. Результаты исследований показывают, что сочетание сосредоточения и медитации с КПП приводит к значительному улучшению качества сна, которое сохраняется на протяжении 12 месяцев после лечения [Hood, Rofojanski, 2014]. Также существуют короткие формы протоколов лечения КПП (Brief behavioral treatment for insomnia) в течении 2—4 сессий с освоением когнитивных и поведенческих техник. 2 из 4 сессий могут осуществляться по телефону или Skype. Исследования показали, что такой тип терапии особенно эффективен у пациентов пожилого и старческого возраста [Troxel, Germain, 2012; Winkler, Auer, 2014].

Заключение

В этой статье мы показали, что когнитивно-поведенческая терапия направлена на развитие навыков управления сном с помощью различных методов, обучающих пациента доступным ему способам нормализации

ции режима сна. Протокол лечения расстройств сна включает в себя психообразование, поведенческие и когнитивные техники. Данный вид психотерапии позволяет многим пациентам восстановить чувство контроля над сном, тем самым снижая эмоциональный дистресс. Однако, большим препятствием для многих пациентов пожилого и старческого возраста является необходимость прекратить использование лекарств до начала психотерапии. У некоторых пациентов развивается психологическая зависимость от лекарств, которые они используют в течение длительного периода времени. Таким образом, немедикаментозные интервенции могут быть непрактичными, или неподходящими для некоторых пациентов, поскольку они не могут прекратить использование лекарств до начала психотерапии. Наконец, пациенты должны иметь систему убеждений, что эта форма лечения расстройства сна будет действовать в их интересах, усиливая мотивацию достижения успеха, чтобы отказаться от «легкого» выбора лечения расстройства сна — медикаментозной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Аведисова А.С.* Терапия расстройств сна: современные подходы к назначению гипнотиков. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. 112 с.
- Вестбрук Д., Кеннерли Г., Кирк Д.* Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо, 2014. 420 с.
- Лишневская В.Ю.* Инсомния у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией // Міжнародний неврологічний журнал. 2006. № 5. С. 99—101.
- Пчелина П.В., Полуэктов М.Г.* Возможности коррекции инсомнии (бессонницы) без применения снотворных препаратов // Лечащий врач. 2014. № 05.
- Расказова Е.И., Тхостов А.Ш.* Клиническая психология сна и его нарушений. М.: Смысл, 2012. 320 с.
- Расстройства сна. СПб: Медицинское информационное агенство, 1995. 160 с.
- Стрыгин К.Н.* Нарушения сна в пожилом возрасте // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2013. № 12.
- Belanger L., LeBlanc M.* Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults // Cognitive and Behavioral Practice. 2012. Vol. 19. P. 101—115
- Buysse D.J., Germain A. et al.* Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults // Arch Intern Med. 2011. Vol. 171. № 10. P. 887—895.
- Chand S.P.* How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults // Current psychiatry. 2013. Vol. 12. № 3.
- Cognitive behavior therapy with older adults: innovations across care settings / ed. K.H. Sorocco. Sean Lauderdale Springer Publishing Company, 2011. 474 p.
- Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia / ed M.L. Perlis et al. Springer. 2008. 182 p.
- Edinger T.* Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia // Clinical Psychology Review. 2005. Vol. 25. P. 539—558

- Gorenstein E.E., Papp L.A. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in the elderly // *Curr Psychiatry Rep.* 2007. Vol. 9. № 1. P. 20—25.
- Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults / ed. Gallagher Thompson Dolores, A. Steffen. Springer. 2007. 346 p.
- Hood H.K., Rogojanski J. Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Insomnia // *Curr Treat Options Neurol.* 2014. Vol. 16. P. 321
- Moller H.J., Barbera J. Psychiatric aspects of late-life insomnia // *Sleep Medicine Reviews.* 2004. Vol. 8. P. 31—45.
- Morin C.M., Azrin N.H. Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1988. Vol. 56. P. 748—753.
- Morin C.M., Bootzin R.R. Buysse Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998—2004) // *Sleep.* 2006. Vol. 29. P. 1398—1414.
- Morin C.M., Colecchi C.A. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized clinical trial // *The Journal of the American Medical Association.* 1999. Vol. 281. P. 991—999.
- Okajima I. Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia // *Psychiatry Research.* 2013. Vol. 210. P. 515—521
- Rybarczyk B., Lund H.G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults: Background, Evidence, and Overview of Treatment Protocol // *Clinical Gerontologist.* 2013. Vol. 36. P. 70—93
- Satre D.D. Cognitive-Behavioral Interventions With Older Adults: Integrating Clinical and Gerontological Research // *Professional Psychology: Research and Practice.* 2006. Vol. 37. № 5. P. 489—498.
- Sivertsen B., Nordhus I.H. Management of insomnia in older adults // *Br J Psychiatry.* 2007 Apr. 2007. Vol. 190. P. 285—286.
- Troxel W.M., Germain A., Buysse D.J. Clinical management of insomnia with brief behavioral treatment (BBTI) // *Behav Sleep Med.* 2012. Vol. 10. № 4. P. 266—279.
- Vaughn McCall W. Diagnosis and Management of Insomnia in Older People // *Journal of the American Geriatrics Society.* 2005. Vol. 53. P. 272—277.
- Winkler A., Auer C. Drug treatment of primary insomnia: a meta-analysis of polysomnographic randomized controlled trials // *CNS DRugs.* 2014. P. 1—18.
- Woodward M.C. Managing Insomnia in Older People // *Journal of Pharmacy Practice and Research.* 2007. Vol. 37. № 3. P. 236—241.

COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY SLEEP DISORDERS IN ELDERLY AND SENILE AGE

A.I. MELEHIN

The article is devoted to cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) which is the recommended standard non-pharmacological treatment of sleep disorders not only in young ages, but in elderly and senile age. Describes the contribution of

pharmacological and non-pharmacological therapy for the treatment of sleep disorders in later ages. Based on the review of foreign studies over the past several years demonstrates the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of sleep disorders in later ages. Presents basic cognitive models of sleep disorders. Specific cognitive and behavioral techniques used in the treatment of sleep disorders. Main dysfunctional beliefs about sleep in patients late ages. Describes the structure of the sessions of cognitive-behavioral therapy sleep disorders in elderly and senile age.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, successful aging, old age, aging, sleep disorder, late age, cognitive techniques, behavioral techniques.

- Avedisova A.S.* Terapiya rasstroistv sna: sovremennye podkhody k naznacheniyu gipnotikov. M.: OOO "Meditinskoe informatsionnoe agenstvo", 2008. 112 p.
- Vestbruk D., Kennerli G., Kirk D.* Vstup u kognitivno-povedinkovu terapiyu. L'viv: Cvichado, 2014. 420 p.
- Lishnevskaya V.Y.* Insomniya u bol'nykh pozhilogo vozrasta s arterial'noi gipertenziei. Mizhnarodnii nevrologichnii zhurnal. 2006. № 5. p. 99—101.
- Pchelina P.V., Poluektov M.G.* Vozможности korrektsii insomnii (bessonnitsy) bez primeneniya snotvornyykh preparatov. Lechashchii vrach. 2014. №05.
- Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh.* Klinicheskaya psikhologiya sna i ego narusheni. M.: Smysl, 2012. 320 p.
- Rasstroista sna. SPb: Meditsinskoe informatsionnoe agenstvo, 1995. 160 p.
- Strygin K.N.* Narusheniya sna v pozhilom vozraste. Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i psixiatriya. 2013. № 12.
- Belanger L., LeBlanc M.* Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults // Cognitive and Behavioral Practice. 2012. Vol. 19. p. 101—115
- Buysse D.J., Germain A.* et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. // Arch Intern Med. 2011. Vol. 171. № 10. p. 887—895.
- Chand S.P.* How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults // Current psychiatry. 2013. Vol. 12. № 3.
- Cognitive behavior therapy with older adults: innovations across care settings / ed. Kristen Hilliard Sorocco. Sean Lauderdale Springer Publishing Company, 2011. 474 p.
- Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia // ed M.L. Perlis et al. Springer. 2008. 182 p.
- Edinger T.* Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia // Clinical Psychology Review. 2005. Vol. 25. p. 539—558
- Gorenstein E.E., Papp L.A.* Cognitive-behavioral therapy for anxiety in the elderly // Curr Psychiatry Rep. 2007. Vol. 9. № 1. p. 20—25.
- Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults / ed. Gallagher Thompson Dolores, Steffen A. Springer. 2007. 346 p.
- Hood H.K., Rogojanski J.* Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Insomnia // Curr Treat Options Neurol. 2014. Vol. 16. p. 321
- Moller H. J., Barbera J.* Psychiatric aspects of late-life insomnia // Sleep Medicine Reviews. 2004. Vol. 8. p. 31—45.

- Morin C.M., Azrin N.H.* Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56. p. 748—753.
- Morin C.M., Bootzin R.R.* Buysse Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998—2004) // Sleep. 2006. Vol. 29. p. 1398—1414.
- Morin C.M., Colecchi C.A.* Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized clinical trial // The Journal of the American Medical Association. 1999. Vol. 281. p. 991—999.
- Okajima I.* Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia // Psychiatry Research. 2013. Vol. 210. p. 515—521
- Rybarczyk B., Lund H.G.* Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults: Background, Evidence, and Overview of Treatment Protocol // Clinical Gerontologist. 2013. Vol. 36. p. 70—93
- Satre D.D.* Cognitive-Behavioral Interventions With Older Adults: Integrating Clinical and Gerontological Research // Professional Psychology: Research and Practice. 2006. Vol. 37. № 5. p. 489—498.
- Sivertsen B., Nordhus I.H.* Management of insomnia in older adults // Br J Psychiatry. 2007 Apr. 2007. Vol. 190. p. 285—286.
- Troxel W.M., Germain A., Buysse D.J.* Clinical management of insomnia with brief behavioral treatment (BBTI). // Behav Sleep Med. 2012. Vol. 10. № 4. p. 266—279.
- Vaughn McCall W.* Diagnosis and Management of Insomnia in Older People // Journal of the American Geriatrics Society. 2005. Vol. 53. p. 272—277
- Winkler A., Auer C.* Drug treatment of primary insomnia: a meta-analysis of polysomnographic randomized controlled trials. // CNS DRugs. 2014. p. 1—18.
- Woodward M.C.* Managing Insomnia in Older People // Journal of Pharmacy Practice and Research. 2007. Vol. 37. № 3. p. 236—241.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ «ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ»

Е.И. ЗАХАРОВА, А.С. ЧУВАЕВА

В статье представлены результаты исследования особенностей отношения женщин с диагнозом «привычная невынашиваемость беременности» к будущему ребенку, родительской позиции, к себе в роли матери. Делается вывод о том, что группе женщин с нарушением течения беременности свойственно негативное отношение к родительской позиции, которую им предстоит осваивать, к себе в роли матери. Необходимость освоения неприемлемой позиции вызывает тревожное состояние, ощущение незащищенности. Такие личностные особенности, как экстернальность контроля, неэффективные защитные механизмы, не обеспечивают ресурс для совладания с трудной жизненной ситуацией.

Ключевые слова: отношение к себе в роли матери, родительская позиция, защитные механизмы, копинг-стратегии.

Проблема невынашивания беременности¹ не нова, однако не теряет своей актуальности. Частота и стабильность данного нарушения процесса гестации в настоящее время достаточно высока — 15—20% от всех планируемых беременностей [Сидельникова, 2007]. Причины такой патологии долгое время рассматривались, в основном, только в области акушерства и гинекологии, эндокринологии, а проблема считалась чисто медицинской. Действительно, процессы зачатия, вынашивания и рождения ребенка являются естественными, вполне физиологичными и генетически обусловленными. Оптимальные условия для развития эмбриона создаются формированием «гестацонной доминанты», и последующей нейро-гумморальной регуляцией [Сидорова, Макаров, 2009].

В то же время, психологические исследования свидетельствуют о возможности нарушения функциональных состояний в связи с глубокими эмоциональными переживаниями человека, сопровождающимися изменением его нормального гормонального фона. В этом случае мо-

¹ Под невынашиванием понимается самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель (самопроизвольный аборт).

гут быть нарушены многие естественные процессы жизнедеятельности организма [Соколова, Николаева, 1995]. Какие же переживания могут вызвать осложнение протекания беременности? Период ожидания и рождения ребенка сопровождается глубокой перестройкой всей системы отношений взрослого человека. Формирующееся отношение может существенно варьировать в широком диапазоне от абсолютного принятия до категорического непринятия, отвержения. Это отношение, определяющее преобладание эмоционального состояния женщины, и может приводить к нарушениям процесса гестации, его блокированию. Становится все более очевидным, что психическое состояние беременной женщины, ее индивидуально-психологические особенности имеют достаточно важную, если не определяющую роль.

Исследования последних десятилетий позволили очертить круг психологических факторов, создающих серьезные проблемы в реализации репродуктивной функции. Это и наследственно обусловленные индивидуально-личностные особенности, и нарушения материнско-детских отношений, и неадекватные механизмы реакции на стресс, и особенности содержания ценностно-смысловой сферы (Н.П. Коваленко., Г.Г. Филиппова, И.В. Добряков, Д. Пайнз, Э. Дойч).

Однако и в настоящее время проблема далека от своего решения. Учитывая существование различных векторов напряженности в системе отношений беременной женщины, особенно важной становится задача выявления проблемного поля отношений. Поскольку ее эмоциональное состояние определяется целым комплексом факторов и отношений: к материнству в целом, к будущему ребенку, к себе в роли матери, — необходимо разобраться, какая из перечисленных систем «несет на себе большую нагрузку». Мы планировали проанализировать систему отношений к будущему родительству женщин, для которых самопроизвольное прерывание беременности стало привычным.

С целью анализа характера отношений к предстоящему материнству и способов совладания с трудной жизненной ситуацией женщин, страдающих «привычным невынашиванием беременности» (не менее двух репродуктивных потерь в анамнезе) было проведено эмпирическое исследование, в котором приняли участие 40 беременных женщин. Одну группу составили женщины с физиологическим протеканием беременности, а вторую группу — женщины, имеющие диагноз «привычное невынашивание» неясной этиологии. Исследование проводилось на базе НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени Кулакова (отделение патологий беременности и невынашивания) и в женской консультации и отделении патологии родильного дома № 26 г. Москвы.

Мы предполагали, что женщинам с «привычным невынашиванием беременности» свойственно воспринимать будущее материнство как угрозу собственному благополучию. Переживания остаются травмирующими в связи со спецификой стратегий совладания со стрессовой ситуацией и способами реагирования на стресс. Для проверки выдвинутой гипотезы были поставлены следующие задачи:

— сравнительный анализ системы отношений женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин с физиологически протекающей беременностью;

— сравнительный анализ защитных механизмов и способов реагирования на стрессовую ситуацию женщин двух указанных групп.

Реализация поставленных задач осуществлялась с помощью таких методов, как клиническая полуструктурированная беседа, проективное сочинение «Я — будущий родитель» [Карабанова, 1998], анализ рисунка «Я и мой ребенок», опросник «Уровень субъективного контроля» [Бажина, Голынкина, Эткинд, 1984], анализ рисунка «Человек под дождем» [Остер, Гоулд, 2001], опросник «Копинг — стратегии» [Крюкова, 2007], опросник «Защитно-приспособительные механизмы личности» [Мак-Вильямс, 2007].

Статистическая обработка результатов эмпирического исследования велась с помощью статистического пакета SPSS.16.

Описание выборки. Женщины из исследуемой выборки — экспериментальной группы (группа ПНБ — привычное невынашивание беременности) и контрольной группы (группа ФБ — физиологическая беременность) — состоят как в зарегистрированном браке, так и в гражданском. В группе ПНБ в зарегистрированном браке состоят 15 человек (75%), в гражданском — 5 человек (25%). В группе ФБ в зарегистрированном браке состоят 18 человек (90%), в гражданском — 2 человека (10%). За редким исключением, это работающие женщины: в группе ПНБ не работает 1 человек (5%), в группе ФБ не работает 2 человека (10%). По возрастному составу женщины принадлежат к одной возрастной группе. Группу ПНБ составили женщины в возрастном диапазоне от 24 до 44 лет, с наибольшей частой встречаемости возраста 30—35 лет (65%). Группу ФБ ставили женщины в возрастном диапазоне от 21 до 33 лет, с наибольшей частотой встречаемости 24—30 лет (65%). Вторая группа немного моложе, что объясняется условиями отбора в первую группу — наличие репродуктивных потерь в анамнезе. Сроки беременности несколько различались. Основной состав группы ПНБ — это женщины на 19—37 неделе беременности, основной состав группы ФБ — женщины на 30—36 неделе беременности. Сдвиг к более ранним срокам беременности в первой группе объясняется необходимостью медицинского сопровождения женщин с анализируемыми нарушениями.

Для исследования отношения к будущему родительству мы использовали две проективные методики: сочинение «Я-будущий родитель» и рисунок «Я и мой ребенок». Такое дублирование мы сочли необходимым, поскольку материал, полученный с помощью методики «Родительское сочинение» оказался очень скудным. Вне зависимости от того, в какую группу входили женщины, они испытывали затруднения в написании текста и стремились быстрее завершить выполнение задания. Предложение выполнения рисуночной пробы, хотя и вызывало удивление, увлекало женщин. Поскольку результаты диагностики по двум методикам оказались непротиворечивыми, появилась возможность вынесения общего заключения.

Эмоциональное отношение к ребенку

В отношении эмоционального принятия ребенка между группами различий практически нет. Рисуночная методика показала в большей степени позитивное отношение к ребенку. Данные сочинения свидетельствуют о преобладании амбивалентного отношения (50% и 70% соответственно в группах ПНБ и ФБ). Непринятие ребенка встречается крайне редко (15% и 10% случаев соответственно в группах ПНБ и ФБ). Женщины обеих групп обладают в равной мере адекватным когнитивным образом ребенка. Они изображают младенцев в адекватной форме активности (сон, кормление, созерцание), одетыми в адекватную возрасту одежду (пеленки, распашонки, ползунки, отсутствие одежды), добавляют характерные для возраста атрибуты (соски, погремушки).

Эмоциональное отношение к родительской позиции

Отношение женщин двух групп к родительской (материнской) позиции существенно различается. По результатам родительского сочинения, позиция непринятия в отношении будущего родительства встречается в 2 раза чаще в группе ПНБ (35% и 15% соответственно в группах ПНБ и ФБ). Амбивалентное отношение в группе женщин с физиологическим протеканием беременности тоже немного ниже (30% и 20% соответственно в группах ПНБ и ФБ). Принятие родительской позиции в группе женщин с физиологическим протеканием беременности встречается в 2 раза чаще (35% и 65% в группах ПНБ и ФБ соответственно). Определение значимости различий проводилось с помощью непараметрического критерия для двух независимых выборок Манна-Уитни ($U = 134$, при $p \leq 0,05$). Это значит, что женщины с физиологическим протеканием беременности настроены к принятию родительской позиции более позитивно. Результаты рисуночной пробы также свиде-

тельствуют о наличии тенденции в группе женщин с физиологическим протеканием беременности относиться к позиции родителя более адекватно и принимающе.

Эмоциональное отношение к себе в роли матери

Результаты, полученные с помощью рисуночной пробы, свидетельствуют о существенных различиях между женщинами двух групп (рис. 1).

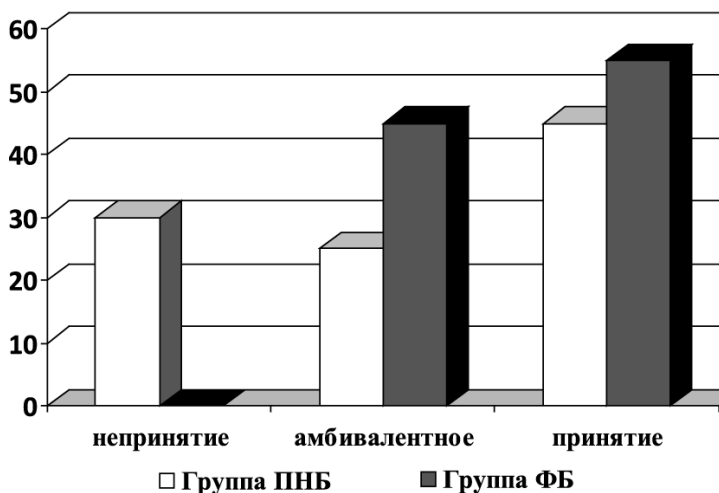


Рис. 1. Особенности отношения к себе в роли матери у женщин с патологическим и физиологическим протеканием беременности

Непринятие себя в роли матери обнаружено в группе ПНБ (30%), в то время, как в женщины с физиологическим протеканием беременности не отвергают себя в роли матери. По результатам обеих методик мы получили согласованный результат. Системы отношений женщин из двух исследуемых групп существенно различаются. На фоне положительного отношения к будущему ребенку, степень принятия материнской роли в группе женщин с привычным невынашиванием беременности существенно ниже. Родительская роль не является для них привлекательной, они не видят себя в роли матери, что является подтверждением первой части высказанной нами гипотезы.

Зафиксировав специфику отношения женщин к материнской роли, выяснив, что освоение этой роли представляет для них угрозу, мы перешли к анализу их эмоционального состояния и способов совладания с трудной жизненной ситуацией.

Состояние тревоги, отсутствие защищенности

Результаты, полученные посредством методики «Человек под дождем» свидетельствуют о том, что уровень тревоги у женщин с физиологической беременностью существенно ниже. Определение значимости различий проводилось с помощью непараметрического критерия для двух независимых выборок Манна-Уитни ($p \leq 0,05$). Женщины из группы с ПНБ значительно чаще переживают тревогу ($U = 128$; $p = 0,036$). Угроза, приводящая к тревожному состоянию, воспринимается значительно более существенной по сравнению с женщинами у которых беременность протекает нормально ($U = 89$; $p = 0,001$). Кроме того, женщины из группы ПНБ ощущают себя беззащитными перед лицом опасности, им ничто не может помочь ($U = 124$; $p = 0,029$). Женщины с физиологически протекающей беременностью чувствуют себя более защищенными, они используют защиту адекватную уровню угрозы (потребность в сверхзащите в два раза больше). Зафиксировав столь неблагоприятное состояние женщин, мы приняли решение проанализировать, каким образом, они стремятся его преодолеть.

Стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями

В теории копинг-поведения, основанной на работах когнитивных психологов Р. Лазаруса и С. Фолькман, выделяются базисные стратегии совладания: планирование решения проблем, поиск социальной поддержки, избегание. Стратегии совладающего поведения, к которым прибегают женщины исследуемой нами выборки, определялись при помощи опросника «Копинг-стратегии». Методика выявила, что сходство между группами беременных женщин состоит в достаточно частом использовании такой стратегии, как планирование решения проблемы. В то же время есть и различие. 40% женщин экспериментальной группы используют лишь одну стратегию поведения — планирование решения проблемы. Несмотря на то, что данная стратегия является достаточно эффективной, узкий диапазон используемых средств совладания снижает продуктивность решения проблемы. Женщины группы ФБ кроме планирования решения проблемы, используют еще и поиск социальной поддержки, причем так же часто (50% и 50%). Следовательно, можно добавить, что репертуар совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях у них шире. Статистически значимое различие между группами выявлено при помощи непараметрического критерия для независимых выборок Манна-Уитни по использованию такой стратегии совладания, как поиск социальной поддержки ($U = 103$; $p = 0,005$). Это стратегия совладания, ориентированная на решение проблемы, при этом предпринимаются усилия

обрести эмоциональный комфорт и помощь в преодолении стрессовой ситуации, обращаясь к другим людям. Женщины с физиологическим протеканием беременности гораздо чаще обращаются к другим людям за помощью.

По мнению Лазаруса, реализация используемых людьми стратегий совладания обеспечивается некоторыми структурами личности. Это копинг-ресурсы. Одним из таких ресурсов является локус контроля по Роттеру — приписывание причинности и ответственности за результаты своей и чужой деятельности.

Особенности субъективного контроля

Методика на определение локуса контроля показала, что уровень общей интернальности у женщин выборки существенно различается. Поскольку нас интересует распределение результатов по крайним значениям интернальности, для наглядности представим результаты в виде графиков (рис. 2, 3).

Диаграммы, в целом, дают представление о том, что женщинам с физиологической беременностью больше присущ интернальный локус контроля по шкале достижений, семейных отношений и межличностных отношений. В группе женщин с патологической беременностью больше распространен экстернальный локус контроля. Женщины не склонны брать на себя контроль за происходящими в их жизни событиями.

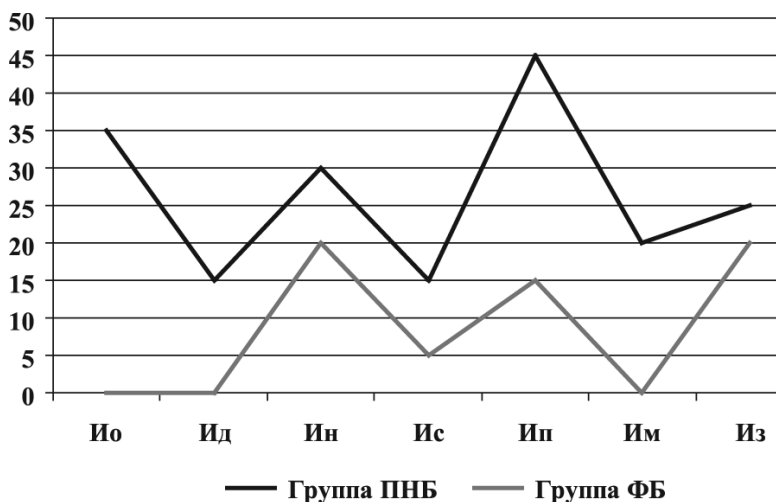


Рис. 2. Особенности распределения низких значений УСК (зона экстернальности) среди женщин с патологическим и физиологическим протеканием беременности

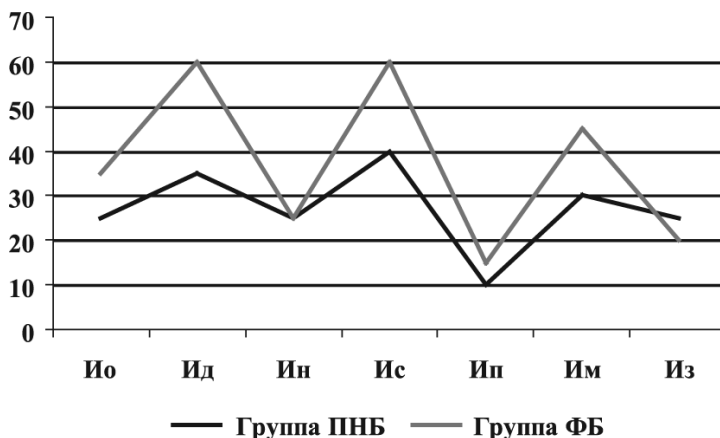


Рис. 3. Особенности распределения высоких значений УСК (зона интернальности) среди женщин с патологическим и физиологическим протеканием беременности

ями. Они живут с ощущением, что от них самих немного зависит, перекладывая ответственность за происходящее на окружающих людей.

Защитно-приспособительные механизмы личности

Феномены, которые называются психологическими защитами, имеют полезные функции и, в целом, направлены на повышение адаптации [Мак-Вильямс, 2007]. Защитный характер они приобретают в том случае, когда их действие направлено на сохранение самоуважения или на защиту собственного «Я» от какой-либо угрозы: избежать или овладеть угрожающим чувством — тревогой, горем или другими дезорганизирующими эмоциональными переживаниями. Для исследования использования защитно-приспособительных механизмов личности мы применили опросник, составленный на основе методики «Индекс жизненного стиля», адаптированный и стандартизированный лабораторией клинической психологии психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. По результатам методики можно судить об отсутствии различий между группами в использовании таких защит, как регрессия, замещение и вытеснение (эти защиты используются, в основном, редко).

Наиболее часто женщинами с ПНБ используются рационализация (55%) и проекция (50%). Рационализация позволяет исказить реальность с помощью ложной аргументации. Человек пользуется проекцией, приписывая другим желания и мысли, осуждаемые и недопустимые для себя. Для женщин с патологиями беременности это может позво-

лить «выводить» внутренние противоречия вовне, не отождествляя их с собой. В качестве причин своих трудностей приводятся рациональные объяснения.

Для женщины с физиологической беременностью свойственно часто использовать только проекцию — 55% участниц. В то же время статистическая обработка при помощи непараметрического критерия для независимых выборок Манна-Уитни показала значимое различие между женщинами в использовании защитного механизма компенсации ($U = 130$; $p \leq 0,05$). Этот механизм, в целом, используется чаще женщинами с физиологической беременностью, хотя основная частота его использования и находится в средней области. Результаты исследования по методике удобно представить в виде сравнительной диаграммы (рис. 4).

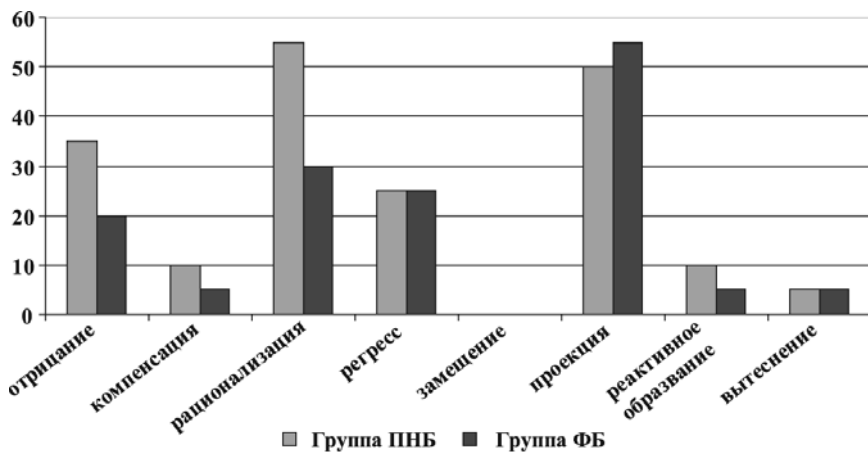


Рис. 4. Сравнительная диаграмма преимущественного использования ЗПМЛ женщинами с патологической и физиологической беременностью

В целом, женщинам из исследуемой выборки свойственно прибегать в трудной ситуации к такой стратегии совладания, как планирование решения проблемы. Но при этом женщины с физиологическим течением беременности активно используют и такой копинг, как поиск социальной поддержки и имеют копинг-ресурс — интернальный локус контроля. В качестве защитного механизма при этом может использоваться компенсация.

Напротив, женщины с патологическим течением беременности, хотя и прибегают к проблемно-ориентированной стратегии планирования решения проблемы, но не имеют достаточных копинг-ресурсов. Свойственный им в большинстве случаев экстернальный локус контро-

ля ведет к перекладыванию на других ответственности за все, что с ними происходит. Часто используемый при этом защитный механизм рационализации ведет к искажению ситуации посредством ложной аргументации. Эти особенности женщин с ПНБ могут быть причиной неэффективности совладающего поведения, что ведет к сохранению у них повышенного уровня тревожности.

Подводя итог проведенному исследованию, можно утверждать следующее.

— Женщины, страдающие «привычным невынашиванием беременности», и женщины с физиологическим протеканием беременности имеют общие особенности отношения к будущему ребенка. Адекватность когнитивного образа ребенка, его эмоциональное принятие свойственны обеим группам в равной мере.

— Особенностью женщин с патологиями беременности является выраженное непринятие/амбивалентное отношение к себе в роли матери и сложности с принятием родительской позиции.

— Для женщин с ПНБ характерно состояние повышенной тревоги, ощущение угрозы и неадекватной защиты.

— Женщинам с «привычным невынашиванием беременности» свойственен экстернальный локус контроля, при котором ответственность за все, что с ними происходит, перекладывается на внешние обстоятельства. Как копинг-ресурс экстернальность не может обеспечить эффективного решения проблем. Следствием этого является то, что такая копинг-стратегия, как планирование решения проблемы, к которой женщины, страдающие патологиями беременности, прибегают чаще всего, не является оптимальной.

Заключение

Мы обратились к анализу эмоциональной сферы женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности, полагая, что причина нарушений репродуктивной сферы может быть связана с переживанием перестройки системы ее отношений. Отношение, по словам Мясищева, является внутренней стороной связи человека с действительностью, выражающейся в переживаниях, реакциях и действиях. Особенно важным, по Мясищеву, является отношение человека к самому себе, так как это один из компонентов самосознания. С точки зрения отношения женщины к себе в материнской роли, предполагающей обретение новой самоидентичности, по мнению Э. Эриксона, чрезмерная сосредоточенность на самой себе, желание видеть в себе свое собственное и единственное дитя могут вступать в противоречие со стремлением заботиться о других и с творчеством, в которое вложена частичка собствен-

ной неповторимой индивидуальности. Женщина может переживать конфликт между желанием иметь ребенка и отношением к новой социальной роли и новой социальной позиции, что сказывается на ее соматическом состоянии, блокируя в некоторых случаях процесс гестации. Мы видим, что проблемы принятия родительской позиции могут представлять собой психологический компонент «привычного невынашивания беременности».

ЛИТЕРАТУРА

- Бажина Е.Ф., Голынкина С.А., Эткинд А.М.* Метод исследования субъективного контроля // Психологический журнал. 1984. Том 5. № 3. С. 152—163.
- Карабанова О.А.* Проективная методика «Родительское сочинение» в практике семейного консультирования // Семейная психология и семейная терапия. 1998. № 1. С. 59—73.
- Крюкова Т.Л.* Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. 2007. № 3. С. 93—112.
- Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2007. 276 с.
- Остер Д., Гоулд П.* Рисунок в психотерапии. М.: Смысл, 2001. 184 с.
- Русина Н.А.* Копинг-ресурсы личности как основа ее здоровья // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. М.: Институт психологии РАН, 2008. С. 197—216.
- Сидельникова В.М.* Эндокринология беременности в норме и при патологии. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 352 с.
- Сидорова И.С., Макаров И.О.* Течение и ведение беременности по триместрам. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. 304 с.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. 352 с.

PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF "RECURRENT MISCARRIAGE"

E.I. ZARHAROVA, A.S. CHOUVAEVA

The results of studies of the relationship of women with a diagnosis "habitual spontaneous abortion" to the unborn child, the parental position, yourself as a mother. The conclusion is that a group of women with violation of pregnancy tend to negative attitudes towards parental position that they have to learn, to his role as a mother. Need to develop unacceptable positions causes anxiety, a sense of insecurity. Such personal characteristics as the externality of control, ineffec-

tive defense mechanisms do not provide a resource for coping with difficult life situations.

Keywords: attitude to himself as a mother, parental attitude, defense mechanisms, coping strategies.

- Bazhina E.F., Golyunkina S.A., Etkind A.M.* Metod issledovaniya sub"ektivnogo kontrolya [The method of investigation of subjective control]. // *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 1984. Vol. 5. № 3. pp. 152—163.
- Karabanova O.A.* Proektivnaya metodika "Roditel'skoe sochinenie" v praktike semeinogo konsul'tirovaniya [Projective technique "Parents composition" in the practice of family counseling] // *Semeinaya psikhologiya i semeinaya terapiya* [Family psychology and family therapy], 1998. № 1. pp. 59—73.
- Kryukova T.L.* Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ) [Questionnaire of coping (adaptation techniques WCQ)] // *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Journal of Practical Psychology], 2007. № 3. pp. 93—112.
- Mak-Vil'yams N.* Psikhooanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse [Psychoanalytic diagnostics: Understanding personality structure in the clinical process] / Mak-Vil'yams N. Moscow: Nezavisimaya firma "Klass", 2007. 276 p.
- Oster D., Gould P.* Risunok v psikhoterapii [Figure in psychotherapy] / Oster D., Gould P. Moscow: Smysl, 2001. 184 p.
- Rusina N.A.* Koping-resursy lichnosti kak osnova ee zdorov'ya [Coping resources of personality as the basis of her health] // *Sovladayushchee povedenie: Sovremennoe sostoyanie i perspektivy* / Pod red. A.L. Zhuravleva, T.L. Kryukovoi, E.A. Sergienko. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2008. pp. 197—216.
- Sidel'nikova V.M.* Endokrinologiya beremennosti v norme i pri patologii [Endocrinology of pregnancy in normal and pathological states] / Sidel'nikova V.M. Moscow: MEDpress-inform, 2007. 352 p.
- Sidorova I.S., Makarov I.O.* Tehenie i vedenie beremennosti po trimestram [Pregnancy and accompaniment on a trimester] / Sidorova I.S., Makarov I.O. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2009. 304 p.
- Sokolova E.T., Nikolaeva V.V.* Osobennosti lichnosti pri pogranychnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolevaniyakh [Personality traits in borderline disorders and somatic diseases] / Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Moscow: SvR-Argus, 1995. 352 p.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК (ТГСК) У ДЕТЕЙ

А.Е. ХАИН

В статье дается описание психологической стороны одного из новейших методов терапии ряда онкологических, гематологических и иммунных заболеваний в педиатрии. ТГСК является высокоспецифичным и стрессогенным видом лечения, предъявляющим особые требования к адаптационным способностям как пациентов, так и членов их семьи. В статье даны обзор и анализ основных тем и результатов существующих психологических исследований в данной области, описаны трудности, связанные с их проведением. Автором также обозначены перспективные задачи и рекомендации для будущих исследований.

Ключевые слова: психо-онкология, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, психологическая адаптация, дистресс.

Введение

Трансплантация костного мозга является одним из наиболее современных и передовых методов лечения пациентов с онкологическими, гематологическими и тяжелыми иммунными заболеваниями. Несмотря на более чем шестидесятилетнюю историю исследований, позволивших развивать данный метод лечения, только в конце 70-х гг. были достигнуты первые, немногочисленные успешные результаты [Donnall, 2000]. В настоящее время отмечается значительный прогресс как в совершенствовании метода лечения, так и в возрастании количества пациентов проходящих через ТГСК. Ежегодно в мире проводится 50—60 тыс. трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток.

Первые аллогенные ТГСК детям проведены в России в 1992 г. По расчетам, ориентированным на современные стандарты трансплантационной активности, в нашей стране ежегодная потребность в трансплантации у детей и подростков составляет примерно 2000 ТГСК [Скоробогатова, Балашов, Трахтман, 2011]. Несмотря на то, что данная потребность пока удовлетворяется недостаточно, количество трансплантаций в последние годы растет (2011 — 200 детей, 2013 — 370 детей). Расширяется также круг паци-

ентов, направляемых на ТГСК. Растущее число пациентов позволяет впервые подойти к проведению исследований различных психологических аспектов ТГСК, а также делает их все более актуальными и востребованными как в теоретическом, так и в практическом аспектах.

Комплексный подход к сохранению и восстановлению физического и психического здоровья детей является традиционным для отечественной педиатрии. Один из его ключевых компонентов — внимание к психологическому состоянию детей, своевременное выявление особых потребностей детей с различной соматической патологией, а также психолого-педагогическая помощь членам их семьи. Реализация данного подхода предполагает как можно более раннее включение психологов, дефектологов, реабилитологов в состав мультидисциплинарной команды специалистов, начиная уже с первого, стационарного этапа лечения [Закрепина, 2014; Суроегина, Холмогорова, 2014, Хаин с соавт., 2014]. Большое значение имеет понимание специфики различных этапов лечения и факторов, влияющих на динамику психологического состояния пациента и его семьи [Суроегина, Холмогорова, 2014].

Несмотря на отчетливую тенденцию раннего подключения к лечению спектра специалистов в других областях педиатрии, в виду особой специфики организации лечебного процесса и тяжести соматического состояния пациентов, в детской гематологии, онкологии и иммунологии данный процесс только начинает свое развитие [Хаин с соавт., 2014]. Актуально исследование различных психологических аспектов данных заболеваний и их высокоспециализированного лечения. Изучение основных трудностей и задач психологической адаптации на различных этапах ТГСК не только самого пациента, но и его семьи в целом необходимо для разработки рекомендаций специалистам, оказывающим различную психолого-педагогическую помощь в период столь длительного и тяжелого лечения. Анализ существующих зарубежных исследований является важным шагом для обозначения перспективных задач развития исследований в данной области в отечественной медицинской психологии, коррекционной педагогике и психо-онкологии.

ТГСК: особенности лечения

ТГСК нередко является лечением, связанным с «последней надеждой». Несмотря на то, что развитие данного вида лечения позволяет спасти многие жизни, оно остается в значительной степени связанным с рисками неудач (смертности) и побочных эффектов, значительно влияющих на дальнейшее качество жизни пациента. Процесс лечения, включающий в себя ТГСК, является длительным, сопряжен с большим числом тяжелых, болезненных процедур и состояний, а также ограничений, на-

кладываемых на образ жизни пациента и его семьи в целом. Данный вид лечения является, безусловно, одним из наиболее инвазивных и тяжелых не только в медицинском плане, но и в психологическом.

Прежде чем перейти к обзору существующих психологических исследований в данной области, опишем суть и процесс ТГСК, обращая внимание также на некоторые его психологические аспекты. Существуют три разновидности ТГСК: трансплантация костного мозга, стволовых клеток периферической и пуповинной крови. Несмотря на это, термин «трансплантация костного мозга» до сих пор наиболее часто употребим, поскольку является исторически первым видом трансплантации. На начальном этапе ТГСК (кондиционирование) пациент получает массивную химиотерапию, которая порой сочетается с облучением всего тела для «разрушения», «уничтожения», «подавления» функционирования собственного костного мозга ребенка, который в силу имеющегося заболевания работает «неправильно», либо активно продуцируя «плохие», «дефектные» клетки, либо не вырабатывая необходимые. Нами не случайно выбираются из имеющихся информационных материалов различные формулировки, объясняющие суть лечения, так как они, по нашему опыту, могут оказывать влияние на восприятие ребенком как собственного заболевания и лечения, так и, возможно, развития самовосприятия в целом.

Через несколько дней пациенту переливаются собственные, «очищенные» стволовые клетки, которые перед кондиционированием были взяты и заморожены (аутологичная трансплантация) или клетки родственного/неродственного донора (аллогенная). Предварительное решение о виде трансплантации порой является для семьи весьма драматичным событием, так как включает в себя обследование родственников для поиска подходящего донора. Само согласие на подобное обследование и донорство является не всегда простым решением, важны также этические вопросы связанные с привлечением в качестве доноров маленьких детей (брат/сестра пациента). В случае удачного приживления в результате трансплантации собственное кроветворение пациента полностью заменяется на донорское.

Так как процесс первичного приживления занимает в благоприятном случае от двух до четырех недель, а процесс восстановления кроветворения занимает в общей сложности не меньше года, условия лечения предполагают значительную изоляцию и большое число различных ограничений, предотвращающих развитие инфекций и кровотечений. Ребенок находится в стерильном, с постоянно очищаемым и заменяемым воздухом и тщательно подобранными и постоянно стерилизуемыми предметами минимум месяц. Все посетители, включая ухаживающего родственника и персонал, заходят в бокс в специальной одежде, шапоч-

ке и маске. Серьезно контролируется питание ребенка, ограничиваются продукты и способ их приготовления. Внимание уделяется также личной гигиене, которую даже подросткам, в силу объективных особенностей, в основном проводят ухаживающие родные. Все это создает особое чувство уязвимости и беспомощности, усиливает зависимость от других людей. Данный режим на начальном этапе лечения, а также, отчасти, и в последующем периоде, связан с выраженной депривацией — двигательной, сенсорной, социальной.

Высокодозная химиотерапия и возможное облучение могут вызывать серьезные побочные эффекты терапии. Это выпадение волос, мукозит и диарея, тошнота и рвота, слабость. Данные симптомы затрудняют прием пищи, порой сопровождаются неприятными ощущениями и болью, требующей различного спектра сопроводительной терапии, включая наркотическое обезболивание (морфин). Помимо неприятных и болезненных ощущений дети сталкиваются с порой тяжелыми для их восприятия изменениями тела — облысение, полнота, шрамы и растяжки. К долгосрочным побочным эффектам относят вероятность развития бесплодия. В некоторых случаях репродуктивные клетки замораживают до проведения терапии, однако это касается в основном юношей и недостаточно часто практикуется в нашей стране. Нередко о такой вероятности подростки узнают уже постфактум. При неродственной трансплантации одним из наиболее частых и опасных осложнений ТГСК является «реакция трансплантат против хозяина» (РТПХ). Различают острую и хроническую РТПХ. При данной реакции трансплантированные клетки донора реагируют на клетки пациента (хозяина) как на чуждые, «враждебные» и начинают «атаковать» различные органы пациента, повреждая их. Для лечения РТПХ применяются иммуносупрессоры, большие дозы стероидных препаратов, однако летальность остается достаточно высокой. Особенно драматично это ситуация воспринимается, когда донором является родственник, близкий человек пациента, который наблюдает как «его клетки», призванные спасти ребенка, «разрушают» его.

Психологические исследования пациентов ТГСК и членов их семей

В силу описанных выше причин, касающихся постепенного развития данного метода лечения в России, нами не было найдено отечественных психологических исследований пациентов ТГСК и членов их семей.

Несмотря на то, что в рамках развития «психо-онкологии» за рубежом все больше появляется различных психологических исследований детей, проходящих или уже прошедших через ТГСК, авторами отмечаются различные методологические трудности проведения исследований как в дан-

ной области, так и в психо-онкологии в целом. А.Ф. Patenaude с соавт. [Patenaude, Kupst, 2005], анализируя трудности проведения исследований в детской психо-онкологии, отмечает следующие важные вопросы:

— ограничения выборки, связанные с малым количеством пациентов в любом отдельно взятом медицинском центре;

— вопросы включения пациентов в исследование — трудности учета большого числа факторов, связанных с различиями в диагнозе, методах лечения и его эффектах (трудности сопоставления психосоциальных и соматических компонентов);

— трудности выбора контрольной группы, так как опыт детей, проходящих данное лечение трудно с чем-либо сопоставить;

— недостаток существующих методов исследования, включая трудности интерпретации результатов опросниковых методов, делающих акцент на самоотчет пациента (родителя).

Авторы обращают внимание не только на потребность сравнения онкологических пациентов с группой «нормы», но и на более глубокое изучение пациентов на различных этапах и видах лечения. Необходимость дополнения количественных методов качественными позволит также глубже понять опыт пациентов и их семей, так как вклад оценки, значения и восприятия ими опыта болезни и лечения в особенности адаптации остается недостаточно изученным в существующих зарубежных исследованиях [Patenaude, Kupst, 2005].

При проведении исследований в психо-онкологии недостаточным также остается учет контекста развития. При постулировании важности учета возрастного этапа развития ребенка для планирования поддерживающих и образовательных компонентов в практической работе социальных и психологических служб [Lucas, 2010; Marcus, 2012] возрастные особенности восприятия болезни и лечения, а также различных аспекты адаптации редко становятся фокусом внимания исследователей.

В качестве одной из современных тенденций психологических исследований в психо-онкологии (с 2000 г.) можно обозначить изменение фокуса внимания с патологических, негативных последствий опыта пациентов и их семьи на изучение ресурсов, позволяющих эффективно, «позитивно» адаптироваться к данной стрессовой ситуации, а также более широких и комплексных понятий, таких как «адаптивный стиль» и «резальянс» [Patenaude, Kupst, 2005; Phipps, 2007]. Данная тенденция отчасти связана с накоплением противоречивых результатов исследований, часть которых продемонстрировала отсутствие у детей, получающих лечение от онкологических заболеваний, выраженных психологических нарушений, а порой и более низкий уровень представленности отдельных синдромов (депрессия, ПТСР), чем в группе нормы. Изуче-

ние особенностей резальянса (способности к позитивной адаптации в стрессовой ситуации) у группы онкологических пациентов позволяет в целом расширить понимание особенностей резальянса у детей, так как до недавнего времени он изучался только в контексте воздействия таких социальных стрессоров, как бедность, социальная запущенность, а также пережитое насилие [Phipps, 2007].

Большинство *психологических исследований пациентов ТГСК* и членов их семей в основном касаются исследований психологического дистресса, а также качества жизни данной группы на разных этапах лечения [Andrykowski, 1995; Dermatis, 1990; Jim, 2012; McQuellon, 1998; Patenaude, 1990; Vrijmoet-Wiersma, 2009]. При этом отмечается дефицит исследований, включающих в свой дизайн предтрансплантационное обследование, а также лонгитюдное наблюдение в долгосрочном посттрансплантационном периоде. Данные существующих исследований говорят о наиболее интенсивном дистрессе как у пациентов, так и у их родственников непосредственно перед и в период активной фазы трансплантации (первый месяц). Наиболее высокие уровни дистресса в это время являются по мнению авторов фактором риска для нарушений адаптации в долгосрочном периоде [Jim, 2012; Vrijmoet-Wiersma, 2009]. Таким образом, крайне важна оценка психологического состояния пациентов и членов их семей, начиная с периода подготовки к трансплантации, которая поможет идентифицировать семьи, нуждающиеся в дополнительной поддержке и психологическом сопровождении. Среди факторов, влияющих на высокий уровень дистресса, выделяют высокий общий уровень тревожности, более тяжелый ход трансплантации, отсутствие социальной поддержки. В ряде исследований отмечается также влияние предыдущего травматического опыта, а также больший вклад субъективной оценки хода лечения по сравнению с его объективными характеристиками [Vrijmoet-Wiersma, 2009]. Влияние преморбидных характеристик не только на уровень дистресса, но и на показатели «качества жизни» также существенно [Andrikowski, 1995].

R. Maloney с соавт., представляя модель «трансплантационного опыта», учитывающую в том числе социокультурные факторы, отмечают необходимость учета в научной и практической работе в данной области вопросов развития и «системных» вопросов в целом [Maloney, 2005]. Влияние социокультурных факторов на восприятие пациентом и его семьей опыта трансплантации, а также на качество коммуникации семья—персонал часто остается без внимания.

Еще одним интересным исследованием, делающим попытку рассмотрения опыта ТГСК с «системных» позиций, в данном случае с позиций психоаналитического подхода, является работа Н. Kaechele, N. Grulke [Kaechele, Grulke, 2006]. Исследуя с помощью психодиагностических

интервью защитные механизмы взрослых пациентов ТГСК, авторы пришли к выводу, что ведущими защитами являются не отрицание, как считалось ранее, а интеллектуализация, рационализация и минимизация. Уникальность опыта ТГСК, безусловно, интересна для психоанализа, особенно аспекты, связанные с темой идентичности. Однако авторы отмечают трудности поиска подходящего формата для исследования непосредственно в процессе ТГСК и критически малое количество таких пациентов, которые приходят после ТГСК в психоаналитическую терапию, где они могли бы быть более глубоко проанализированы.

Заключение

Таким образом, при наличии значительного прогресса в развитии медицинских подходов к трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, неуклонном росте числа пациентов, которым планируется, проводится или уже была проведена ТГСК, психологические аспекты адаптации к процессу лечения, а также его влияние на качество жизни ребенка и его семьи остаются недостаточно изученными. В связи с развитием данного направления медицины, возрастает потребность в осмыслении воздействия уникальных условий ТГСК на психологическое состояние и дальнейшее развитие ребенка, а также в разработке обоснованных рекомендаций по психолого-педагогическому сопровождению и реабилитации пациентов/семьи. Тем не менее анализ литературы говорит об отсутствии психологических исследований данной группы пациентов в России, а также о дефиците комплексных исследований специфики психологической адаптации к ТГСК за рубежом. Существующие исследования говорят о том, что высокая доля неопределенности и риска, а также изоляция, депривация и другие аспекты данного вида терапии, являются значительным стрессом для участников лечения и предъявляют высокие требования к адаптационным способностям пациента и семьи в целом. Дети/подростки, проходящие через ТГСК, и их родители нередко демонстрируют высокие уровни тревоги и депрессии, симптомы посттравматического стрессового расстройства. Изучение возрастных, личностных, социокультурных особенностей восприятия и переживания данных условий лечения детьми, понимание специфики психологических нагрузок на различных этапах ТГСК, позволят создать программы психолого-педагогического сопровождения, отвечающие уникальным нуждам пациентов ТГСК и их семей. Перспективным для будущих исследований было бы сочетание как количественных, так и качественных методов, а также использование соответствующего отечественной психологической школе комплексного, интегративного подхода к анализу взаимосвязи различных факторов адаптации [Выгот-

ский, 2005; Соколова, Николаева, 1995, Тхостов, 2002; Холмогорова, 2002]. Перспективным будет изучение не только факторов риска дезадаптации, но личностных и семейных ресурсов совладания.

ЛИТЕРАТУРА

- Выготский Л.С.* Психология развития ребенка. М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
- Закрепина А.В.* Коррекционное обучение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой в условиях стационарной реабилитации: Дисс. ... канд. психол. наук. 2014.
- Скоробогатова Е.В., Балашов Д.Н., Трахтман П.Е.* и др. Итоги двадцатилетнего опыта трансплантации гемопоэтических стволовых клеток у детей // Педиатрия. 2011. Том 90, № 4. С. 12—16.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: «SvR-Аргус», 1995. 352 с.
- Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б.* Психоэмоциональное состояние подростков и молодежи, перенесших тяжелую травму спинного мозга, на различных этапах реабилитации // Консультативная психология и психотерапия. 2014, № 3. С. 43—65.
- Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
- Хаин А.Е., Клипинина Н.В., Никольская Н.С., Орлов А.Б., Евдокимова М.А., Стефаненко Е.А., Кудрявицкий А.Р.* Опыт создания и работы психологической службы в детской гематологии/онкологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1. С. 106—126.
- Холмогорова А.Б.* Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002, № 3. С. 97—105.
- Andrykowski M.A., Greiner C.B., Altmaier E.M., Burish T.G., Antin J.H., Gingrich R., McGarigle C., Henslee-Downey P.J.* Quality of life following bone marrow transplantation: findings from a multicenter study // British Journal of Cancer. 1995. 71. P. 1322—1329.
- Dermais H., Lesko L.M.* Psychological distress in parents consenting to child's bone marrow transplantation // Bone Marrow Transplant. 1990, 6(6). P. 411—417.
- Donnall E.T.* Bone marrow transplantation: a historical review // Medicina, Ribeir, o Preto. 2000, 33. P. 209—218.
- Jim H.S.L., Syrjala K.L., Rizzo D.* Supportive care of hematopoietic cell transplant patients // Bio Blood Marrow Transplant. 2012, 18, p.12—16.
- Kaechele H., Grulke N.* Psychoanalytic aspects of bone marrow transplantation // International Congress Series 1286. 2006. P. 95—100.
- Lucas L.R.* Psychosocial aspects of pediatric rehabilitation // Pediatric Rehabilitation. 2010. P. 493—500.
- Maloney R., Clay D.L., Robinson J.* Sociocultural issues in pediatric transplantation: a conceptual model // Journal of pediatric psychology 2005, 30 (3). P. 235—246.
- Marcus J.* Psychosocial issues in pediatric oncology // The Ochesner Journal 2012. 12, P. 211—215.

- McQuellon R.P., Rissell G.B., Rambo T.D., Craven B.L., Radford J., Perry J.J., Cruz J., Hurd D.D.* Quality of life and psychological distress of bone marrow transplant recipients: the time trajectory to recovery over the first year // *Bone Marrow Transplant*. 1998. № 21(5). P. 477—486.
- Patenaude A.F.* Psychological impact of bone marrow transplantation: current perspectives // *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 1990. № 63. P. 515—519.
- Patenaude A.F., Kupst M.J.* Psychosocial functioning in pediatric cancer // *Journal of pediatric psychology*. 2005. № 30 (1). P. 9—27.
- Phipps S.* Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach // *Journal of Pediatric Psychology*. 2007. № 32(9). P. 1055—1066.
- Vrijmoet-Wiersma C.M.J., Egeler R.M., Koopman H.M., Lindahl A.N., Grootenhuis M.A.* Parental stress before, during and after pediatric stem cell transplantation: a review article // *Support Care Cancer*. 2009. P. 1435—1443.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PEDIATRIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

A.E. KHAIN

The article is devoted to the psychological effects of one of the newest type of treatment for the patients with oncological, hematological or metabolic diseases. HSCT is a highly specific, complex and stressful treatment that places high demands on the adaptation abilities of the patients and their families. This article provides an overview of the main issues and results of psychological researches with the attention on the difficulties of the research in this field. The author identifies promising targets for the future research.

Keywords: psycho-oncology, hematopoietic stem cell transplantation, psychological adaptation, distress.

- Vygotskij L.S.* Psihologija razvitija rebenka [The psychological development of the child] Moscow: Publ. Smysl; Jeksmo, 2005, 1136 p.
- Zakrepina A.V.* Korrektsionnoe obuchenie detei s tyazheloi cherepno-mozgovoi travmoy v usloviyakh statsionarnoi reabilitatsii [Correctional education of children with a severe craniocerebral injury in the conditions of stationary rehabilitation] Diss. Dokt. Psychol. Nauk. [Dr. Sci.(Psychology) diss.], 2014.
- Skorobogatova E.V., Balashov D.N., Trakhtman P.E.* i dr. Itogi dvadtsatiletnego opyta transplantatsii gemopoeticheskikh stvolovykh kletok u detei [Results of twenty years' experience of transplantation of haematopoietic stem cells transplantation at children]. *Pediatriya [Pediatrics]*, 2011, Tom [Vol.] 90, № 4, pp. 12—16.
- Sokolova E.T., Nikolaeva V.V.* Osobennosti lichnosti pri pogranichnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolovaniyakh [Personal features of borderline and somatic disorders]. Moscow: Publ. SvR-Argus, 1995, p. 352.
- Surogina A.Yu., Kholmogorova A.B.* Psikhoeotsional'noe sostoyanie podrostkov i molodezhi, perenesshikh tyazheluyu travmu spinnoego mozga, na razlichnykh etapakh

- reabilitatsii [Psychoemotional condition of the teenagers and youth who had a severe injury of a spinal cord at various stages of rehabilitation]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Consultive psychology and psychotherapy], 2014, № 3, pp. 43—65.
- Tkhostov A.Sh.* Psikhologiya telesnosti [Corporeality psychology]. Moscow: Publ. Smysl, 2002, 287 p.
- Khain A.E., Klipinina N.V., Nikol'skaya N.S., Orlov A.B., Evdokimova M.A., Stefanenko E.A., Kudryavitskii A.R.* Opyt sozdaniya i raboty psikhologicheskoi sluzhby v det-skoi gematologii/onkologii [The practical aspects of setting up and operating a psychological service in pediatric oncology/hematology]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Consultive psychology and psychotherapy], 2014, № 1, pp. 106—126.
- Kholmogorova A.B.* Biopsikhosotsial'naya model' kak metodologicheskaya osnova izucheniya psikhicheskikh rasstroistv [Biopsychosocial model as a methodological basis for the study of mental disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2002, № 3, pp. 97—105.
- Andrykowski M.A., Greiner C.B., Altmaier E.M., Burish T.G., Antin J.H., Gingrich R., McGarigle C., Henslee-Downey P.J.* Quality of life following bone marrow transplantation: findings from a multicenter study. *British Journal of Cancer*, 1995, Vol. 71, pp. 1322—1329.
- Dermatis H., Lesko L.M.* Psychological distress in parents consenting to child's bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*, Dec 1990, Vol. 6(6), pp. 411—417.
- Donnall E.T.* Bone marrow transplantation: a historical review. *Medicina*, Ribeir, o Preto, July/sept.2000, Vol. 33, pp.209—218.
- Jim H.S.L., Syrjala K.L., Rizzo D.* Supportive care of hematopoietic cell transplant patients. *Bio Blood Marrow Transplant*, 2012, Vol. 18, pp.12—16.
- Kaechele H., Grulke N.* Psychoanalytic aspects of bone marrow transplantation. *International Congress Series*, Vol. 1286, 2006, pp. 95—100.
- Lucas L.R.* Psychosocial aspects of pediatric rehabilitation/ / *Pediatric Rehabilitation*, 2010, pp. 493—500.
- Maloney R., Clay D.L., Robinson J.* Sociocultural issues in pediatric transplantation: a conceptual model. *Journal of pediatric psychology*, 2005, Vol. 30(3), pp. 235—246.
- Marcus J.* Psychosocial issues in pediatric oncology. *The Ochesner Journal*, 2012, Vol. 12, pp. 211—215.
- McQuellon R.P., Rissell G.B., Rambo T.D., Craven B.L., Radford J., Perry J.J., Cruz J., Hurd D.D.* Quality of life and psychological distress of bone marrow transplant recipients: the time trajectory to recovery over the first year. *Bone Marrow Transplant*, Mar 1998, Vol. 21(5), pp. 477—486.
- Patenaude A.F.* Psychological impact of bone marrow transplantation: current perspectives. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 1990, Vol. 63, pp. 515—519.
- Patenaude A.F., Kupst M.J.* Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of pediatric psychology*, 2005, Vol. 30(1) pp. 9—27.
- Phipps S.* Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, Vol. 32(9) pp. 1055—1066.
- Vrijmoet-Wiersma C.M.J., Egeler R.M., Koopman H.M., Lindahl A.N., Grootenhuis M.A.* Parental stress before, during and after pediatric stem cell transplantation: a review article. *Support Care Cancer*, 2009, Vol. 17 pp. 1435—1443.

ЭКСПИРИЕНТАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Т.Д. КАРЯГИНА

Обзор посвящен так называемым экспириентальным подходам в психотерапии (ЭПТ). Осуществляется краткий экскурс в историю и логику их возникновения. Подробно рассматривается подход Ю. Джендлина и процессуально-экспириентальная психотерапия (ПЭП) Л. Райс, Л. Гринберга, Р. Эллиотта и др.: их основные теоретические положения, принципы и методы. Целью статьи является, с одной стороны, ознакомление с малоизвестным в России, но набирающим популярность и авторитет за рубежом направлением, с другой стороны, на примере появления и развития данных подходов иллюстрируются тенденции интегративных процессов в современной гуманистической психотерапии. Рассматриваются развитие теоретических представлений и практическая разработка психотехнической единицы предмета и метода данных подходов — переживания и эмпатии. Уделяется внимание сравнению данных школ и отечественной «понимающей психотерапии» (ППТ) Ф.Е. Василюка как экспириентального подхода.

Ключевые слова: экспириентальные подходы, личностно-центрированный подход, фокусирование, процессуально-экспириентальная психотерапия, понимающая психотерапия, переживание, эмпатия, смысл.

Мы поставили перед собой задачу проследить, как проявляется в современном развитии мировой психотерапии одна из тенденций, наметившаяся практически при рождении психотерапии, но оформившаяся во второй половине прошлого века. Вслед за автором одной из статей, написанной в 1976 г., можно обозначить эту тенденцию как «от экспириентального в психотерапии к экспириентальной психотерапии» [Friedman, 1976]. Наш интерес к исследованию этой темы определяется двумя взаимосвязанными фактами: историко-психологический и научно-практический интерес к эмпатии и принадлежность к отечественному психотерапевтическому подходу «Понимающая психотерапия» Ф.Е. Василюка, который может быть отнесен к экспириентальным.

Выражение «экспириентальный» (experiential, от experience — переживание, опыт) является непривычным для отечественной психологии и психотерапии. С одной стороны, вопрос касается самой сущно-

сти подхода, еще не имеющей в нашей стране устойчивой традиции определения и дифференциации. Поэтому, например, подзаголовок «symbolic-experiential approach» к известной книге К. Витакера «Танцы с семьей» был переведен как «символический подход, основанный на личном опыте». С другой стороны, является ли уместным использование англизированного варианта перевода? Вариант «экспириентальные» периодически используется, например, в обзорах современного развития личностно-центрированного подхода [Некрылова, 2012; Бондаренко, 2012]. В некоторых случаях употребляется выражение «основанный на переживании» [Джендлин, 2000]. Нам представляется возможным все же использовать англизированный вариант, учитывая его краткость и сложившуюся традицию наименования, в том числе в аббревиатурах названий международных психотерапевтических организаций.

Необходимо отметить, что имеется в виду значение именно переживания, а не опыта, как лежащее в основе данного прилагательного. Характерно, что в большинстве рассматриваемых нами подходов чаще используется форма *experiencing*, с целью подчеркнуть процессуальный характер переживания, что является важнейшим методологическим принципом ЭПТ.

Впервые появление характеристики «экспириентальный подход» связано с работами Карла Витакера и его коллег. Однако широкое признание она получила благодаря работам Юджина Джендлина. В 1993 г., по подсчетам А. Марера, насчитывалось не менее 21 подхода, объявляющего себя экспириентальным, и не менее десятка подходов, которые периодически характеризуются как таковые. В настоящее время можно говорить об оформлении экспириентальных подходов в отдельное направление [Mahrer, Fairweather, 1993]. Так, Российская ассоциация человеко-центрированного подхода является членом Европейской ассоциации личностно-центрированного и экспириентального подхода. Представляющая «третью силу» в психотерапии всемирная ассоциация называется WAPCEPC — World Association for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counseling (создана в 1997 г.). С 2002 г. ею издается журнал «Person-Centered and Experiential Psychotherapies». Согласно уставу ассоциации, она объединяет подходы, которые возникли на основе работ Карла Роджерса и Юджина Джендлина и их последователей. Основными принципами для них являются признание первичной важности психотерапевтических отношений и понимание процессов самоактуализации клиента и феноменологического видения мира как центральных в психотерапевтической деятельности (<http://www.pce-world.org>).

Экспириентальный подход Юджина Джендлина.

Юджин Джендлин — философ по образованию. Как описывает он сам, он присоединился к группе Карла Роджерса в Чикаго в 1952 г., руководствуясь своими интересами в философии и попыткой ответить на вопрос: как человек означает, символизирует свое «сырое» переживание. Ему казалось, что, возможно, именно это происходит в психотерапии. При этом, по словам Джендлина, на тот момент среди соратников Роджерса не было четкого понимания и задачи, желания определить, на что клиента они отвечают, к чему обращаются: «послание», «чувство» — употреблялись такие слова. Только когда (по утверждению Джендлина, исключительно благодаря демократическим правилам Роджерса) он смог включить «свою» переменную в исследования эффективности и она, единственная, показала свое значение, отношение к его идеям менялось. Такой переменной было качество переживания клиента. Первые попытки выяснить, с чем связан успех в терапии, в группе Роджерса были предприняты по поводу содержания того, о чем говорит клиент — насколько фокусируется на отношениях, на событиях здесь и сейчас и т.п. Джендлин же предложил шкалу, которая оценивала по индикаторам в речи, по качеству пауз и молчания, насколько клиент напрямую обращается к своему переживанию [Gendlin, 1988; Friedman, 1976].

Позже эта шкала была доработана и на данный момент является признанным средством оценки глубины переживания, широко используется в самых разных подходах. Как показывают исследования, измеряемое ею качество переживания вносит вклад в эффективность и психодинамической, и психоаналитической терапии [Klein, Mathieu, Gendlin, 1969; материалы сайта <http://www.experiential-researchers.org>].

Путь Джендлина в философии определялся задачей обосновать критику рационализма Просвещения, преодолеть дуализм тела и психического. Он также находился в оппозиции постмодернизму и, например, деконструктивизму Дарриды с его идеей о первичности языка по отношению к бытию. Джендлин считает, что, забывая о теле, традиции и рационализма, и деконструктивизма отрицают наличие таких процессов, которые позволяют нам контакт с собой и миром, резонируют с нашим бытием и при этом не являются языковыми, логическими. Постмодернизм с его отрицанием истины, базирующимся на относительности языковых и логических норм, также не учитывает «истинности» тела, живущего через взаимодействие с миром. «Нет воспринимающего тела, чье восприятие структурировано культурой и языком. Есть тело, живущее во взаимодействии с миром. Это взаимодействие всегда сложнее, чем язык» [Gendlin, 2003].

Все дихотомии — разума и тела, чувства и логики, внешнего и внутреннего — являются по Джендлину ложными. Вопрос стоит так: ни тело, ни язык, ни мышление не могут существовать независимо друг от друга, поэтому нам необходимо понять, как тело «живет» в языке и понятиях, также, как и понять, каким образом язык и логика влияют на переживаемое.

Среди философов, оказавших влияние на его размышления, он называет С. Кьеркегора, В. Дильтея, Э. Гуссерля и экзистенциалистов — М. Хайдеггера, Ж.-П. Сартра, М. Мерло-Понти. Экспириентальная философия, по словам Джендлина, начинается там, где останавливаются экзистенциалисты. Существование предшествует сущности. Но как человеку дано его существование? Бытие человека может быть аутентичным, подлинным или не подлинным. Но как человек понимает, ощущает это? В качестве ответа Джендлин развивает экспириентальную философию, исследующую отношение чувства и мысли, переживания и его символизации [Gendlin, 1966; Gendlin, 1973; Gendlin, 2003; Sharma, 2011].

Главное положение Джендлина, реализуемое в обосновываемой им экспириентальной психотерапии — существование дано нам в процессе переживания (experiencing), и мы можем *напрямую* обращаться к своему переживанию через его телесно ощущаемый чувствуемый смысл (felt sense). Мы можем выразить, означить, символизировать этот чувствуемый смысл, но символизация не означает замену переживания понятием или образом. Она сама по себе также является переживанием, развитием переживания. *В психотерапии клиент обращается напрямую к своему чувствуемому смыслу, позволяет словам, образам, оформленным чувствам вырасти из него, в результате чего может произойти сдвиг, развитие переживания.*

Такое развитие переживания изнутри, за счет открытия и «вступления в силу» имплицитно содержащихся в нем нюансов, оттенков, в том числе аффективных, когнитивных, перцептивных, ситуативных и т.п., Джендлин называет «продвижением» (carrying forward). Собственно, ***обоснование этой способности переживания к продвижению, саморазвитию является основой терапевтического метода, «упованием» экспириентальной психотерапии.*** Задачей терапевта является поддержка и инициация процесса переживания и его продвижения.

Рассмотрим подробнее, как обосновывается такое видение переживания. Процесс переживания по Джендлину до-рефлексивный, до-понятийный, холистичный, многогранный, но при этом внутренне дифференцируемый. «Предположим, например, что вы идете домой ночью и «чувствуете» группу людей, которая следует за вами. Вы не просто воспринимаете их. Вы не просто слышите их там, в пространстве позади

вас. Ваш чувствуемый смысл мгновенно включает также надежду, что, возможно, они не следует за вами. Он включает в себя ваши тревоги и многие прошлые переживания — слишком много, чтобы выделить их сразу — и, безусловно, также включает необходимость сделать что-то, будь то идти быстрее, изменить свой курс, стремиться к дому, подготовиться к борьбе, бежать, кричать» [Gendlin, 2003]. Этот процесс физический, телесно ощущаем и потенциально содержит в себе всю полноту и сложность нашего проживания бытия. «Это все те чувственные данные (felt datum), которые мы обнаружим, обратив внимание внутрь себя... Это включает в себя чувство наличия переживания и постоянный поток ощущений, впечатлений, соматических событий, чувств, рефлексивного осознания, когнитивных значений — всего, что составляет наше феноменологическое поле. Процесс переживания — это не повторное проигрывание событий (re-enactment), но включает их личностно ощущаемый смысл» [Klein, Mathieu, Gendlin, 1969, p. 4].

Вслед за экзистенциалистами Джендлин говорит о человеческом существовании как бытии-в-мире, поэтому наш процесс переживания всегда интеракция, коммуникация. Он субъективен, но при этом не «интрапсихичен», а «интерпсихичен». Он также ценностно обусловлен. Наше переживание всегда интенционально, направленно. Несмотря на существование множества имплицитных аспектов переживания, лишь некоторые способны продвинуть его: существует ценностный фокус, специфическое направление. Джендлин приводит простой бытовой пример. В комнате высокая температура. Человек переживает ощущение «Мне жарко». Мы не знаем, как он поступит: откроет ли окно, включит ли кондиционер или возьмет веер, но некоторое действие по «остужению» имплицитно содержится в ощущении «жарко», ощущение «прохладно» неотделимо от него, и именно такое действие способно произвести сдвиг переживания ощущения «жарко». Другие действия скорее приведут к «застреванию» переживания. В более сложных, например, психотерапевтических ситуациях, когда нет известных путей продвижения, необходимы специальные шаги в его поисках. Новое действие, новые слова или метафора способны ими стать, произвести «сдвиг» переживания (felt shift). Через чувствуемый смысл — через резонирование с ним, телесно ощущаемое чувство освобождения, облегчения, продвижения или, наоборот, застоя, остановки, напряжения мы понимаем, что такая продвигающая символизация переживания найдена или не найдена. Возможность клиента обратиться к своему чувствуемому смыслу, сверка с ним является залогом успешного развития переживания в процессе психотерапии.

Еще раз обратимся к «трудностям перевода». Перевод понятия «felt sense» как «чувствуемый смысл» получился практически буквальным.

В других переводах на русский язык используются выражения «осязаемое чувство» [Джендлин, 2013], «телесный смысл» [Петер, 2007]. В изданной на русском языке книге Джендлина «Фокусирование. Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями» используется выражение «чувствуемое ощущение» [Джендлин, 2000]. С нашей точки зрения, наилучшим вариантом перевода были бы слова, выражающие нечто переходное между «ощущение» и «смысл»: ощущение, переходящее в смысл, способное породить смысл. Джендлин неоднократно подчеркивает в качестве определяющих этот феномен два момента — его телесную ощущаемость и имплицитную целостность, полноту отражения жизненной ситуации, проблемы или состояния, содержащую возможность развития переживания, фактически — смыслопорождения. Феномен ощущается телом, но при этом он гораздо больше, чем телесное ощущение, так как «содержит скрытый смысл жизненных ситуаций» [Джендлин, 2000, с. 265]. Слово «чувствуемый» (felt) в русском языке уже передает «ощущаемость», но в выражении Джендлина и «felt» выражает смысловой оттенок: он дифференцирует чувство и эмоцию, чувство — это «ощущаемая ткань (текстура) внутренней имплицитной целостности и сложности» [Gendlin, 1973, p. 332]. Поэтому мы будем использовать все же вариант «чувствуемый *смысл*», подчеркивая его суть и потенциальную роль для развития переживания, а не характер данности, как в переводах, использующих существительное «ощущение». Такой вариант перевода также предложен исследователем феноменологической психологии А.М. Улановским [Улановский, 2009]. В ходе обсуждения метода фокусирования в рамках семинаров по понимающей психотерапии Ф.Е. Василюком выдвинуто понимание «felt sense» как *чувственной ткани личностного смысла* (в рамках авторской модели структуры образов сознания [Василюк, 1993]). Такая характеристика в равной мере учитывает и специфический перцептивный характер явления, и смысловой¹.

¹ В варианте перевода «чувствуемый смысл» автор утвердился также в результате опыта обучения методу фокусирования у ученика Джендлина Зака Букидиса. Им неоднократно подчеркивалось смысловое измерение этого концепта. Характерно, что Букидис сознательно уходил от настойчивых требований российских участников семинара «дать определение» чувствуемого смысла, чтобы не мешать процессу «чувствования» «felt sense». Лишь по его окончании «в научных целях» он назвал его средством (mean) доступа к переживанию. Принципиальную невыразимость этого понятия как отражающую саму суть потенциальной бесконечности процесса символизации переживания подчеркивал и сам Джендлин: «Позвольте себе сформулировать любую новую странную фразу. Это чувствуемый смысл, чувствуемое значение, прямой референт, имплицитное требование. Все известные понятия возможны, но они всегда не совсем то, что мы находим здесь». Всегда будет сохраняться трудно передаваемая имплицитная сложность [Gendlin, 2004, p. 133].

Вариант экспириентальной психотерапии Джендлина основывается на методе фокусирования. Он подробно описан в двух переведенных на русский язык книгах [Джендлин, 2000; Джендлин, 2013], материалы доступны на сайте Института фокусирования www.focusing.org. Приведем типичную инструкцию для данной методики:

1. Очищение пространства. Этот шаг обозначает расслабление, поиск «внутреннего пространства» — «центра тела, в котором Вы обычно чувствуете что-либо». Далее — «Спросите себя, как я чувствую себя сейчас». Если что-то мешает чувствовать себя хорошо в данный момент, мешает прочувствовать себя в этом центре тела, то используются специальные методы по собственно «очищению» внутреннего пространства — например, ощущение и означивание помехи и визуализация вынесения помехи вовне.

2. Чувствуемый смысл. «Направьте внимание на центр своего тела. Ждите возникновения ощущений. Направьте внимание на неопределенные, смутные ощущения, «на грани» отчетливости. Старайтесь возвращаться к ним, если они пропадают, удерживать их хотя бы 1 минуту».

3. Означивание. «Попытайтесь найти слово, фразу или образ, в полной мере передающие качество этого ощущения».

4. Резонирование. «Задайте вопрос: действительно ли это слово или образ соответствует ощущению. Тело даст ответ, услышьте его».

5. Вопрошание. «Спросите само тело, сам чувствуемый смысл, что оно такое, чем является. Попытайтесь действовать так, чтобы само ощущение отвечало на ваш вопрос».

6. Принятие. «Постарайтесь принять все то, что тело сообщает вам».

Фокусирование можно осуществлять самостоятельно, в одиночку, но всегда лучше с партнером. Фокусирование по определенным шагам является конкретной техникой, но по мере освоения становится процессом, направленным на ощущение переживания и поиск его смысла на телесном уровне, клиенты научаются обращаться к своему чувствуемому смыслу по ходу сессии, во время выполнения самых разных процедур и техник, например, психодрамы или массажа.

Таким образом, если говорить о предмете, к которому апеллирует и на который воздействует метод Джендлина, то это именно чувствуемый смысл. Чувствуемый смысл является «представителем» переживания — к нему мы можем обратиться напрямую, он является интегральным образованием, в котором потенциально представлены все аспекты переживания. Символизация чувствуемого смысла приводит к его изменению и соответствующему развитию переживания через продвижение и смыслопорождение.

Есть ли другие потенциальные предметы, работа с которыми способствует развитию переживания? Этот вопрос становится важным, если мы будем рассматривать возможность многообразия методов ЭПТ.

Рассмотрим, как видит эту проблему сам Джендлин. Он считает, что описанное им саморазвитие переживания происходит в любом успешном процессе терапии, независимо от теоретического подхода или используемых техник. Собственно, он полагает, что успех психоанализа или бихевиоральной сессии возможен именно за счет того, что у клиента происходит *погружение в переживание, в ходе которого его имплицитные аспекты находят продвигающую символизацию* (в результате точной интерпретации или во время отработки нового навыка) [Gendlin, 1973]. В конце 90-х гг. он отмечает, что в психоанализе, в когнитивно-бихевиоральной психотерапии нарастают экспириентальные тенденции (интерсубъективный психоанализ, рационально-эмотивная терапия). В книге о фокусинг-ориентированной психотерапии (1996) он подробно рассматривает не различные терапевтические школы, а то, что называет путями терапии — работа с телом, ролевые игры, работа с образами, работа со снами, работа по пошаговому изменению действий, работа с когнитивными процессами, работа с ценностями, работа с психотерапевтическими отношениями — и разбирает, демонстрирует, как в ходе такой работы возможно обращение к чувствуемому смыслу. Психотерапевты различных школ и подходов не монополизируют определенный путь, но по-разному движутся этими путями. Если любая работа начинается и заканчивается обращением к переживанию и его чувствуемому смыслу, то образуется «экспириентальное единство процедур», точнее, собственно это и есть экспириентальный подход. Чувствуемый смысл является связующим звеном для различных путей терапии [Джендлин, 2000].

В ранних работах Джендлин говорит о своем экспириентальном подходе в психотерапии, в поздних — о своем варианте «психотерапии, ориентированной на фокусирование»: «Фокусирование — это внимание, направленное на то, как человек на телесном уровне ощущает свою проблему. Психотерапия, ориентированная на фокусирование — это направление психотерапии, которое допускает, что все, что возникает из глубин личности клиента при фокусировании, определяет действия психотерапевта, его взаимоотношения с клиентом и протекание всего процесса психотерапии» [Джендлин, 2000, с. 429]. И здесь возникает вопрос: считает ли Джендлин телесную осязаемость переживания определяющей характеристикой, а доступ к переживанию на телесном уровне — единственно возможным методом.

Для Джендлина телесность, действительно, важнейший признак переживания. Вспомним его философские задачи. Например, описывая взгляды, повлиявшие на него, он специально подчеркивает вклад Мерло-Понти: этот философ впервые заговорил о телесной конкретности экзистенции [Gendlin, 1973].

Говоря о методах психотерапии, он на первое место ставит терапевтические отношения, на второе — слушание, на третье — инструкции по фокусированию. Но при этом подчеркивает, что фокусирование — главный двигатель психотерапии, на третьем месте — именно *инструкции*: «Все виды психотерапии предполагают внутреннее прикосновение к тому, что находится на грани реально присутствующего, а фокусирование делает данный процесс произвольным и конкретным» [Джендлин, 2000, с. 421].

Характерно, что уже Карл Роджерс пишет о переживании следующим образом: «Для формулировки моего современного представления я буду опираться на понятие состояния, или переживания, как оно было введено Гендлиным. Это понятие обогатило мое представление в целом ряде пунктов. Суммируя кратко, Гендлин считает, что в любой момент времени человек испытывает состояния, к которым он может многократно обращаться в процессе поиска их смысла. Они служат своего рода субъективным ориентиром в этом поиске. Эмпатичный терапевт проникательно улавливает смысл состояния, переживаемого пациентом в данный конкретный момент, и указывает на этот смысл, чтобы помочь пациенту сконцентрироваться на нем и побудить пациента к дальнейшему и более полному и беспрепятственному переживанию». Далее Роджерс приводит терапевтический пример и пишет, что согласен с Джендлиным в том, что клиенты сверяются с неким наличным психофизиологическим состоянием [Роджерс, 2002, с. 428]. Здесь нет, на наш взгляд, обязательности телесности чувства, но есть признание холистичности переживания и его смыслового развития за счет чувствительности к нему и терапевта, и клиента. Роджерс также подчеркивает важность работы на грани осознаваемого и фокусируется на терапевте — какова должна быть для этого его эмпатия [Роджерс, 2002, с. 429].

Встреча подходов Роджерса и Джендлина выступает как взаимообогащающая встреча метода и предмета психотерапии. Дж. Харт в 1970 г. предложил такую периодизацию развития клиент-центрированного подхода:

1. 1940—1950 гг. — недирективная психотерапия. Основная функция психотерапевта — создание доверительных отношений, за счет отказа от интерпретаций, принятия и прояснения чувств, при этом позиция терапевта практически нейтральна.

2. 1950—1957 гг. — рефлексивная психотерапия. Основной метод — рефлексия чувств.

3. 1957—1970 гг. — экспириентальная психотерапия. Широкий диапазон поведения для выражения базовых установок, фокус на переживании клиента [Friedman, 1976; Некрылова, 2012].

Становятся более понятными логика перехода Роджерса от приоритета эмпатии среди необходимых и достаточных условий психотерапевтических изменений к приоритету конгруэнтности и обоснование неконгруэнтности как источника патологии личности. По сути неконгруэнтность — это несоответствие переживания и его осознания, символизации. Представления Джендлина, на наш взгляд, во многом послужили источником такого развития подхода.

Обобщим основные аспекты понимания «экспириентальности» в работах Джендлина:

1. Переживание есть первичная, многогранная реальность (не сводимая ни к аффекту, ни к интеллекту, ни к поведению, ни к бессознательному), в которой дана нам наша жизнь, наше существование. Это не поток сознания, а особым, смысловым, ценностным образом организованная целостность. Переживание как «особый внутренний жизненный процесс, охватывающий эмоции человека, его ум, воображение, волю, вовлекающий кроме душевных и телесные функции», является продуктивным процессом, на активность которого полагаются основные методы подхода, «упованием» данного направления психотерапии [Василук, 2003]. Не просто выражение — разрядка, катарсис, а развитие переживания обеспечивает в конечном итоге терапевтический эффект.

2. Конкретным предметом работы в терапии является по Джендлину чувствуемый смысл переживания клиента — интегральный «срез» переживания, который ощущается на уровне тела, имплицитно содержит в себе всю полноту переживания, находится на грани осознания, может быть выражен в вербальной либо другой символической (в том числе, действенной) форме. Клиент может обращаться к нему, сверять с ним истинность его символизации. Через развитие чувствуемого смысла в результате символизации происходит развитие переживания.

3. Конкретная задача терапевта — фасилитация процесса фокусирования у клиента: в узком смысле, как конкретной методики — поэтапной техники работы с чувствуемым смыслом, и в широком, как метода — обращения к чувствуемому смыслу и его символизации. Основой работы терапевта являются создание терапевтических отношений и рефлексивное слушание, которое Джендлин считает наиболее продуктивным способом проявления эмпатии [Джендлин, 2000, с. 420].

4. Работа с переживанием состоит из трех основных фаз — обращение к чувствуемому смыслу, его символизация и проверка ее точности, поиск смысла переживания и интеграция осмысленного в дальнейшее развитие переживания.

Процессуально-экспириентальная психотерапия (Л. Райс, Л. Гринберг, Р. Эллиотт и др.)

Разработка ПЭП связана, в первую очередь, с именами Лоры Райс (Laura Rice) и ее учеников Лесли Гринберга (Leslie Greenberg) и Роберта Эллиотта (Robert Elliott). Главными центрами разработки и исследовательский ПЭП являются университеты Торонто (Канада) — Йорк и Торонтский, а также университет Толедо (США). Представители «второго поколения» — Джин Уотсон (Jeanne Watson), Ронда Голдман (Rhonda Goldman) и др. В Европе известными представителями данного подхода являются бельгийский психотерапевт Гермейн Литаер (Germain Lietaer) и немецкий — Райнер Сачсе (Rainer Sachse).

Лора Райс может быть названа вдохновителем создания ПЭП. С 1950-х гг. она работала в группе Карла Роджерса в Чикаго, принимала активное участие в его программе исследований процесса психотерапии (здесь и далее биографические данные приводятся по Greeberg, Watson, Lietaer, 1998, а также по материалам сайта <http://www.process-experiential.org>). Лесли Гринберг и Роберт Эллиотт под ее руководством также активно занимались исследованиями: например, Эллиотт с помощью качественных методов изучал переживания клиента во время сессии, Гринберг — влияние различных параметров поведения терапевта на развитие переживания клиента.

Ученики Л. Райс подчеркивают ее удивительную способность к центрированности на клиенте, умение развернуть его переживание через эмпатическое слушание. Г. Литаер отмечает, что благодаря ей эмпатия вернулась в центр внимания клиент-центрированных терапевтов после многих лет «неограниченного прославления конгруэнтности» [Lietaer, 1990, p. 25]. В 1970-х гг. ею была создана методика систематического развертывания воспоминаний (systematic evocative unfolding). Целью методики является восстановление воспоминаний некоторых событий клиентом таким образом, чтобы прочувствовать и выразить более точно свои переживания. Райс исходила из предположения о том, что некоторые переживания клиента становятся для него труднодоступными вследствие высокой тревожности или перегруженности эмоциями. Клиентам необходима специальная помощь по разворачиванию переживания, поиску и интеграции его смысла. Райс также выдвинула ключевое для ПЭП положение «о различении задач терапии, связанных с реализацией триады К. Роджерса (классических «клиент-центрированных») — конгруэнтности, безусловного принятия и эмпатии — и специальных задач или специальных техник, которые терапевт может использовать время от времени с целью фасилитации переживания клиента и помощи ему в переработке информации» [Greeberg, Watson, Lietaer, 1998, p. 18].

Л. Гринберг — по первому образованию системный инженер — после обучения личностно-центрированному подходу (ЛЦП) в течение нескольких лет обучался гештальттерапии. Он пишет об этом опыте следующим образом: гештальтподход эффективен в вызывании, пробуждении переживания (техники экспериментирования — «сделай, попробуй это», а затем «что ты чувствуешь?»), что вполне согласовывалось для него с техникой развертывания воспоминаний Л. Райс, но в гештальттерапии, по его мнению, уделяется мало внимания вопросам терапевтических отношений и эмпатии. Поэтому он поставил для себя задачу интеграции основных принципов ЛЦП и активных техник гештальттерапии. Позднее он также прошел обучение системной семейной терапии, в результате чего совместно с Сьюзен Джонсон разработал эмоционально-фокусированную семейную терапию (ЭФТ)².

Р. Эллиотт до присоединения к группе Л. Райс вел практику с позиций разных подходов, в том числе, психодинамического. Он углубленно занимался качественными методами для исследования процесса психотерапии, работал в Центре изучения депрессии в университете Толедо (США). Именно на материале работы ПЭП с депрессивными пациентами были осуществлены первые исследования эффективности этого направления и разработаны многие научно-практические положения.

Изложение истории появления подхода, хотя и далекое от полноты, показывает, с нашей точки зрения, типичный путь развития новых подходов в русле ЛЦП [см., например: Некрылова, 2012]. ПЭП, как и подход Джендлина, родился как разработка теории и практики на основе частных, конкретных аспектов подхода Роджерса. Отметим основную проблемную точку, в которой возникает и метод фокусирования, и ПЭП: необходимых и достаточных условий К. Роджерса «не хватает» в некоторых случаях для эффективного проявления, углубления, разворачивания переживания. Возникает необходимость в специальных техниках. При сохранении в качестве базового принципа эмпатической

² Именно эта ветвь ПЭП представлена в отечественной психотерапии. Обучающие программы семейной ЭФТ реализуются в Центре системной семейной психотерапии и в Институте интегративной системной психотерапии. Переводятся учебники, опубликованы подробные обзорные статьи [Микаэлян, 2011; Черников, 2011; С. Джонсон, 2013] «ЭФТ — интегративный подход, синтез гуманистической, основанной на переживании терапии и структурного направления системной семейной психотерапии. Теоретической базой ЭФТ служит теория привязанности Джона Боулби и его последователей. Сьюзан Джонсон предлагает следующий образ: «представьте, что вместе собрались Карл Роджерс, Сальвадор Минухин, Джон Боулби и обсуждают, как помочь пациенту, неудовлетворенному близкими отношениями. В результате такой беседы могла бы появиться ЭФТ» [цит. по: Микаэлян, 2011].

настройки на переживание клиента привлекаются дополнительные средства для вызывания/оживления переживания, доступа к нему — гештальтэксперимент, фокусирование или развертывание воспоминаний.

Дальнейшее развитие ПЭП, однако, отличается от развития терапии Джендлина, ориентированной на фокусирование. Во-первых, постепенно ПЭП все чаще называется эмоционально-фокусированной психотерапией. В качестве теоретической основы упоминаются современные теории эмоций. Во-вторых, отличительной чертой подхода, по мнению его авторов, является детализация методов проработки переживания — «экспириентального процессинга» (разработка системы маркеров переживаний и проблемных ситуаций, выделение мишеней терапевтических интервенций — конкретных нарушений «переработки эмоциональной информации», описание эмоциональных схем, в том числе для специальных проблем и расстройств — депрессии, ПТСР, пограничного личностного расстройства и т.д.).

В настоящее время авторы подхода называют его следующим образом — эмоционально-фокусированная психотерапия, процессуально-экспириентальный подход. Таким образом, в качестве предмета работы называются эмоции. Л. Гринберг в статье 1984 г. так объясняет необходимость разработки эмоционально-фокусированной терапии: в различных психотерапевтических направлениях эмоции понимаются по-разному, отсутствует интегрированный, и в то же время специализированный, дифференцированный подход к ним. Если раньше вопрос был: «Ведет ли эмоциональный опыт к изменениям в психотерапии?» (на этот вопрос уверенно можно ответить — да), то сейчас уместно поставить его следующим образом: «Какие типы проблем эмоциональности, эмоциональной проработки могут быть наилучшим образом скорректированы в психотерапии и с помощью каких интервенций?» [Greenberg, Safran, 1984, p. 22].

Место эмоций в переживании обосновывается следующим образом. Эмоции являются адаптивным ответом организма на воздействия среды и таким образом ориентируют поведение. Поэтому **эмоции организуют переживание**, направляют его и дают ощущение объединяющей целостности. В терапии это означает, что эмоции клиента используются как компас, который поведет терапевта и клиента к тому, что для него важно, и что клиент должен сделать [Elliott, Watson et al., 2004].

Центральным понятием подхода является эмоциональная схема (ЭС) — процессуальная связь различных аспектов переживания, связанных с эмоцией, которая и обеспечивает его имплицитную организацию.

1. Схема работает по принципу сети — активизация одного процесса вызывает активизацию остальных. ЭС являются основой нормального функционирования, но также и источником дисфункций.

2. ЭС не доступны прямому осознанию, а понимаются опосредованно, через те переживания, которые они продуцируют. Чтобы их идентифицировать, необходимо сначала их активировать через специфическое переживание (например, воспоминание), которое затем исследуется, выражается и рефлексивируется.

3. Динамический синтез различных ЭС является основой самоорганизации. Схемы постоянно конструируются и реконструируются. Стабильными они становятся только потому, что человек периодически воспроизводит их на основе базового компонента. У человека существует множество ЭС, которые активируются отдельно или одновременно. Самоорганизация личности на основе этих схем может быть представлена как хор голосов, поющих в одиночку, в унисон или диссонансно. Именно это многоголосье является источником роста и творческой адаптации личности.

4. Основные элементы ЭС (порядок представления соответствует обычному порядку эмоциональной проработки) на примере посттравматического страха нападения: а) перцептивно-ситуативные элементы (восприятие темной пустой комнаты); б) телесно-экспрессивные (холод в животе, дрожь в руках, выражение страха на лице); в) символическо-понятийные (мысли «На меня могут напасть в любой момент», черный цвет как символ страха); г) мотивационно-поведенческие (желание быть в безопасности и стремление избавиться от страха, например, игнорируя его); д) ядерный процесс ЭС — интенсивный посттравматический страх.

Дисфункции появляются, когда человек отвергает один или несколько элементов схемы, либо они не достаточно отрефлексированы. Поэтому основным принципом работы с эмоциональными схемами является их исследование и проработка.

Вторым важнейшим положением теории эмоций подхода является выделение адаптивных и дисфункциональных эмоций.

Первичные адаптивные эмоции — это эмоции, адекватные в определенной ситуации в том смысле, что способствуют проявлению тенденций поведения, которое может разрешить ситуацию. Например, гнев в ситуации угрозы ребенку является адаптивным, так как повышает вероятность уверенных действий по его защите.

Дезадаптивные эмоции являются результатом социального научения, их источник — травматический прошлый опыт, в котором они, возможно, были адекватны, но неадекватны в других ситуациях. Например, пациент с пограничным личностным расстройством реагирует гневом на эмпатическую заботу терапевта, так как в его прошлом забота родителя сменялась физическим или сексуальным насилием.

Вторичные реактивные эмоции происходят от первичных, но скрывают их. Это «реакции на реакции». Например, мужчина в ситуации опасности, где естественным является страх, чувствует гнев на себя за «немужское поведение».

Инструментальные эмоции — это эмоции, возникающие с целью вызвать определенное поведение у окружающих, контролировать их и т.п. Это может быть автоматическим, однако может осуществляться достаточно произвольно, осознанно (довести себя до появления не только внешних проявлений чувства, но и внутренних ощущений). Например, в ситуации травли человек «накачивает» свой гнев против жертвы до такой степени, что агрессия против жертвы видится оправданной окружающим.

Основной принцип работы с дисфункциональными эмоциями — найти их первичную адаптивную замену, «заменить эмоцию эмоцией». Это происходит при тонком эмпатическом исследовании эмоциональных нюансов и различных аспектов ситуаций, проигрывании, воображении новых способов реагирования, фокусировании на желательном состоянии, что может пробудить новую эмоцию.

При работе с эмоциями также внимание уделяется особенностям эмоциональной саморегуляции клиента. В целом, целью ПЭП в последних работах полагается развитие эмоционального интеллекта [Elliott, Watson et al., 2004].

Проанализируем произошедшую в ПЭП по сравнению с подходом Джендлина смену представлений о предмете психотерапевтической работы — от чувствуемого смысла к эмоции. Чувствуемый смысл относится к переживанию как его особый срез, сохраняющий в себе все свойства целого. Эмоция же является одним из элементов либо типов переживания (в работах по теории ПЭП встречаются обе трактовки). Разработчики ПЭП возвращаются к целостности за счет понятия эмоциональной схемы. Но ведущим элементом остается эмоция — она организует переживание, она — «компас», ведущий к тому, что нужно. Для Джендлина же ведущим является целостное, смысловое. Он вступает в прямую полемику с ПЭП в одной из статей, подчеркивая, что то, что отражает чувствуемый смысл, лежит и в основе эмоции, и к этому все равно необходимо должно привести развитие переживания, а эмоция является одним из наиболее трудных источников для исследования чувствуемого смысла, по опыту его работы. Выделение элементов или типов, по Джендлину, не имеет особого смысла, это всегда вторично по сравнению с работой с целостностью [Gendlin, 1991]. Сохранение целостности, многосторонности переживания является необходимым, определяющим принципом экспириентального подхода, так как такова суть пе-

реживания — суть данности нам нашего существования, и его роль для практики личностных изменений.

Аналогичная задача — поиск интегрирующего переживание основания — решается и в понимающей психотерапии Ф.Е. Василюка (ППТ). Здесь переживание рассматривается как опосредуемое работой *сознания* и протекающее на нескольких уровнях или в различных режимах функционирования сознания. В каждом из них переживание осуществляется как работа специфических процессов — уровень непосредственного переживания, уровень сознания, уровень рефлексии и уровень бессознательного. Процесс переживания можно описать как протекающий по четырем связанным между собой каналам, каждый из которых может быть ведущим в той или иной фазе переживания. Недостаточность какого-либо уровня/режима приводит к нарушениям процесса переживания, и задачей терапевта является его запуск или поддержка [Василюк, 1988, 2007a]. Содержательно элементы ЭС близки данным уровням переживания/режимам сознания, однако последние позволяют сохранить интегральность переживания, не выделяя специально ни один из его аспектов. Подчеркивая отличие своего видения переживания от Джендлина, Василюк отмечает, что для Джендлина «первостепенным при определении понятия переживания является его онтологический статус (а именно указание на феноменологическое «тело» этого процесса), и второстепенным являются его функции (в частности функция совладания с личностными проблемами)». В теории переживания ППТ первостепенной является функция совладания и второстепенным — его онтологический статус. «Любой процесс, который осуществляет разрешение критической жизненной ситуации, мы будем называть переживанием, независимо от того, как он непосредственно ощущается субъектом» [Vasilyuk, 1991]. Также, продолжая сравнение, отметим, что некоторые аспекты понимания и работы с «многоголосьем эмоциональных схем», творческим синтезом «голосов» аналогичны жизненным мирам или регистрам сознания, выделяемым в ППТ [Василюк, 2007a].

Не имея опыта «проживания» практики ПЭП, мы, безусловно, будем осторожны в своих оценках этого подхода. Одна из гипотез, возникших у нас, о возможных дополнительных факторах, повлиявших на появления эмоций в качестве фокуса ПЭП, связана с контекстом возникновения подхода — падение интереса к ЛЦП в США и рост популярности когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Современная КБТ не настаивает на приоритете когнитивных процессов в развитии нормы и патологии, но утверждает, что «для практики принципиально важным остается следующее положение: порочный круг негативных эмоций, неадаптивных мыслительных процессов и дисфункционально-

го поведения может быть разомкнут в когнитивном звене» [Холмогорова, Гаранян, 2000]. ПЭП симметрично утверждает то же самое о традиционно противоположном — об эмоциональных явлениях, занимая, таким образом, хорошо дифференцируемую (и, отметим, «маркетингово выгодную») часть психотерапевтического поля³.

Представление об ЭС, учитывая его методическое значение, не выводит, на наш взгляд, ПЭП из феноменологической традиции. Ее разработчики говорят о переходе от чисто феноменологических к феноменологически-герменевтическим методам [Elliott, Watson et al., 2004]. А вот представление о «правильной» адаптивной и дисфункциональных эмоциях (аналогично дисфункциональным мыслям в КБТ) есть, с нашей точки зрения, уже некоторое движение в сторону нормативности, традиционно отвергаемой в ЛЦП. Описываемый авторами опыт работы по «замене эмоции эмоцией» базируется на эмпатическом исследовании и создании условий для такого саморазвития переживания, которое вызывает появление в нем новых оттенков, которые и могут вызвать к жизни новую эмоцию, т.е. остается классическим «экспириентальным». Это частично снимает «упрек» в нормативности. Однако сам тезис и разработка, например, системы маркеров адаптивных-дезадаптивных эмоций как ориентировочной основы действий терапевта все же свидетельствуют о существующей тенденции. «Пуристская» позиция Джендлина в отношении нормативности состоит в том, что здоровое, «правильное» — неизбежный результат феноменологически, изнутри истинного, смыслового движения вперед (*carrying forward*) в развитии переживания. Любое продвижение заслуживает доверия как именно следующий шаг, который может и не быть «правильным» с точки зрения рационального суждения. Но он заслуживает доверия больше, чем суждение само по себе, так как в нем задействовано больше факторов, чем суждение может учесть. Патология — это не содержание, а «отсутствие дальнейшего развития и переживания» [Джендлин, 2000, с. 59].

Основные принципы терапевтической работы в ПЭП подразделяются на принципы создания и поддержания терапевтических отношений и принципы решения терапевтических задач.

«Триада» К. Роджерса — конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие — является основой построения терапевтических отношений в

³ По мнению Хаттерера, потребности рынка психотерапевтических услуг, оказывают значительное влияние на современное развитие гуманистических подходов [Хаттерер, 2005]. Некоторые понятия, формулировки задач, сам стиль обоснования практических приемов (через маркеры и мишени интервенций) в руководствах по ПЭП близки по форме и логике понятиям КБТ. Этот подход также выступает основным объектом сравнения в исследованиях эффективности ПЭП.

ПЭП с несколькими дополнениями. Это, во-первых, принцип согласия и сотрудничества по решению терапевтических задач. И, во-вторых, дополнение безусловного принятия поощрением (prizing). Собственно, эти два взаимосвязанных дополнения являются следствием утраченной «недирективности» по сравнению с ЛЦП. Авторы ПЭП говорят о балансе следования за клиентом и ведения его, бытия с ним и «делания» (following — leading, being — doing). Клиент является безусловным экспертом по своему переживанию, а терапевт — экспертом по процессу [Elliott, Watson et al., 2004]. «Директивность» ПЭП была воспринята представителями ЛЦП как один из наиболее явных вызовов ему. Например, известный соавтор и биограф К. Роджерса Говард Киршенбаум в своей статье, построенной как воображаемый разговор с Роджерсом в наши дни, наибольшее внимание уделяет вопросу отношения Роджерса к нововведениям терапии, ориентированной на фокусирование, и ПЭП. Воображаемый ответ Роджерса — все хорошо до тех пор, пока эти подходы базируются на «триаде» [Kirshenbaum, 2012].

Экспириентальная работа опирается на следующие микропроцессы клиента:

1. Обращение внимания (attending) на то, что в данный момент доступно осознанию.
2. Экспириентальный поиск (experiential search) — активный поиск внутреннего опыта с целью идентификации, вербального выражения того, что пока неясно и смутно.
3. Активное выражение (active expression) — активное проживание и выражение внутреннего опыта.
4. Межличностный контакт (interpersonal contact) — позволение внутреннему опыту быть известным другому человеку.
5. Рефлексия (self-reflection) — рефлексия опыта с целью поиска и создания смысла.
6. Планирование будущих действий (action planning) — исследование того, как новый опыт может воплотиться в новых действиях, чувствах, мыслях [Elliott, Watson et al., 2004].

Подобные микропроцессы тем или иным образом выделяются и в других экспириентальных подходах — обращение внимания, углубление, символизация, осмысление переживания у Джендлина, семиотические аспекты эмпатии терапевта у Ф.Е. Василюка, направленные на инициацию соответствующих процессов клиента:

1. Индикативный аспект — поворот от внешнего к внутреннему, помощь клиенту в сосредоточении на существенном в переживании.
2. Номинативный аспект — название переживания, отнесение к определенному роду — поиск средств для символизации.

3. Сигнификативный аспект — переживание означается, опыт приобретает смысл, переживание включается в деятельность по исследованию мотивов и ценностей, новых смыслов и значений, намечается зона ближайшего развития переживания.

4. Экспрессивный аспект — глубина, точность, яркость, образность выражения сопереживания терапевта приводят к более интенсивному, глубокому проживанию и пониманию клиентом своих чувств и состояний (Василюк, 1986, 2007б).

Мы обозначаем эти аспекты как микропроцессы терапевтической эмпатии. Эмпирическое исследование на материале консультации К. Роджерса с Джен показало, что эмпатия терапевта осуществляется через эмпатические циклы — закономерное последовательное чередование индикативного, номинативного, сигнификативного и экспрессивного микропроцессов. Аналогичное исследование учебных консультаций студентов, обучающихся ППТ, также выявило наличие как минимум двух полных эмпатических циклов во всех проанализированных консультациях, успешных с точки зрения установления контакта и поддержания процесса переживания клиента [Карягина, Матвеева, 2012].

Условием возможности продуктивной экспириентальной работы, по мнению создателей ПЭП, является постоянная эмпатическая настройка терапевта на переживание клиента. «Визитной карточкой» подхода в сообществе ЛЦП является обоснование принципа эмпатического исследования (empathic exploration) и разработка типов эмпатических реплик: эмпатическое понимание, эмпатическая гипотеза, эмпатическое пробуждение, эмпатическое подтверждение и т.д. [подробно о типах реплик на русском языке см.: Ягнюк, 2003].

Эмпатическое исследование — это открытие и «создание карты» новой территории. Терапевт на основе своей эмпатической настройки на клиента помогает ему пережить заново прошлые ситуации и новый опыт здесь и теперь, исследовать непонятные области переживания, дифференцировать, детализировать его. Появляется возможность приобрести более богатый, сложный язык описания себя, отношений, мира, заполнить «пропуски» в эмоциональных схемах. Переживание опыта заново (re-experience) при этом понимается не как простое повторение прошлого, а творческая реконструкция, синтез воспоминаний и воображения. Исследование смутного опыта на грани осознания становится источником нового переживания, открытия и изменения [Elliott, Watson et al., 2004]. Комментаторы подчеркивают, что здесь вслед за Джендлиным реализуется принцип работы с «чувствуемым на грани» (edge-sensing), в зоне между имплицитным и эксплицитным знанием, которая создается только в диалоге клиента и терапевта (в ППТ об этом

говорится как о зоне ближайшего развития переживания [Василюк, 2007б]. По их мнению это и является отличительным признаком ЭПТ [Glanzer, Early, 2012].

Специфические терапевтические задачи — это обобщение проблем, возникающих при традиционной экспириентальной работе. Конкретные методики, как созданные в рамках ПЭП, так и интегрированные из других подходов, направлены на их решение. Основной задачей является эмпатическое исследование, все остальные — отражают трудности и ключевые процессы, возникающие при этом. В списке терапевтических задач также:

- работа с нарушениями рабочего альянса;
 - работа с трудностями доступа к переживанию (основные средства решения задачи — методики очищения пространства и фокусирование Джендлина);
 - проработка проблемных, трудных переживаний (методики систематического разворачивания воспоминаний Л. Райс, рассказа о травме (trauma retelling), создания смысла (meaning creation)⁴;
 - работа с конфликтами и расщеплением (гештальгистская методика двух стульев);
 - работа с незаконченными межличностными отношениями (гештальгистская методика пустого стула);
- и др. [Greenberg, Watson, Goldman, 2004].

Как подчеркивают авторы, список задач постоянно пополняется на основе проводимых исследований психотерапевтического процесса. Необходимо отметить предельно детализированное описание работы над этими задачами (премаркер, маркер, модель решения, идеальный результат, шкала степени решения — частичного и полного и т.д.) Фактически это представляет собой «протокол лечения», аналогичный медицинскому. Назначение его, с одной стороны, дидактическое. С другой стороны, наличие «протокола» значительно упрощает процедуру и

⁴ Данная методика создана для ситуаций так называемого meaning protest — смыслового протеста. В них клиенты чувствуют себя разочарованными, оскорбленными в том, что нарушены их базовые установки, разрушены важнейшие жизненные планы — «заветные» убеждения (cherished beliefs). Это может быть, например, ситуация неожиданной потери близкого человека, несправедливого увольнения — «Я всегда старался поступать правильно, как же такое могло случиться со мной?» и т.п. Это напоминает частично понятие иррациональных установок в КБТ, однако осмысливается как интегральные эмоциональные схемы, включающие прошлый опыт, эмоциональный багаж, означиваемый в лингвистических, религиозных и даже правовых и политических системах [Elliott, Watson et al., 2004]. В ППТ для работы с подобным опытом используется метод майевтики [Василюк, 2008].

повышает репрезентативность результатов научных исследований подхода⁵. А научная обоснованность и доказательность, действительно, являются одной из провозглашаемых ценностей подхода.

Представляется важным, что в ПЭП проводятся не только исследования собственной эффективности, но и то, что результаты научного изучения процесса терапии интегрируются в практику. Так, например, именно по материалам успешных случаев решения терапевтических задач создаются модели их решения. Другой пример связан с использованием знаний, полученных за пределами ПЭП: эмоциональные схемы, характерные для посттравматического расстройства, описаны с использованием результатов известного качественного исследования Fischer & Wertz (1979, 1983). Опыту работы ПЭП с депрессией и ПТСР посвящены десятки, если не сотни, исследований [о метаанализе, см. например: Elliott, Freire, 2008], начинает исследоваться работа с пациентами с пограничным личностным расстройством⁶ [Elliott, Watson et al., 2004].

* * *

Объем статьи не позволил нам подробнее осветить несколько важных вопросов. Так, мы лишь кратко упомянули, где видится *личностное* в данных подходах (в области ценностного фокуса, определяющего саморазвитие переживания, диалог и синтез внутренних голосов). Мы рассмотрели основные положения, касающиеся в основном понимания процесса переживания как продуктивного процесса, осуществляющего работу изменения в психотерапии, и методических принципов, организующих выполнение этой работы.

Традиция присущей этим подходам трактовки переживания восходит к В. Дильтею, который «первым придал статус понятия слову «переживание» [Гадамер, 1988]. В *выражении* переживания устанавливается особая, полная и целостная связь между переживанием и жизнью, из которой оно возникает, и эта связь, по сути, порождается, возрождается, когда в диалоге с другим человеком осуществляется попытка понимания.

Наш историко-психологический анализ развития понятия «эмпатия» показывает, что «теоретическая встреча» эмпатии и переживания

⁵ Также не будем забывать об инженерном прошлом главного идеолога подхода Л. Гринберга.

⁶ ПЭП стремится избегать традиционных психиатрических диагнозов. Внутри подхода речь идет о специфике процессов переживания при заболеваниях. Подчеркивается необходимость умения терапевта оставить клинические знания «за скобками», не пропустить уникальное переживание пациентами своих трудностей.

в философии произошла раньше, чем была осознана в психотерапии. В рассуждениях В. Дильтея переживание выступало предметом понимающей, в отличие от объяснительной, психологии, а со-переживание, далее все чаще переводимое как эмпатия, — ее основным методом [Карягина, 2013а]. Психотерапия, хотя и находится, безусловно, под влиянием развития философской и научно-психологической мысли, но как *практика* пришла к переживанию в первую очередь через развитие метода. Характерно, что пионерами «экспириентальности» также, как и пионерами «отношенческого психоанализа», вводившими эмпатию в психоаналитическое понимание, были новаторы метода Отто Ранк и Шандор Ференци [Friedman, 1976; Карягина, 2013а,б]. В наиболее явной форме эти взаимосвязанные тенденции — «терапия отношениями» и «терапия переживанием» — были выражены в личностно-центрированном подходе. В настоящее время мы наблюдаем их утверждение внутри других основных психотерапевтических школ. Или, как сказали бы экспириентальные психотерапевты: от неясного переживания на грани осознания через продвигающую символизацию и осмысление к дальнейшему, все более полному воплощению.

ЛИТЕРАТУРА

- Бондаренко О.Р. Этиология психических нарушений в клиент-центрированной психотерапии // Журнал практического психолога. 2012. № 1. С. 102—120.
- Василюк Ф.Е. Историко-методологический анализ психотерапевтических упований // Методологический анализ в психологии. М.: МГППУ: Смысл, 2003. С. 30—46.
- Василюк Ф.Е. Майевтика как метод понимающей психотерапии // Вопросы психологии. 2008. № 5. С. 31—43.
- Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия как психотехническая система: дис. ... докт. психол. наук. М., 2007а. 407 с.
- Василюк Ф.Е. Семиотика и техника эмпатии // Вопросы психологии. 2007б. № 2. С. 3—14.
- Василюк Ф.Е. Структура образа // Вопросы психологии. 1993. № 5. С. 5—19.
- Василюк Ф.Е. Уровни построения переживания и методы психологической помощи // Вопросы психологии. 1988. № 5. С. 27—37.
- Гадамер Х.М. История понятия «переживание» // Истина и метод. М.: Прогресс, 1988. С. 36—50.
- Джедлин Ю. Фокусинг. М.: Эксмо, 2013. 320 с.
- Джедлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 488 с.
- Джонсон С. Практика эмоционально-фокусированной супружеской психотерапии. М.: Научный мир, 2013. 364 с.

- Микаэлян Л.Л.* Эмоционально-фокусирующая супружеская терапия. Теория и практика // Журнал практической психологии и психоанализа. 2011. № 3. [Электронный ресурс]. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2855> (дата обращения 01.12.14).
- Некрылова Н.В.* Основные направления современной клиент-центрированной психотерапии // Журнал практического психолога. 2012. № 1. С. 81—101.
- Карягина Т.Д.* Эволюция понятия «эмпатия» в психологии: дис. ... канд. психол. наук. М., 2013. 175 с.
- Карягина Т.Д.* Откуда в психотерапии эмпатия: К. Роджерс и его психоаналитические предшественники и последователи // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 1. С. 8—31.
- Карягина Т.Д., Матвеева К.М.* Проблема измерения и оценки эмпатии в психотерапии // Психологическая наука и образование. 2012. № 5. С. 67—78.
- Ретер П.Э.* Фокусирование // Журнал практической психологии и психоанализа. 2007, № 3. 17 с.
- Роджерс К.* Эмпатия // Психология мотивации и эмоций / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, М. В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2002. С. 428—430.
- Улановский А.М.* Феноменология в психологии и психотерапии: прояснение неотчетливых переживаний // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 27—51.
- Хаттерер Р.* Эклектизм: кризис идентичности человекоцентрированных психотерапевтов // К. Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / под ред. Д. Брэзиера. М.: Когито-центр, 2005. С. 293—305.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии / под ред. А.М. Боковой. М.: Когито-Центр, 2000. С. 224—267.
- Черников А.В.* Эмоционально фокусирующая терапия супругов. Руководство для психотерапевтов // Журнал практической психологии и психоанализа. 2011. № 1. [Электронный ресурс]. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2596> (дата обращения 01.12.14).
- Ягнюк К.В.* Природа эмпатии и ее роль в психотерапии // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. № 1. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.yagniuk.ru/page.php?id=81tm> (дата обращения 01.12.14).
- Vasilyuk F.* The Psychology of Experiencing. L.: Harvester Wheatsheaf, 1991. 258 p.
- Gendlin E. T.* (1966) Existentialism and Experiential Psychotherapy. In Existential child therapy. Clark Moustakas (Ed.) University of Chicago, Basic Books, Inc.
- Gendlin E. T.* (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), Current psychotherapies, pp. 317—352). Itasca, IL: Peacock. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2029.html
- Gendlin E. T.* (1979). Gendlin: experience is richer than psychology models. Brain-Mind Bulletin, 4(10), 2. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2131.html
- Gendlin E. T.* (1988). Carl Rogers (1902—1987). American Psychologist, 43(2), pp. 127—128. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2059.html

- Gendlin E.T. (1991). On emotion in therapy. In *Emotion, psychotherapy and change*. J.D. Safran, L.S. Greenberg (Ed). Guilford Press, New York, pp. 255—280.
- Gendlin E.T. (2003). Beyond postmodernism: From concepts through experiencing. In Roger Frier (Ed.), *Understanding Experience: Psychotherapy and Postmodernism*, pp. 100—115, From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2164.html
- Gendlin E.T. (2004). The new phenomenology of carrying forward. *Continental Philosophy Review*, 37(1), pp. 127—151. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2228.html
- Glazer D., Early A. (2012) The Role of Edge-Sensing in Experiential Psychotherapy. In *American journal of psychotherapy*. Vol. 66, No. 4, 2012, pp. 391—406.
- Greenberg L.S., Safran D. (1989) Emotion in psychotherapy. In *American Psychologist*, vol. 44, 1, pp. 19—29.
- Greenberg L.S., Watson J.C., Lietaer G. (1998) *Handbook of Experiential Psychotherapy*. Guilford Press, 477 p.
- Elliott R., Watson J.C., Goldman R.N., Greenberg L.S. (2004) Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change. *American Psychological Association*. 366 p.
- Friedman N. (1976) From experiential in therapy to experiential psychotherapy: history. *Psychotherapy: theory, research and practice*. Vol. 13, 3, pp. 236—243.
- Kirschenbaum H. (2012) «What is «person-centered»? A posthumous conversation with Carl Rogers on the development of the person-centered approach. In *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11:1, pp. 14—30.
- Klein M.H., Mathieu P.L, Gendlin E.T., Kiesler D.J. (1969) The experiencing scale. A research and training Manual. Volume 1. Wisconsin psychiatric institute, 104 p.
- Lietaer G. (1990) A client-centered approach after Wisconsin project: a personal view on its evolution. In *Client-centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. G. Lietaer, J. Rombauts, R. Balen (Eds). Leuven University Press, pp. 19—46.
- Mahrer A.R., Fairweather D.R. (1993) What is «experiencing»? A critical review of meanings and applications in psychotherapy. In *The Humanistic Psychologist*, 21:1, pp. 2—25.
- Sharma R. (2011) Carrying Forward: Explicating Gendlin's Experiential Phenomenological Philosophy and Its Influence on Humanistic Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*. Vol. 51(2), pp. 172—194.

EXPERIENTIAL APPROACHES IN MODERN PSYCHOTHERAPY

T.D. KARYAGINA

The review is devoted to experiential approaches in psychotherapy. The analysis of history and logic of their occurrence is carried out. E. Gendlin's approach and process-experiential psychotherapy of L. Rice, L. Grinberg, R. Elliott, etc — their basic theoretical principles and methods — are viewed. The purpose of this article

is to introduce little-known in Russia, but gaining popularity and credibility abroad approaches, and to show them as the examples of the integrative trend in modern humanistic psychotherapy. The development of theoretical concepts and practical elaboration of psychotechnical unit of subject and method of these approaches — the experience and the empathy — are analyzed. Attention is given to their comparison with Russian experiential approach — co-experiencing psychotherapy of F.E. Vasilyuk.

Keywords: experiential approaches, person-centered approach, focusing, process-experiential psychotherapy, co-experiencing psychotherapy, experience, experiencing, empathy, meaning.

Bondarenko O.R. Etiologiya psikhicheskikh narushenii v klient-tsentrirovannoi psikhoterapii // Zhurnal prakticheskogo psikhologa, 2012. № 1. S. 102—120.

Vasilyuk F.E. Istoriko-metodologicheskii analiz psikhoterapevticheskikh upovaniy // Metodologicheskii analiz v psikhologii. M.: MGPPU: Smysl, 2003. S. 30—46.

Vasilyuk F.E. Maievтика как метод ponimayushchei psikhoterapii // Voprosy psikhologii, 2008. № 5. S. 31—43.

Vasilyuk F.E. Ponimayushchaya psikhoterapiya kak psikhotehnicheskaya sistema: dis. ... dokt. psikhol. nauk. M., 2007a. 407 s.

Vasilyuk F.E. Semiotika i tekhnika empatii // Voprosy psikhologii, 2007b. № 2. S. 3—14.

Vasilyuk F.E. Struktura obraza // Voprosy psikhologii, 1993. № 5. S. 5—19.

Vasilyuk F.E. Urovni postroeniya perezhivaniya i metody psikhologicheskoi pomoshchi // Voprosy psikhologii, 1988. № 5. S. 27—37.

Gadamer Kh.M. Istoriya ponyatiya perezhivanie // Istina i metod. M.: Progress, 1988. S. 36—50.

Dzhendlin Yu. Fokusing. M.: Eksmo, 2013. 320 s.

Dzhendlin Yu. Fokusirovanie: Novyi psikhoterapevticheskii metod raboty s perezhivaniyami. M.: Nezavisimaya firma «Klass», 2000. 488 s.

Dzhonson S. Praktika emotsional'no-fokusirovannoi supruzheskoi psikhoterapii. M.: Nauchnyi mir, 2013. 364 s.

Mikaelyan L.L. Emotsional'no-fokusirovannaya supruzheskaya terapiya. Teoriya i praktika // Zhurnal prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza. 2011. № 3. [Elektron. resurs]. URL:<http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2855> (data obrashcheniya: 01.12.14).

Nekrylova N.V. Osnovnye napravleniya sovremennoi klient-tsentrirovannoi psikhoterapii // Zhurnal prakticheskogo psikhologa. 2012. №1. S.81—101.

Karyagina T.D. Evolyutsiya ponyatiya «empatiya» v psikhologii: dis. ... kand. psikhol. nauk. M., 2013. 175 s.

Karyagina T.D. Otkuda v psikhoterapii empatiya: K. Rodzhers i ego psikhoanaliticheskie predshestvenniki i nasledovateli // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2012. № 1. S. 8—31.

Karyagina T.D., Matveeva K.M. Problema izmereniya i otsenki empatii v psikhoterapii // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2012, № 5. S ?

- Reter P.E. Fokusirovanie // Zhurnal prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza 2007, № 3. 17 s.
- Rodzher K. Empatiya // Psikhologiya motivatsii i emotsii: pod red. Yu.B. Gippenreiter, M. V. Falikman. M.: CheRo, 2002. S. 428—430.
- Ulanovskii A.M. Fenomenologiya v psikhologii i psikhoterapii: proyasnenie neotchetlivykh perezhivaniy // Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal. 2009. № 2. S. 27—51.
- Khatterer R. Eklektizm: krizis identichnosti chelovekotsentrirovannykh psikhoterapevtov // K. Rodzher i ego posledovateli: psikhoterapiya na poroge XXI veka / pod red. D. Breziera. M.: Kogito-tsentr, 2005. S. 293—305.
- Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Kognitivno-bikhevioral'naya psikhoterapiya // Osnovnye napravleniya sovremennoi psikhoterapii: redaktsiya A.M. Bokovikova. M.: Kogito-Tsentr, 2000. S. 224—267.
- Chernikov A.V. Emotsional'no fokusirovannaya terapiya suprugov. Rukovodstvo dlya psikhoterapevtov // Zhurnal prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza. 2011. № 1. [Elektron. resurs]. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2596> (data obrashcheniya: 01.12.14).
- Yagnyuk K.V. Priroda empatii i ee rol' v psikhoterapii // Zhurnal prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza. 2003. № 1. [Elektron. resurs]. URL: <http://www.yag-niuk.ru/page.php?id=81tm> (data obrashcheniya: 01.12.14).
- Vasilyuk F. The Psychology of Experiencing. L.: Harvester Wheatsheaf, 1991. 258 p.
- Gendlin E.T. (1966) Existentialism and Experiential Psychotherapy. In Existential child therapy. Clark Moustakas (Ed.) University of Chicago, Basic Books, Inc.
- Gendlin E.T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), Current psychotherapies, pp. 317—352). Itasca, IL: Peacock. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2029.html
- Gendlin E.T. (1979). Gendlin: experience is richer than psychology models. Brain-Mind Bulletin, 4(10), 2. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2131.html
- Gendlin E.T. (1988). Carl Rogers (1902—1987). American Psychologist, 43(2), pp. 127—128. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2059.html
- Gendlin E.T. (1991). On emotion in therapy. In Emotion, psychotherapy and change. J.D. Safran, L.S. Greenberg (Ed). Guilford Press, New York, pp. 255—280.
- Gendlin E.T. (2003). Beyond postmodernism: From concepts through experiencing. In Roger Frier (Ed.), Understanding Experience: Psychotherapy and Postmodernism, pp. 100—115, From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2164.html
- Gendlin E.T. (2004). The new phenomenology of carrying forward. Continental Philosophy Review, 37(1), pp. 127—151. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2228.html
- Glانzer D., Early A. (2012) The Role of Edge-Sensing in Experiential Psychotherapy. In American journal of psychotherapy. Vol. 66, No. 4, 2012, pp.391—406
- Greenberg L.S., Safran D. (1989) Emotion in psychotherapy. In American Psychologist, vol. 44, 1, pp. 19—29.
- Greenberg L.S., Watson J.C., Lietaer G. (1998) Handbook of Experiential Psychotherapy. Guilford Press, 477 p.

- Elliott R., Watson J.C., Goldman R.N., Greenberg L.S.* (2004) Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change. American Psychological Association. 366 p.
- Friedman N.* (1976) From experiential in therapy to experiential psychotherapy: history. *Psychotherapy: theory, research and practice*. Vol. 13, 3, pp. 236—243.
- Kirschenbaum H.* (2012) "What is "person-centered"? A posthumous conversation with Carl Rogers on the development of the person-centered approach. In *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11:1, pp. 14—30.
- Klein M.H., Mathieu P.L., Gendlin E.T., Kiesler D.J.* (1969) The experiencing scale. A research and training Manual. Volume 1. Wisconsin psychiatric institute, 104 p.
- Lietaer G.* (1990) A client-centered approach after Wisconsin project: a personal view on its evolution. In *Client-centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. G. Lietaer, J. Rombauts, R. Balen (Eds). Leuven University Press, pp. 19—46.
- Mahrer A.R., Fairweather D.R.* (1993) What is "experiencing"? A critical review of meanings and applications in psychotherapy. In *The Humanistic Psychologist*, 21:1, pp. 2—25.
- Sharma R.* (2011) Carrying Forward: Explicating Gendlin's Experiential Phenomenological Philosophy and Its Influence on Humanistic Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*. Vol. 51(2), pp. 172—194.

СОЦИАЛЬНОЕ ПОЗНАНИЕ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)¹

В.В. КРАСНОВА-ГОЛЬЕВА

Социальное познание становится все более популярной темой исследований как в отечественной, так и в зарубежной науке. На сегодняшний день существует мало данных о специфике процесса социального познания у больных тревожными расстройствами. В статье представлен обзор современных зарубежных исследований социального познания при тревожных расстройствах. Описана выявленная специфика нарушений социального познания у больных с посттравматическим стрессовым расстройством, социальной фобией и некоторыми другими. Делается вывод о противоречивости полученных данных и необходимости дальнейших исследований.

Ключевые слова: социальное познание, распознавание эмоций, ментализация, тревожные расстройства, социальная тревожность.

Социальное познание определяется как способность воспринимать и интерпретировать реакции в процессе взаимодействия с другими людьми. Это понятие включает в себя несколько специфических когнитивных процессов, лежащих в основе социального взаимодействия [Green et al., 2008]. Социальное познание, как правило, изучается в литературе на моделях социального интеллекта, ментализации, распознавания эмоций, социального восприятия и атрибутивного стиля. Слабо развитый социальный интеллект существенно снижает качество жизни человека [Fett et al., 2011; Maat et al., 2012].

Тревожные расстройства на сегодняшний день самый распространенный класс психических расстройств. Около 17 % населения в разные периоды жизни страдают тем или иным тревожным расстройством [Somers et al., 2006]. Кроме того, тревожные расстройства имеют высокую коморбидность с депрессивными расстройствами и химическими зависимостями. Пациенты с тревожными расстройствами, по данным многочисленных исследований, имеют более низкий уровень социаль-

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского Научного Фонда (грант № 14-18-03461).

ного функционирования и качества жизни по сравнению с неклинической выборкой [Mendlowicz, Stein, 2000; Stein et al., 2005; Olatunji, Cisler, Tolin, 2007]. Исследователи на протяжении длительного времени недооценивали инвалидизирующий характер течения многих расстройств, в том числе тревожных. Как указывают авторы: «Потери, связанные с заболеваемостью тревожными расстройствами, оказались вполне сопоставимыми с экономическим бременем депрессии» [Гараян, Холмогорова, 2013, с. 34].

Связь социального познания и тревожных расстройств

Несмотря на то, что при тревожных расстройствах прямых связей между социальным познанием и нарушениями социального функционирования не установлено, исследователи все чаще обнаруживают нарушения социального познания именно у этой категории больных [Sripada et al., 2009; Machado-de-Sousa et al., 2010; Mazza et al., 2012; O'Toole, Hougaard, Menin, 2012]. Дефицит социального познания может объяснить причину возникновения целого ряда нарушений, связанных с низким уровнем социального функционирования и качества жизни у пациентов с тревожными расстройствами. Это особенно актуально для таких расстройств, как социальная тревожность, при которой проблемы социального взаимодействия начинают проявляться еще с детства [Simonian et al., 2001; Battaglia et al., 2005, 2012], и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), где эмоциональные нарушения, являющиеся ядром болезни, влияют на качество межличностных отношений [McFarlane, Bookless, 2001; Ruscio et al., 2002; Cook et al., 2004].

Plana et al. (2014) провели исследование социального познания у пациентов с разными видами тревожных расстройств: социальная фобия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство. Выборка включала 1417 пациентов в качестве клинической группы и 1321 здоровых человека в качестве контрольной группы.

По результатам мета-анализа авторы сделали вывод, что дефицит социального познания присутствует при всех тревожных расстройствах, хотя нарушения варьируют в зависимости от типа тревожного расстройства. Наиболее надежные данные касались распознавания эмоций и атрибутивного стиля. Авторы отмечают, что исследование социального интеллекта важно не только в русле изучения таких расстройств, как социальная фобия и ПТСР, но и других тревожных расстройств, поскольку необходимо понять какие нарушения социального познания являются специфичными для тревоги вообще.

У пациентов с ПТСР наблюдалось более выраженное нарушение процессов ментализации и распознавания эмоций в сравнении с контрольной группой здоровых людей, чем у пациентов с другими тревожными расстройствами. Кроме того, исследования показали, что для пациентов с социальной фобией, генерализованным тревожным расстройством, обсессивно-компульсивным расстройством и паническим расстройством более характерен пессимистический атрибутивный стиль, чем для пациентов с ПТСР: пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством чаще приписывали успехи себе, нежели обстоятельствам и условиям, чем больные с другими тревожными расстройствами. К сожалению, авторы не приводят интерпретации этих данных, хотя можно предположить, что пациенты с ПТСР меньше готовы ожидать позитивных влияний от окружающего мира и больше полагаться на себя в силу пережитого травматического опыта [Plana et al., 2014].

Нарушения ментализации и распознавания эмоций при ПТСР может быть отчасти связано с общей симптоматикой заболевания. Эмоциональные нарушения — один из основных симптомов ПТСР, они выражаются в дефиците эмоциональных реакций и способствуют развитию дефицита распознавания эмоций [American Psychiatric Association, 1994; Litz, Gray, 2002; Lanius et al., 2010]. Симптоматические эмоциональные нарушения связаны не только с трудностями распознавания эмоций, но и с проблемами ментализации [Mazza et al., 2012]. Нейропсихологические исследования также подтверждают этот вывод, поскольку аномальная активность части областей мозга (в форме гипервозбуждения амигдалы и гипоактивности средней зоны префронтальной коры) ассоциируется с нарушениями распознавания эмоций и ментализации, что и наблюдается при ПТСР [Etkin, Wager, 2007; Koenigs, Grafman, 2009].

Amir, Foa и Coles (1998a) изучали интерпретации социальных ситуаций у больных с ОКР и социальной фобией. В заданиях на оценку себя в ситуации взаимодействия больные социальной фобией чаще проявляли предвзятое отношение к себе, чем больные ОКР. Кроме того, у больных социальной фобией было больше враждебных и негативных ожиданий от предстоящих коммуникаций, несмотря на отсутствие предшествующего негативного опыта. Авторами было установлено, что если больной социальной фобией сконцентрирован на том, как он выглядел в ситуации общения, т.е. анализирует себя, то он более критично и враждебно оценивает окружающую обстановку. Данный феномен не был обнаружен у больных ОКР и группы здоровых испытуемых. Исследователи Stora и Clark (2000) изучали восприятие и оценку социальных ситуаций у больных тревожными расстройствами. По результатам исследования больные социальной фобией чаще больных генерализован-

ным тревожным расстройством негативно расценивали нейтральные ситуации. Авторы подчеркивают, что такая предвзятость в восприятии нейтральных стимулов не является характерной чертой тревожного расстройства, поскольку пациенты с другими тревожными расстройствами (такими как ОКР, социальная фобия) не обнаруживали эту особенность.

Связь между нарушениями развития социального познания и тревожными расстройствами

Melfsen и Florin (2002) обнаружили, что детям с высоким уровнем социальной тревожности требуется гораздо больше времени на распознавание эмоций по выражению лица и по речи. Simonian et al. (2001), проведя аналогичное исследование, сообщили, что существует отрицательная связь между уровнем социальной тревожности и распознаванием эмоций по выражению лица и речи у детей и подростков. То есть чем выше уровень социальной тревожности, тем хуже дети распознают эмоции по выражению лица и по речи. Кроме того, Banerjee и Henderson (2001) обнаружили, что высокий уровень социальной тревожности и застенчивости у детей с негативным опытом социального взаимодействия в прошлом отрицательно коррелирует с эффективностью понимания мотивов действий других людей, обмана, ситуаций «неловкости» в сюжете рассказа.

Результаты исследования распознавания эмоций у детей с тревожными расстройствами оказались противоречивыми. Так, некоторые исследования (например, Easter et al., (2005)) показали, что тревожные дети действительно хуже справляются с задачей на распознавание эмоций, тогда как другие (например, Guyer et al. (2007), McClure et al. (2003) Allen et al. (2006), Manassis, Young (2000)) не обнаружили данного факта. По мнению Demenescu et al. (2010) подобное несоответствие результатов может быть связано с различиями в группах испытуемых (несоответствие выборок), разницей в предъявлении инструкции к заданиям, а также с изучением эмоций, пока не доступных детям данной возрастной категории.

Другие результаты были получены на выборке взрослых людей. Так, Kessler et al. (2007) и Mohlman et al. (2007) обнаружили, что пациенты с социальной тревожностью по сравнению со здоровыми участниками имели тенденцию к неправильному опознанию такой эмоции как гнев. Пациенты демонстрировали повышенную чувствительность к восприятию и пониманию негативных эмоций. Неклиническая выборка людей с высоким уровнем личностной тревожности продемонстрировала более высокие показатели по распознаванию страха. Demenescu et al.

(2010) подобный результат объясняют тем, что тревожные люди селективны в восприятии негативных эмоций, а кроме того, чаще приписывают нейтральным эмоциональным состояниям негативный смысл.

В исследовании распознавания эмоций у больных социофобией Gilboa-Schechtman et al. (1999) предлагали участникам эксперимента 12 фотографий для оценки лицевой экспрессии (мимики). Специфика заданий состояла в том, чтобы оценить выражение лица человека на фоне других лиц, например, сердитое лицо в веселящейся толпе или веселое лицо в разъяренной толпе. В результате исследования группа больных социальной фобией продемонстрировала более высокий результат в обнаружении сердитого лица в нейтральной по настроению толпе, чем счастливых лиц в нейтральной толпе по сравнению с контрольной группой здоровых людей. В аналогичном исследовании Esteves (1999) были получены схожие результаты: быстрее обнаруживались сердитые, чем веселые лица. Однако значимых различий внутри групп с высоким и низким уровнем тревоги выявлено не было. Veljasa и Raper (1998) для оценки способности распознавать эмоции использовали публичные выступления. Испытуемым предлагалось во время собственного выступления оценивать положительные и негативные эмоции, возникавшие в аудитории, которая была заранее специальным образом подготовлена. Результаты оказались в русле данных уже проведенных исследований Gilboa-Schechtman et al. (1999). Так, испытуемые с высоким уровнем социальной тревожности быстрее и точнее обнаруживали сердитые, негативные мимические реакции, в то время как нетревожные испытуемые быстрее обнаруживали веселые и положительные. В исследовании Pozo et al. (1991), где распознавание эмоций изучалось в процессе межличностного взаимодействия, результаты вышеописанных исследователей не подтвердились. Автор не выявил никаких различий в качестве оценки мимических реакций у нетревожных и тревожных людей.

Избирательность в восприятии эмоциональных реакций также исследовалась методом фиксирования траектории движения глаз. Этот метод считается одним из самых валидных, поскольку избирательность внимания индексируется резкими движениями глаз в ответ на стимул, а также длительностью удержания взгляда на стимуле. В исследовании изображений с разными выражениями лица, была выявлена особая настороженность тревожных людей к нейтральным лицам, не выразившим ни гнева, ни веселья. Различий в селективности внимания к негативным или положительным эмоциям в группе тревожных пациентов и контрольной группе выявлено не было [Garner et al., 2003]. Summerfeldt et al. (2006) обнаружили значимую отрицатель-

ную связь социального интеллекта и социальной тревожности. Так, межличностный компонент (распознавание чужих эмоций) и внутриличностный компонент (распознавание собственных эмоций) эмоционального интеллекта отрицательно связаны с уровнем тревоги в социальном взаимодействии. В другом исследовании больных с генерализованным тревожным расстройством были выявлены сильные отрицательные связи между эмоциональным интеллектом и степенью выраженности социальной тревоги [Jacobs et al., 2008]. Хотя несколько исследований и продемонстрировали связь эмоционального интеллекта и социальной тревожности, говорить о непосредственной связи социального познания и социальной тревоги не представляется возможным, поскольку не все составляющие социального познания изучены экспериментально [Sutterby et. al, 2012].

Предполагается, что социальная тревожность способна влиять на качество социального познания за счет смещения фокуса внимания с социальных сигналов на внутренние физиологические процессы, чувство неуверенности в себе, анализ собственных ошибок [Amir et al., 1998; Mogg and Bradley, 2002; Vassilopoulos, 2005]. Кроме того, люди с высоким уровнем социальной тревожности скорее оценивают стимулы как негативные и отстраняются, чем стараются контролировать или влиять на них [Heinrichs and Hofmann, 2001; Hirsch and Clark, 2004; Coles et al., 2008]. Нейропсихологические исследования показали дисфункциональную активность некоторых зон мозга у социально тревожных людей, отвечавших за социальное познание [Gentili et al., 2009; Sripada et al., 2009].

Гендерные особенности социального познания при тревожных расстройствах

Исследуя гендерные особенности связи социальной тревожности и социального познания, ученые не получили значимых результатов в мужской выборке, однако в женской популяции были получены интересные результаты [Sutterby et al., 2012]. Так, женщины с высоким уровнем социальной тревожности в тесте Reading the mind in the eyes (распознавание психического состояния по глазам) превзошли женщин с низким уровнем социальной тревожности в способности распознавать состояние человека по выражению глаз. Кроме того, группа с высоким уровнем социальной тревожности оказалась более точной в интерпретации социальных ситуаций, предъявляемых на видео. Полученные результаты авторы объясняют тем, что женщины с высокой социальной тревожностью более внимательны к социальным сигналам, более мотивированы в точной интерпретации социальных стимулов из-за того, что

чаще беспокоятся именно по поводу интерперсональных отношений. Авторы также выдвигают гипотезу о том, что выявленная обостренная чувствительность при считывании психического состояния другого человека вероятнее всего подкрепляет социальное беспокойство и тревожность в более широком смысле и тем самым способствуют их росту. Множество исследований говорит о том, что социально тревожные индивиды отличаются меньшим количеством развитых социальных навыков [Sutterby et. al, 2012]. Таким образом, выраженная способность интерпретировать социальные стимулы не означает, что человек способен верно распорядиться полученной информацией, т.е. это знание не дает гарантий верного поведения.

Фиксируя противоречивость полученных результатов и трудность соотнесения данных, полученных на основе разных моделей, следует подчеркнуть необходимость дальнейших более согласованных исследований нарушений социального познания у больных с тревожными расстройствами. Тем не менее, можно сделать ряд предварительных выводов о современном состоянии исследований нарушений социального познания при тревожных расстройствах.

Выводы

1. Дефицит социального познания присутствует при всех тревожных расстройствах, при этом характер нарушения варьируется в зависимости от типа тревожного расстройства. Наиболее надежные данные касаются распознавания эмоций и характера атрибутивного стиля. Пациенты с ПТСР обнаружили более выраженное нарушение процессов ментализации и распознавания эмоций в сравнении с контрольной группой здоровых людей, в отличие от пациентов с другими тревожными расстройствами. Однако при этом пациенты с ПТСР склонны были приписывать себе позитивные причины событий, в отличие от пациентов с другими тревожными расстройствами, что можно объяснить специфической защитных механизмов.

2. Дети с высоким уровнем социальной тревожности хуже распознают эмоции, однако у детей с другими тревожными расстройствами эта особенность выявлена не была. Столь же противоречивы результаты по распознаванию эмоций у взрослых людей с повышенной социальной тревожностью. Исследуя гендерные особенности социального познания при тревожных расстройствах, ученые обнаружили значимые результаты лишь в женской выборке. Так, женщины с высоким уровнем социальной тревожности точнее распознавали состояние человека по выражению глаз, по сравнению с женщинами с низким уровнем социальной тревожности.

ЛИТЕРАТУРА

- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными формами тревожных расстройств // Современная терапия психических расстройств. 2013. № 1. С. 34—41.
- Achim A.M., Guitton M., Jackson P. L., Boutin A., Monetta L. On whatground do we mentalize? Characteristics of current tasks and sources of information that contribute to mentalizing judgments // Psychological Assessment. 2012. doi. org/10.1037/a0029137, pii: 2012-16773-001
- Allen J.L., Abbott M.J., Rapee R.M., Coltheart M. Recognition of expressions of disgust by children with obsessive-compulsive disorder // Behaviour Change. 2006. № 23. P. 239—249.
- Amir N., Foa E.B., Coles M.E. Negative interpretation bias in social phobia // Behaviour Research and Therapy, 1998a. № 36. P. 945—957.
- Amir N., Foa E.B., Coles M.E. Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in individuals with generalized social phobia // Journal of Abnormal Psychology. 1998. № 109. P. 285—290.
- Banerjee R., Henderson L. Social-cognitive factors in childhood social anxiety: a preliminary investigation // Social Development. 2001. № 10. P. 558—572.
- Bogels S.M., Mansell W. Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia // Behaviour Research and Therapy. № 38. P. 273—283.
- Coles M.E., Heimberg R.G., Schofield C.A. Interpretation of facial expression and social anxiety: specificity and source of biases // Cognition and Emotion. 2008. № 22. P. 1159—1173.
- Demenescu L.R., Kortekaas R., den Boer J.A., Aleman A. Impaired Attribution of Emotion to Facial Expressions in Anxiety and Major Depression. 2010. PLoS ONE 5(12): e15058. doi:10.1371/journal.pone.0015058.
- Easter J.B.S., McClure E.B., Monk C.S., Dhanani M., Hodgdon H., et al. Emotion recognition deficit in pediatric anxiety disorder: implication for amygdala research // Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2005. № 15. P. 563—570.
- Esteves F. Attentional bias to emotional facial expressions // European Review of Applied Psychology. 1999. № 49. P. 91—97.
- Fett A.K.J., Viechtbauer W., Dominguez M.D.G., Penn D.L., Van Os J., Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2011. № 35(3). P. 573—588.
- Garner M.J., Mogg K., Bradley. Orienting and maintenance of attention to facial expressions in social anxiety: Eye movement study // Paper presented at the Annual Conference of the European Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapies, Prague, September 2003.
- Genili C., Ricciardi E., Gobbini M.I., Santarelli M.F., Haxby J.V., Pietrini P., Guazzelli M. Beyond amygdala: default mode network activity differs between patients with social phobia and healthy controls // Brain Research Bulletin. 2009. № 79. P. 409—413.
- Gilboa-Schechtman E., Foa E.B., Amir N. Attentional biases for facial expressions in social phobia: The face-in-the-crowd paradigm // Cognition and Emotion. 1999. № 13. P. 305—318.

- Green M.F., Penn D.L., Bental R., Carpenter W.T., Gaebel W., Gur R.C., et al. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities // *Schizophrenia Bulletin*. 2008. № 34(6). P. 1211—1220.
- Guyer A.E., McClure E.B., Adler A.D., Abrotman M., Rich B.A., et al. Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007. № 48. P. 863—871.
- Heinrichs N., Hofmann S.G. Information processing in social phobia: a critical review // *Clinical Psychology Review*. 2001. № 21. P. 751—770.
- Hirsch C.R., Clark D.M. Information-processing bias in social phobia // *Clinical Psychology Review*. 2004. № 24. P. 799—825.
- Jacobs M., Snow J., Geraci M., Vythilingam M., Blair R.J., Charney D.S., Pine D.S., Blair K.S. Association between level of emotional intelligence and severity in generalized social phobia // *Journal of Anxiety Disorders*. 2008. № 22. P. 1487—1495.
- Kaufman R.E., Gold A.L., Fischman A.J., Pollack M.H., Rauch S.L. A PET study of tiagabine treatment implicates ventral medial prefrontal cortex in generalized social anxiety disorder // *Neuropsychopharmacology*. 2009. № 34. P. 390—398.
- Kessler H., Roth J., von Wietersheim J., Deighton R.M., Traue H.C. Emotion recognition patterns in patients with panic disorder // *Depression and Anxiety* 2007. № 24. P. 223—226.
- Maat A., Fett A.K., Derks E. Social cognition and quality of life in schizophrenia. // *Schizophrenia research*. 2012. № 137(1—3). P. 212—218.
- Machado-de-Sousa J.P., Arrais K.C., Alves N.T., Chagas M.H.N., de Meneses-Gaya C., Crippa J.A. et al. Facial affect processing in social anxiety: tasks and stimuli // *Journal of Neuroscience Methods*. 2010. № 193(1). P. 1—6.
- Manassis K., Young A. Perception of emotions in anxious and learning disabled children. *Depression and Anxiety*. 2000. № 12. P. 209—216.
- Mazza M., Costagliola C., Di Michele V., Magliani V., Pollice R., Ricci A. et al. Deficit of social cognition in subjects with surgically treated frontal lobe lesions and in subjects affected by schizophrenia // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2007. № 257(1). P. 12—22.
- Mazza M., Giusti L., Albanese A., Mariano M., Pino M. C., Roncone R. Social cognition disorders in military police officers affected by posttraumatic stress disorder after the attack of An-Nasiriyah in Iraq // *Psychiatry Research*. 2012. № 3. P. 248—252.
- McClure E.B., Pope K., Hoberman A.J., Pine D.S., Leibenluft E. Facial expression recognition in adolescents with mood and anxiety disorders // *American Journal of Psychiatry*. 2003. № 160. P. 1172—1174.
- Melfsen S., Florin I. Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? // *Journal of Nonverbal Behavior*. 2002. № 26. P. 109—126.
- Mendlowicz M.V., Stein M.B. Quality of life in individuals with anxiety disorders // *American Journal of Psychiatry*. 2000. No 157(5). P. 669—682.
- Mogg K., Bradley B.P. Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety // *Behaviour Research and Therapy*. 2002. № 40. P. 1403—1414.
- Mohlman J., Carmin C.N., Price R.B. Jumping to interpretations: social anxiety disorder and the identification of emotional facial expressions // *Behaviour Research and Therapy*. 2007. № 45. P. 591—599.
- O'Toole M.S., Houghard E., Mennin D.S. Social anxiety and emotion knowledge: a meta-analysis // *Journal of Anxiety Disorders*. 2012. № 27(1). P. 98—108.

- Olatunji B.O., Cisler J.M., Tolin D.F.* Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review // *Clinical Psychology Review*. 2007. № 27(5) P. 572—581.
- Plana I., Lavoie M-A., Battaglia M., Achim A.M.* A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders // *Journal of Anxiety Disorders*. 2014. № 28. P. 169—177.
- Pozo C., Carver C.S., Wellens A.R., Scheier M.F.* Social anxiety and social perception: Construing others' reactions to the self // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1991. № 17. P. 355—362.
- Simonian S.J., Beidel D.C., Turner S.M., Berkes J.L., Long J.H.* Recognition of facial affect by children and adolescents diagnosed with social phobia. // *Child Psychiatry and Human Development*. № 2001. № 32. Pp 137—145.
- Somers J.M., Goldner E.M., Waraich P., Hsu L.* Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2006. № 51(2). P. 100—113.
- Sripada C.S., Angstadt M., Banks S., Nathan P.J., Liberzon, I., Phan K.L.* Functional neuroimaging of mentalizing during the trust game in social anxiety disorder // *Neuroreport*. 2009. № 20(11). P. 984—989.
- Sripada C.S., Angstadt M., Banks S., Nathan P.J., Liberzon I., Luan K.* Functional neuroimaging of mentalizing during the trust game in social anxiety disorder // *Neuro Report*. 2009. № 20. P. 984—989.
- Stein M.B., Roy-Byrne P.P., Craske M.G., Bystritsky L., Sullivan G., Pyne J.M.* et al. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients // *Medical Care*. 2005. № 43(12). P. 1164—1170.
- Stopa L., Clark D.M.* Social phobia and interpretation of social events // *Behaviour Research and Therapy*. 2000. № 38. P. 273—283.
- Summerfeldt L.J., Kloosterman P.H., Antony M.M., Parker J.D.A.* Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2006. № 28. P. 57—68.
- Sutterby S.R., Bedwell J.S., Passler J.S., Deptula A.E., Mesa F.* Social anxiety and social cognition: The influence of sex // *Psychiatry Research*. 2012. № 197. P. 242—245.
- Vassilopoulos S.* Anticipatory processing plays a role in maintaining social anxiety. // *Anxiety, Stress and Coping*. 2005. № 18. P. 321—332.
- Veljaca K.A., Rapee R.M.* Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects // *Behaviour Research and Therapy*. 1998. № 36. P. 311—321.

SOCIAL COGNITION IN ANXIETY DISORDERS (REVIEW OF FOREIGN STUDIES)

V.V. KRASNOVA-GOLEVA

Social cognition is becoming increasingly popular topic of research, both in domestic and in foreign science. There is little data about the specifics of the process of social cognition of patients with anxiety disorders. The paper presents an overview of modern foreign studies of social cognition in anxiety disorders. Describes the

determination of the specific disorders of social cognition in patients with post-traumatic stress disorder, social phobia and some others. It is concluded that the contradictory findings and the need for further research.

Keywords: social cognition, emotion recognition, mentalization, anxiety disorders, social anxiety.

- Garanjan N.G., Holmogorova A.B.* Integracija semejnjoj sistemnoj i kognitivno-biheviornal'noj psihoterapij v lechenii bol'nyh s hronificirovannyimi formami trevozhnyh rasstrojstv. Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv. 2013. № 1. С. 34—41.
- Achim A.M., Guitton M., Jackson P. L., Boutin A., Monetta L.* On whatground do we mentalize? Characteristics of current tasks and sources of information that contribute to mentalizing judgments. // *Psychological Assessment*. 2012. doi. org/10.1037/a0029137, pii: 2012-16773-001
- Allen J.L., Abbot M.J., Rapee R.M., Coltheart M.* Recognition of expressions of disgust by children with obsessive-compulsive disorder // *Behaviour Change*. 2006. № 23. Pp. 239—249.
- Amir N., Foa E.B., Coles M.E.* Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 1998a. № 36. Pp. 945—957.
- Amir N., Foa E.B., Coles M.E.* Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in individuals with generalized social phobia // *Journal of Abnormal Psychology*. 1998. № 109. Pp. 285—290.
- Banerjee R., Henderson L.* Social-cognitive factors in childhood social anxiety: a preliminary investigation // *Social Development*. 2001. № 10. Pp. 558—572.
- Bogels S.M., Mansell W.* Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia // *Behaviour Research and Therapy*. № 38. Pp. 273—283.
- Coles M.E., Heimberg R.G., Schofield C.A.* Interpretation of facial expression and social anxiety: specificity and source of biases // *Cognition and Emotion*. 2008. № 22. Pp. 1159—1173.
- Demenescu L.R., Kortekaas R., den Boer J.A., Aleman A.* Impaired Attribution of Emotion to Facial Expressions in Anxiety and Major Depression. 2010. PLoS ONE 5(12): e15058. doi:10.1371/journal.pone.0015058.
- Easter J.B.S., McClure E.B., Monk C.S., Dhanani M., Hodgdon H., et al.* Emotion recognition deficit in pediatric anxiety disorder: implication for amygdala research // *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2005. № 15. Pp. 563—570.
- Esteves F.* Attentional bias to emotional facial expressions // *European Review of Applied Psychology*. 1999. № 49. Pp. 91—97.
- Fett A.K.J., Viechtbauer W., Dominguez M.D.G., Penn D.L., Van Os, J., Krabbendam L.* The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011. № 35(3). Pp. 573—588.
- Garner M.J., Mogg K., Bradley.* Orienting and maintenance of attention to facial expressions in social anxiety: Eye movement study // Paper presented at the Annual Conference of the European Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapies, Prague, September 2003.

- Gentili C., Ricciardi E., Gobbini M.I., Santarelli M.F., Haxby J.V., Pietrini P., Guazzelli M.* Beyond amygdala: default mode network activity differs between patients with social phobia and healthy controls // *Brain Research Bulletin*. 2009. № 79. Pp. 409—413.
- Gilboa-Schechtman E., Foa E.B., Amir N.* Attentional biases for facial expressions in social phobia: The face-in-the-crowd paradigm // *Cognition and Emotion*. 1999. № 13. Pp. 305—318.
- Green M.F., Penn D.L., Bentall R., Carpenter W.T., Gaebel W., Gur R.C., et al.* Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities // *Schizophrenia Bulletin*. 2008. № 34(6). Pp. 1211—1220.
- Guyer A.E., McClure E.B., Adler A.D., Abrotman M., Rich B.A., et al.* Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007. № 48. Pp. 863—871.
- Heinrichs N., Hofmann S.G.* Information processing in social phobia: a critical review // *Clinical Psychology Review*. 2001. № 21. Pp. 751—770.
- Hirsch C.R., Clark D.M.* Information-processing bias in social phobia // *Clinical Psychology Review*. 2004. № 24. Pp. 799—825.
- Jacobs M., Snow J., Geraci M., Vythilingam M., Blair R.J., Charney D.S., Pine D.S., Blair K.S.* Association between level of emotional intelligence and severity in generalized social phobia // *Journal of Anxiety Disorders*. 2008. № 22. Pp. 1487—1495.
- Kaufman R.E., Gold A.L., Fischman A.J., Pollack M.H., Rauch S.L.* A PET study of tiagabine treatment implicates ventral medial prefrontal cortex in generalized social anxiety disorder // *Neuropsychopharmacology*. 2009. № 34. Pp. 390—398.
- Kessler H., Roth J., von Wietersheim J., Deighton R.M., Traue H.C.* Emotion recognition patterns in patients with panic disorder // *Depression and Anxiety* 2007. № 24. Pp. 223—226.
- Maat A., Fett A.K., Derks E.* Social cognition and quality of life in schizophrenia. // *Schizophrenia research*. 2012. № 137(1—3). Pp. 212—218.
- Machado-de-Sousa J.P., Arrais K.C., Alves N.T., Chagas M.H.N., de Meneses-Gaya C., Crippa J.A. et al.* Facial affect processing in social anxiety: tasks and stimuli // *Journal of Neuroscience Methods*. 2010. № 193(1). Pp. 1—6.
- Manassis K., Young A.* Perception of emotions in anxious and learning disabled children. *Depression and Anxiety*. 2000. № 12. P. 209—216.
- Mazza M., Costagliola C., Di Michele V., Magliani V., Pollice R., Ricci A. et al.* Deficit of social cognition in subjects with surgically treated frontal lobe lesions and in subjects affected by schizophrenia // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2007. № 257(1). Pp. 12—22.
- Mazza M., Giusti L., Albanese A., Mariano M., Pino M.C., Roncone R.* Social cognition disorders in military police officers affected by posttraumatic stress disorder after the attack of An-Nasiriyah in Iraq // *Psychiatry Research*. 2012. № 3. P. 248—252.
- McClure E.B., Pope K., Hoberman A.J., Pine D.S., Leibenluft E.* Facial expression recognition in adolescents with mood and anxiety disorders // *American Journal of Psychiatry*. 2003. № 160. Pp. 1172—1174.
- Melfsen S., Florin I.* Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? // *Journal of Nonverbal Behavior*. 2002. № 26. Pp. 109—126.

- Mendlowicz M.V., Stein M.B.* Quality of life in individuals with anxiety disorders // American Journal of Psychiatry. 2000. № 157(5). P. 669—682.
- Mogg K., Bradley B.P.* Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety // Behaviour Research and Therapy. 2002. № 40. Pp. 1403—1414.
- Mohlman J., Carmin C.N., Price R.B.* Jumping to interpretations: social anxiety disorder and the identification of emotional facial expressions // Behaviour Research and Therapy. 2007. № 45. Pp. 591—599.
- O'Toole M.S., Hougard E., Mennin D.S.* Social anxiety and emotion knowledge: a meta-analysis // Journal of Anxiety Disorders. 2012. № 27(1). Pp. 98—108.
- Olatunji B.O., Cisler J.M., Tolin D.F.* Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review // Clinical Psychology Review. 2007. № 27(5) Pp. 572—581.
- Plana I., Lavoie M-A., Battaglia M., Achim A.M.* A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders // Journal of Anxiety Disorders. 2014. № 28. Pp. 169—177.
- Pozo C., Carver C.S., Wellens A.R., Scheier M.F.* Social anxiety and social perception: Construing others' reactions to the self // Personality and Social Psychology Bulletin. 1991. № 17. Pp. 355—362.
- Simonian S.J., Beidel D.C., Turner S.M., Berkes J.L., Long J.H.* Recognition of facial affect by children and adolescents diagnosed with social phobia. // Child Psychiatry and Human Development. № 2001. № 32. Pp. 137—145.
- Somers J.M., Goldner E.M., Waraich P., Hsu L.* Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature // Canadian Journal of Psychiatry. 2006. № 51(2). Pp. 100—113.
- Sripada C.S., Angstadt M., Banks S., Nathan P.J., Liberzon, I., Phan K.L.* Functional neuroimaging of mentalizing during the trust game in social anxiety disorder. // Neuroreport. 2009. № 20(11). Pp. 984—989.
- Sripada C.S., Angstadt M., Banks S., Nathan P.J., Liberzon I., Luan K.* Functional neuroimaging of mentalizing during the trust game in social anxiety disorder. // Neuro Report. 2009. № 20. Pp. 984—989.
- Stein M.B., Roy-Byrne P.P., Craske M. G., Bystritsky L., Sullivan G., Pyne J.M.* et al. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients // Medical Care. 2005. № 43(12). Pp. 1164—1170.
- Stopa L., Clark D.M.* Social phobia and interpretation of social events // Behaviour Research and Therapy. 2000. № 38. Pp. 273—283.
- Summerfeldt L.J., Kloosterman P.H., Antony M.M., Parker J.D.A.* Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2006. № 28. Pp. 57—68.
- Sutterby S.R., Bedwell J.S., Passler J.S., Deptula A.E., Mesa F.* Social anxiety and social cognition: The influence of sex // Psychiatry Research. 2012. № 197. Pp. 242—245.
- Vassilopoulos S.* Anticipatory processing plays a role in maintaining social anxiety. // Anxiety, Stress and Coping. 2005. № 18. Pp. 321—332.
- Veljaca K.A., Rapee R.M.* Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects // Behaviour Research and Therapy. 1998. № 36. Pp. 311—321.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ НА ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

А.А. ДОЛНЫКОВА, Л.Ю. ДЕМИДОВА

Люди, обладающие различными по глубине знаниями психиатрии, обладают разными установками в отношении психически больных людей. Мы сравнивали три группы: клинических психологов, психологов (обе группы — студенты выпускного курса) и экономистов. И психологи, и клинические психологи (как люди, обладающие научными знаниями по психиатрии) меньше стигматизируют психически больных людей, чем экономисты, которые, в основном, не имеют научных знаний в этой области. Люди, которые были знакомы с психически больными, также меньше стигматизируют их, чем люди, никогда не контактировавшие с ними.

Ключевые слова: стигматизация, психически больной, образ психически больного, студенты психологи, опыт общения с психически больными.

В настоящее время наряду с работами, посвященными стигматизации в целом (по признакам национальности и сексуальной ориентации, наличию соматического заболевания и т.п.), увеличивается количество работ, посвященных восприятию такой категории людей, как психически больные. Проблема отношения к психически больным имеет очень древнюю историю и возникла задолго до проблем стигматизации по другим основаниям [Финзен, 2001; Дмитриева, 2001; Серебрянская, 2005].

Негативное отношение к психически больным сильно сказывается не только на числе повторных приступов заболевания, но и в целом на благополучии больных людей и их возможности в дальнейшем эффективно функционировать в обществе.

Нерешенность теоретических вопросов в этом направлении не позволяет разработать дестигматизационные программы таким образом, чтобы они оказывали желаемый эффект. Как подчеркивают авторы, результаты подобных программ в большинстве случаев не настолько эффективны, чтобы можно было быть уверенными в их точной направленности [Финзен, 2001; Серебрянская, 2005]. Во многих исследовани-

ях стигматизации основное внимание уделяется ее когнитивному компоненту — представлениям и стереотипам о психически больных [Серебрянская, 2005].

О стигме в психиатрии сейчас говорят преимущественно с целью показать последствия определенного диагноза [Финзен, 2001; Гурович и др., 2007]. Предубеждение в отношении психически больных становится причиной невозможности для них жить полноценной жизнью во время прохождения лечения и даже после него.

«Стигма» — сложное понятие. «В ней встречаются друг с другом фантазии и страхи, исторические и религиозные мифы, субъективные теории о психическом здоровье и психической болезни, повседневные знания и социальные представления, картины и воспоминания о национал-социалистических массовых убийствах психически больных и слабоумных, личные встречи и опыт и, не в последнюю очередь, ассоциации» [Финзен, 2001, с. 190]. Явление стигматизации в современном обществе имеет исторические и психологические корни. Это явление, свойственное любому обществу с древнейших времен и существующее по сей день. «Древнее клеймо превратилось в символ инакости и приобрело скрытый, но масштабный характер воздействия» [Ястребов и др., 2008, с. 4].

Современный, даже не сведущий в психиатрии человек, позволяет себе использовать психиатрические понятия и наполнять их удобным для себя смыслом, более того, он позволяет себе отличать здорового от больного, даже вопреки мнению врачей [Ястребов и др., 2004, 2008].

В качестве обобщения можно выделить следующие характерные для общества мнения о психических болезнях и психически больных людях [Серебрянская, 2005]:

- психически больным приписываются такие качества, как агрессивность, ненадежность, непонятность, сложность и непредсказуемость;
- противоречивое отношение к психиатрии — уважение и страх; восприятие психически больных как опасных и в то же время слабых;
- психически больные недифференцированно воспринимаются как «плохие люди»;
- типичный психически больной в глазах населения (т.е. тот образ, который возникает у большинства людей при сочетании «психическая болезнь») — это человек с острой параноидной симптоматикой;
- преобладание немедицинских представлений о психических заболеваниях;
- предположения, что психически больные сами виновны в своем заболевании.

Как указывают Ястребов В.С. и соавторы, на отношение человека к психически больным «влияют очень многие факторы: возраст, образо-

вание, культурный уровень и религиозность, профессия и опыт общения с психически больными, характер и состояние здоровья и, наконец, его оценка всего перечисленного» [Ястребов и др., 2008, с. 14]. В исследованиях, посвященных стигматизации, стараются учитывать максимально возможное число этих факторов.

Отсутствие медицинских, научных знаний, просвещенности в области психического здоровья и болезней, с одной стороны, и доступность «антинаучной» информации из СМИ и других источников, с другой, — только усугубляют ситуацию.

Можно выделить два фактора, которые, по мнению А. Финзена, обуславливают эту непросвещенность в вопросах психического здоровья и болезней:

1) отсутствие непосредственного контакта с психически больным.

Финзен указывает, что приблизительно один из ста человек заболевает шизофренией. Это позволяет придти к выводу, что среди друзей и знакомых каждого из нас с большой вероятностью мог бы оказаться человек, больной шизофренией [Финзен, 2001]. Тем не менее, подавляющее большинство (если следовать «подсчетам» Финзена — больше, чем ? населения) знакомы с шизофренией преимущественно понаслышке, поскольку круг общения больных, как правило, узок и относительно немногие люди включены в непосредственное взаимодействие с больным.

2) наличие представлений у большинства членов общества о чуждости им психического заболевания. Речь идет о том, что тяжелые психические расстройства оцениваются обществом иначе, нежели соматические [Финзен, 2001]. «Тяжелые психические расстройства имеют совершенно иную общественную оценку, чем соматические заболевания. Больные шизофренией к нам отношения не имеют. В депрессивного больного мы еще, пожалуй, можем вчувствоваться. Но не в больного шизофренией!» [Финзен, 2001, с. 109].

При душевных болезнях изменяется личность человека, он как бы перестает быть самим собой. Кроме того, в обществе существует представление о неизлечимости душевных болезней. При этом однозначного эффективного способа профилактики душевных болезней нет. Это, усугубляясь статусом отверженного, порождает страх сумасшествия, и, следовательно, определяет способы определяет способы совладания с этим страхом: отгородиться от душевнобольных, признать, что они другие, совсем не такие, как я, — и, значит, доказать себе, что я не заболею.

Можно привести такой пример. Нам не раз в начале обучения студентов — клинических психологов приходилось сталкиваться с ситуацией, когда больной, вызвавший расположение студенческой группы, одновременно порождает непринятие студентами выставленного врачами диагно-

за. По тому, как студенты объясняют свою позицию, можно сделать вывод, что, с одной стороны, это вызвано сочувствием, с другой — ощущением «похожести» этого человека на здорового, т.е. такого как они. Принять идею о том, что не сильно отличающийся от меня человек может быть больным, а значит, и у меня есть вероятность заболеть, очень трудно.

Таким образом, наличие знаний и опыта контактов с больными людьми может влиять на отношение к ним, на степень и особенности стигматизации. Оба этих обстоятельства отличают людей, по роду своей профессиональной деятельности связанных с больными, в частности, клинических психологов. Исследования показывают, что психиатры воспринимают психически больных более верно, чем другие представители общества, но агрессивное неприятие присутствует у них в такой же степени, как и у неподготовленных людей [Серебрянская, 2005]. Однако не встречается данных о стигматизации психически больных со стороны психологов в исследованиях, посвященных изучению особенностей отношения к психически больным представителей разных профессий.

Нами было выдвинуто две гипотезы исследования:

1. Профессиональные знания по психиатрии связаны с более позитивным, менее стигматизирующим отношением к больным и к самой психиатрии.

2. Опыт взаимодействия с больными также связан с меньшей склонностью к стигматизации больных.

Выборка и методы исследования

В соответствии с выдвинутыми гипотезами, были обследованы группы с разным уровнем информированности о сфере психиатрии и разным опытом взаимодействия с больными людьми. Одну группу составили студенты выпускного курса, обучавшиеся по специальности «Клиническая психология», прослушавшие соответствующие лекционные курсы и прошедшие практику в психиатрической клинике. Вторую группу — студенты, обучавшиеся по специальности «Психология», прослушавшие курс психиатрии и проходившие практику в психиатрической клинике в меньшем объеме. Третью группу — выпускники, год назад закончившие вуз по специальности «Экономика и управление на предприятии». Всего было обследовано 128 человек.

Другим основанием для выделения групп разной информированности о сфере психиатрии стал опыт взаимодействия с психически больными людьми. Для выявления различных групп по этому параметру всем испытуемым было предложено ответить на следующие вопросы: «Есть ли среди Ваших близких люди с психическими заболеваниями?» и «Случалось ли Вам общаться с психически больными людьми?» (вто-

рой вопрос имел менее жесткую формулировку по сравнению с первым). Также в случае положительного ответа на один из указанных ранее вопросов испытуемым было предложено оценить опыт своего общения с психически больным: как «положительный», «отрицательный» либо «затрудняюсь ответить».

Демографические данные испытуемых, а также их распределение по группам в зависимости от наличия и оценки опыта общения с психически больными представлены в табл. 1.

Таблица 1

Демографические данные по всем испытуемым

Группа	Количество человек, чел.	Возраст, лет		Пол		Наличие близких с психической болезнью, чел. (%)	Наличие опыта общения с психически больными, чел. (%)	Оценка опыта		
		M	(SD)	м	ж			Положительный	Отрицательный	Затрудняюсь ответить
Психология	74	21,65	-1,026	8	66	6 (8,1 %)	60 (67,8 %)	29 (48,3 %)	4 (6,7 %)	27 (45,00 %)
Клиническая психология	35	21,43	-0,655	2	33	5 (14,3 %)	35 (100 %)	18 (51,4 %)	0 (0%)	17 (48,6%)
Экономика и управление	19	23,58	-0,838	6	13	2 (10,5 %)	7 (15,8 %)	2 (28,6 %)	2 (28,6 %)	3 (42,8 %)
Всего	128	21,88	-1,157	16	112	13 (10,2 %)	102 (68,8 %)	49 (48,0 %)	6 (5,9 %)	47 (46,1 %)

Условные обозначения: M (mean) — среднее;

SD — квадратичное отклонение;

N — количество человек.

Методы исследования

В исследовании были использованы следующие методики:

1. Анкета. Всем испытуемым предлагалось заполнить анкету, содержащую вопросы, направленные как на выяснение социодемографических характеристик, так и на наличие опыта общения с психически больными людьми. В анкете содержался вопрос о наличии именно профессионального опыта общения с психически больными.

2. Опросник «Социальные представления о психическом здоровье». был разработан сотрудниками НЦПЗ (Ястребов, Ениколопов, Серебряйская,

Михайлова, Степанова, Балабанова) специально для изучения представлений, возможно, оказывающих влияние на стигматизацию психически больных [Серебряйская, 2005]. На основании факторного анализа авторами были выделены 4 фактора: «Контроль и отвержение по отношению к больным», «Негативное отношение к психиатрии», «Агрессивное восприятие», «Небиологические представления о психическом заболевании». Отметим, что в последний фактор вошли вопросы, которые отражают представление о болезни как моральном изъяне или влиянии оккультных сил.

Результаты исследования

Обработка проводилась с помощью статистического пакета SPSS-11 (англоязычная версия).

Различия в представлениях о психическом здоровье у групп разных специальностей представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнение трех независимых выборок (специальности «Психология», «Клиническая психология» и «Экономика и управление») по четырем факторам опросника «Социальные представления о психическом здоровье» (критерий Манна-Уитни)

По всем факторам наименьшие значения — в группе клинических

Факторы	Сравниваемые группы		
	Психология M (SD) (N = 74)	Клиническая психология M (SD) (N = 35)	Экономика и управление M (SD) (N = 19)
Контроль и отвержение	0,38 (0,18) *	0,32 (0,17) b	0,49 (0,26) b *
Негативное отношение к психиатрии	0,16 (0,13)	0,11 (0,77) c	0,21 (0,14) c
Агрессивное восприятие	0,09 (0,12)	0,07 (0,07)	0,11 (0,14)
Небиологические представления о болезни	0,15 (0,13) a	0,11 (0,09) d	0,34 (0,17) a d

Условные обозначения: a — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,000 ($p < 0,01$); b — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,018 ($p < 0,05$); c — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,009 ($p < 0,01$); d — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,000 ($p < 0,01$); * — тенденция на уровне значимости 0,066.

психологов, наибольшие — в группе экономистов. Между группой клинических психологов и группой психологов по сравниваемым параметрам достоверных различий нет. Между группами психологов и экономистов наблюдается тенденция к различиям по фактору «Контроль и

отвержение», а также статистически подтверждаются различия в небиелогических представлениях о заболевании. Между группами «клиническая психология» и «экономика и управление» выявлены значимые различия по всем факторам, кроме «агрессивного восприятия».

В табл. 3 представлены данные об отношении к психически больным людям у испытуемых с разным опытом общения с ними. Следует оговориться, что испытуемых, оценивших опыт своего общения с психически больными как «отрицательный», оказалось мало (6 человек). Это, безусловно, резко снижает статистическую достоверность результатов по этой группе. Однако группу отрицательного опыта решено было оставить для отслеживания общей тенденции по рассматриваемым факторам. К сожалению, число испытуемых недостаточно и для того, чтобы разделить группы и по опыту общения, и по специальности.

Таблица 3

Сравнение четырех независимых выборок (с положительным, отрицательным опытом и отсутствием опыта общения с психически больными людьми, а также с группой затрудняющихся оценить свой опыт общения) по четырем факторам опросника «Социальные представления о психическом здоровье» (критерий Манна-Уитни)

Условные обозначения: а — Статистически значимые различия на уровне значи-

Факторы	Сравниваемые группы			
	Отсутствие опыта М (SD) (N = 26)	Положительный опыт М (SD) (N = 49)	Отрицательный опыт М (SD) (N = 6)	«Затрудняюсь ответить» М (SD) (N = 47)
Контроль и отвержение	0,47 (0,22) а	0,32 (0,18) а g	0,53 (0,15) g j	0,38 (0,18) j
Негативное отношение к психиатрии	0,19 (0,15)	0,15 (0,12)	0,14 (0,07)	0,15 (0,12)
Агрессивное восприятие	0,12 (0,16) b d	0,04 (0,05) b h i	0,20 (0,06) d h k	0,10 (0,11) i k
Небиологические представления о болезни	0,27 (0,17) c e f	0,15 (0,12) c	0,10 (0,09) e	0,15 (0,13) f

мости 0,006 ($p < 0,01$); b — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,037 ($p < 0,05$); c — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,002 ($p < 0,01$); d — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,046 ($p < 0,05$); e — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,025 ($p < 0,05$); f — Статистически значимые различия на уровне значи-

мости 0,002 ($p < 0,01$); g — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,012 ($p < 0,05$); h — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,000 ($p < 0,01$); i — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,012 ($p < 0,05$); j — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,036 ($p < 0,05$); k — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,006 ($p < 0,01$).

Как видно из табл. 3, у людей с положительным опытом общения по всем факторам кроме небиологических представлений о болезни, показатели меньше, чем в других группах. С отрицательным опытом — больше по всем факторам, но они имеют чуть меньше небиологических представлений о болезни. Интересно, что при сравнении групп именно по знаку личного опыта общения (а не при сравнении по специальности) выявляются значимые различия в агрессивности восприятия психически больных, которых не было выявлено в предыдущем разделе.

Обсуждение результатов

Полученные данные позволяют предположить, что различия в представлениях о болезни и в стремлении ограничивать права психически больных, а также удерживаемая дистанция по отношению к психически больным обусловлены наличием научных знаний, образованностью. Люди, профессионально далекие от психиатрии, черпающие свои представления о ней из ненаучных источников, отличаются большим стремлением отвергать и контролировать больных, они хуже относятся к психиатрии. Самые большие различия — по фактору небиологических (в данном случае фактически — это синоним ненаучных) представлений о психиатрии. Это косвенно свидетельствует о том, что непрофессионалы черпают информацию из ненаучных источников — СМИ, бытовых разговоров, художественных произведений разного уровня — т.е. тех источников информации, которые выделяются другими авторами как важные факторы стигматизации [Финзен, 2001; Серебрянская, 2005; Гурович и др, 2007; Ястребов и др., 2008], демонизирующие облик больных.

Стремление людей, не имеющих научных знаний по психиатрии, ограничивать больных в правах и отвергать их, вероятно, связано с тем, что представление о больном включает в себя, в первую очередь, неадекватное поведение человека с острой параноидной симптоматикой [Серебрянская, 2005]. Как подтверждают другие исследователи, опасность и непредсказуемость психически больных являются самыми распространенными предубеждениями против них [Hayward, Bright, 1997; Серебрянская, 2005]. Представление о таком поведении больных вызывает страх и, как следствие, желание и психологически, и физически дистанцироваться от больного и контролировать его поведение.

Худшее отношение к психиатрии и психиатрам у людей, не имеющих профессиональных знаний в этой области, свидетельствует о том, какой образ психиатрии господствует в общественном сознании. Помимо информации, транслируемой СМИ, такой образ может складываться и из страха перед психиатром как человеком, который может влиять на психику и личность другого.

Между группами студентов разных специальностей не было выявлено статистически значимых различий по фактору агрессивного восприятия психически больных. Это может говорить о том, что агрессивное восприятие связано с другими факторами, нежели со знанием психиатрии, и тем самым задает новое направление для дальнейших исследований. Аналогичные результаты получены Л.Я. Серебрянской в отношении психиатров: были выявлены статистически значимые различия между группой психиатров и группой, не получившей подготовки по психиатрии, по всем факторам кроме агрессивного восприятия [Серебрянская, 2005].

В результате изучения связи наличия опыта общения с психически больными людьми и отношения к ним были получены следующие данные. По двум факторам из четырех люди, имевшие положительный опыт общения, меньше стигматизируют больных (хотя достоверные различия выявлены не во всех случаях, можно говорить о тенденциях). Они менее агрессивно настроены и не склонны излишне контролировать и изолировать людей с психическими заболеваниями. У людей с отрицательным опытом — самые высокие показатели по этим шкалам.

Очень важным представляется сравнение группы, не имевшей опыта общения с больными и группы людей, которые затрудняются ответить, был ли этот опыт положительным или отрицательным. Хотя они не могут назвать положительным свой опыт общения, тем не менее, они меньше склонны отвергать и контролировать больных. То есть, факт знакомства, если только оно не было очевидно отрицательным, улучшает отношение к больным. Можно предполагать, что факт знакомства, столкновение с конкретным человеком, развеивает мифы, демонирующие фигуру душевнобольного человека.

Различия по фактору «Небиологические представления о психиатрии», скорее всего, связаны с тем, что в эту группу вошло больше всего экономистов, т.е. людей, не имеющих научных знаний в области психиатрии.

Таким образом, полученные результаты в определенной степени подтвердили наши предположения. Наличие научных, профессиональных знаний в области психиатрии уменьшает готовность отвергать и контролировать душевнобольных и способствует принятию самой пси-

хиатрии и психиатров. Закономерно, что наличие научных знаний противостоит ненаучным представлениям о моральной или оккультной природе психических болезней. Не выявлено существенной разницы по фактору агрессивного восприятия больных, но в целом, во всех обследованных группах эти показатели не очень велики. Факт знакомства, личного общения также уменьшает склонность к отвержению больных.

ЛИТЕРАТУРА

- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии (второе издание). М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. 492 с.
- Дмитриева Т.Б.* Альянс права и милосердия: О проблеме защиты прав человека в психиатрии. М.: Наука, 2001. 156 с.
- Серебряйская Л.Я.* Психологические факторы стигматизации психически больных: дисс. ... канд. психол. наук. М.: 2005.
- Финзен А.* Психоз и стигма: преодоление стигмы. Отношение к предубеждениям и обвинениям / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. М.: Алтея, 2001. 216 с.
- Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебряйская Л.Я., Михайлов И.И., Степанова А.Ф.* Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы. М.: НЦПЗ РАМН, 2004. 28 с.
- Ястребов В.С., Михайлова И.И., Судаков С.А.* Стигма в психиатрии: скрытая угроза. Под ред. Ястребова В.С. 2-е изд. Перераб. М.: МАКС Пресс, 2008. 46 с.
- Hayward P., Bright J.A.* Stigma and mental illness: A review and critique // *Journal of Mental Health*, 1997. № 6. P. 345—354.

THE PROFESSIONAL IDEAS' INFLUENCE ON THE PERCEPTION OF THE IMAGE OF A MENTALLY ILL PERSON

A.A. DOLNYKOVA, L. YU. DEMIDOVA

People with different level of psychiatric knowledge have different attitudes towards mental ill people. We compared three groups of people: clinical psychologists, psychologists (both groups — students just before graduation), economists. Both clinical psychologists and psychologists (as people who have scientific knowledge about psychiatry) are less stigmatizing mentally sick people than economists, who mostly haven't scientific knowledge in this area. People who met mental patient also stigmatize this kind of people less than people who never contacted with psychiatric patients.

Keywords: stigmatization, mental ill patient, mental ill patient's image, psychology students, communication with mental ill patients.

- Gurovich I.Ja., Shmukler A.B., Storozhakova Ja.A.* Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja rehabilitacija v psihiatrii (vtoroe izdanie). M.: ID "Medpraktika-M", 2007. 492 p.
- Dmitrieva T.B. Al'jans prava i miloserdija: O probleme zashhity prav cheloveka v psihiatrii. M.: Nauka, 2001. 156 p.
- Serebrijskaja L.Ja.* Psihologicheskie faktory stigmatizacii psihicheski bol'nyh. Dissertacija na soiskanie uchen. step. kand. psihol. nauk. M.: 2005.
- Finzen A.* Psihoz i stigma: preodolenie stigmy Otnoshenie k predubezhdenijam i obvinenijam. Per. s nem. I.Ja. Sapozhnikovoj. M.: Alteja, 2001. 216 p.
- Jastrebov V.S., Balabanova V.V., Serebrijskaja L.Ja., Mihajlov I.I., Stepanova A.F.* Voprosy psihicheskogo zdorov'ja v materialah rossijskoj pressy. M.: NCPZ RAMN, 2004. 28 p.
- Jastrebov V.S., Mihajlova I.I., Sudakov S.A.* Stigma v psihiatrii: skrytaja ugroza. Pod red. Jastrebova V.S. 2-e izd. Pererab. M.: MAKS Press, 2008. 46 p.
- Hayward P., Bright J.A.* Stigma and mental illness: A rewiew and critique. *Journal of Mental Health*, 1997. № 6. Pp. 345—354.

АДАПТАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ К РАЗНЫМ ТИПАМ ХРОНИЧЕСКОГО ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА (ПОСЛЕДСТВИЯМ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ И ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ)

А.Ю. СУРОЕГИНА, А.Б. ХОЛМОГОРОВА

Хроническое инвалидизирующее заболевание ребенка, в том числе травма спинного мозга и детский церебральный паралич, оказывает серьезное влияние не только на его жизнь, но и на жизнь его близких. Комплексом из трех методик было обследовано 36 родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга и находящихся на разных этапах реабилитации, и 24 родителя пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП). Было показано, что у родителей пациентов со спинальной травмой по сравнению с родителями детей с ДЦП более выражены симптомы эмоционального неблагополучия (депрессии и тревоги), особенно у родителей, находящихся на ранних этапах реабилитации (не более трех лет после спинальной травмы ребенка). Также было показано, что процесс адаптации к болезни ребенка связан с различными коммуникативными дисфункциями, в том числе направленными на усиление контроля и опеки. Показано, что симптомы эмоциональной дезадаптации родителей имеют связи с различными коммуникативными дисфункциями, отражающими неконструктивные стратегии совладания, а также с восприятием болезни ребенка. На основе анализа данных формулируются задачи психологической помощи родителям детей и подростков в зависимости от характера болезни ребенка (спинальная травма и ДЦП).

Ключевые слова: спинальная травма, психологическая реабилитация, детский церебральный паралич, семейные дисфункции, эмоциональная дезадаптация.

Тяжелое хроническое заболевание ребенка, вызванное как внезапной физической травмой, так и сформировавшееся в раннем детстве, глубоко затрагивает основные сферы жизни семьи. Адаптация родителей к заболеванию ребенка определяется многими факторами: 1) их позицией в отношении путей преодоления возникающих проблем (например, кто должен заниматься проблемами воспитания и развития: родители или специалисты); 2) их представлениями о тяжести и последствиях заболевания (например, признаки интеллектуального снижения, внешний дефект, нарушения движения и речи); 3) структурно-динамическими особенностями семьи (сотрудничеством родителей, наличием помощи со стороны других родственников и знакомых, коммуникации и взаимодействия внутри и вне семьи); 4) психологическими характеристиками членов семьи.

Хроническое инвалидирующее заболевание влияет на развитие личности ребенка. Исследования показывают, что представление о себе, как правило, характеризуется негативным образом «Я», низкой самооценкой, отвержением и неприятием себя, своей внешности, высокой тревожностью. Например, исследование психологических особенностей детей с ортопедической патологией показало наличие у таких детей экстрапунитивных (внешне обвиняющих) реакций, фиксации на ограничениях, связанных с болезнью, склонности демонстрировать социально желательное поведение с целью избежать возможных насмешек из-за своего недостатка [А.В. Попков и др., 2006].

Жизненный план и перспектива будущего у детей с хроническими тяжелыми заболеваниями ограничены или смазаны, нарушено осознание себя во времени. Отношение к заболеванию, как правило, амбивалентно: с одной стороны, ребенок осознает те ограничения, которые устанавливает болезнь и переживает их, но, с другой стороны, на бессознательном уровне, болезнь может быть привлекательна за счет тех выгод, которые получает ребенок. Среди этих плюсов — возможность большего сближения с матерью, удовлетворения потребностей в заботе и внимании, установления «особых», нередко симбиотических отношений. Восприятие болезни зависит от возраста ребенка, характерологических особенностей, тяжести заболевания, представления о болезни у других членов семьи. Заболевание может рассматриваться ими как наказание за проступок и плохое поведение, а опасность болезни восприниматься только в виде накладываемых ею ограничений. [Ковалевский В.А., Грузднева О.В., 2010 Ковалевский В.А., Урываев В.А., 2006].

Нередко ребенок с хроническим тяжелым заболеванием способен анализировать свое поведение и, сталкиваясь с ограничениями и трудностями в собственной деятельности, регулировать, планировать,

управлять собственными действиями раньше, чем его сверстники [Мосина Н.А., 2007]. Но при очень тяжелом течении заболевания такой компенсаторный процесс может не произойти в силу астенизации, тогда наблюдается замедление развития и созревания психических новообразований [Мосина Н.А., 2007].

По мнению исследователей [Eiser, 1990; Pless, I., Nolan, T, 1991] заболевание ребенка и установление инвалидности является травматичным событием для всей семьи. С момента постановки диагноза и установления инвалидности нарастают сложности, напряжение в семейных отношениях. Таким образом, оказывая значительное влияние на функционирование семьи, болезнь ребенка вызывает кризис и требует процесса адаптации. Х. Дэвис, 2011 отмечал влияние на процесс адаптации семьи к заболеванию ребенка нескольких факторов. Среди них тяжесть заболевания, с одной стороны, затрудняла принятие болезни, с другой — наглядность симптомов облегчала этот процесс, так как родителям не было необходимости постоянно объяснять окружающим причины затруднений ребенка. Очевидное влияние оказывало качество партнерских отношений между родителями и наличие у них психологических проблем до заболевания ребенка. Так, открытость, искренность, поддержка, стабильность отношений повышали возможности родителей справиться с кризисной ситуацией; напряженные, дисгармоничные отношения в этот период еще более ухудшаются, хотя такие пары редко официально оформляют расторжение отношений. Неблагоприятным фактором является склонность родителя к депрессии, тревожности и другим симптомам эмоциональной дезадаптации. Интересно, что социо-экономические аспекты (пол ребенка, материальный достаток семьи, этническое происхождение) значимого влияния на адаптацию семьи к кризисной ситуации не оказывают. Среди прочих факторов, наиболее важным является отношение родителей к своему ребенку и его заболеванию.

На различных возрастных этапах семья ребенка с инвалидностью сталкивается с различными, специфическими проблемами. Подростки и молодые люди крайне уязвимы с психологической точки зрения. Часто, в связи с психологическими или макросоциальными факторами, жизненной перспективой для этих пациентов становится отсутствие рабочих мест, замкнутость, проживание со стареющими родителями или в психоневрологическом интернате, невозможность создания собственной семьи. Это, в свою очередь, становится одним из важных источников тревоги и переживаний для родителей, которые нередко чувствуют свою беспомощность, неприспособленность своих детей и невозможность обеспечить их будущее. Исследования личностных особенностей подростков и молодых людей с инвалидностью выявляют дефицит соци-

альных навыков (неумение общаться, устанавливать и поддерживать контакты, недоверие к людям, отчужденность), нарушение развития эмпатии и способности понимать других, эгоцентризм, низкий уровень социального интеллекта, слабо развитое чувство ответственности, несформированность волевой сферы, жизненных планов, ценностей, социальная инактивность. [Шабалина Н.В., Морозова Е.В., Герсамя А.Г., 2010].

Акатов Л.И. [Акатов, 2003], изучавший влияние хронической болезни ребенка на поведение родителей, считает, что подростковый возраст особенно сложен для семьи, так как сопровождается возникновением проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников, будущим профессиональным самоопределением. Подросток переживает период амбивалентных отношений с семьей: с одной стороны, он стремится к независимости, а с другой — остается болезненное понимание зависимости от родителей. Отношения со сверстниками переживаются всей семьей, так как являются индикатором степени отчуждения или принятия, которые ощущает подросток [Акатов, 2003].

Детско-родительские отношения в семьях пациентов с ДЦП в этот период продолжают сохранять характер опеки и покровительства. Взрослый «ребенок», с точки зрения родителей, по-прежнему требует контроля и заботы, за которыми нередко скрывается стремление решать за ребенка даже элементарные вопросы самообслуживания. Восприятие ребенка-инвалида как неспособного, слабого и вытекающая из этого сверхопека, создают порочный круг, усиливают его беспомощность, препятствуя развитию навыков самостоятельности.

Основными проблемами взаимоотношений в таких семьях являются сдержанность в проявлении переживаний, созависимость, жертвенность членов семьи, заниженный уровень требовательности (часто неадекватный реальным возможностям ребенка), авторитарность воспитания [Левченко И.Ю., Ткачева В.В., 2008].

Исследование стиля детско-родительских отношений, психоэмоционального фона семьи [Морозова Е.В., Шатская А.Д., 2009] показало, что в семьях, воспитывающих молодого человека с ДЦП, доминирующим стилем является «симбиоз» и «инвалидизация». Это, с одной стороны, оправдано объективным состоянием здоровья детей, однако, с другой стороны, выявляет тенденцию к слиянию и стремление еще более инфантилизировать ребенка, приписывая ему личную и социальную несостоятельность.

Исследование личностных характеристик родителей больных детей позволяет выделить такие общие черты, как: сензитивность и гиперсоциализация, защитный характер поведения. Эмоциональная чувствительность проявляется в ранимости, обидчивости, склонности прини-

мать окружающие события близко к сердцу. Гиперсоциализация выражается в повышенном чувстве долга, ответственности, в трудностях компромиссов. Психологические защиты не позволяют быть открытым, непринужденным в общении, что часто обусловлено наличием травматического опыта межличностных отношений [Галасюк И.Н., 2011] Также такие родители склонны считать себя менее удачливыми, чем родители здоровых детей, неспособными преодолеть трудные жизненные ситуации.

У родителей детей-инвалидов могут появляться признаки психосоматических, астенических, а также пограничных психических расстройств. Отношение к себе характеризуется чувством вины из-за болезни, из-за того, что не смогли уберечь или предупредить случившееся, а также сомнениями в своих возможностях ухода за больным ребенком, беспомощностью, представлениями о собственной несостоятельности в ролях женщины и матери. Родители часто видят себя сквозь призму болезни ребенка, мотивируя свои поступки заботой о благополучии ребенка. Наиболее дисфункциональными паттернами детско-родительских отношений являются гиперопека и отрицание болезни, которые появляются из-за смещения представлений о ребенке и болезни. В случае отрицания родители стараются сохранить прежнее видение своего ребенка, а в случае гиперопеки — крайне ограничивают самостоятельность ребенка, преувеличивая возможные опасности заболевания [Дэвис Х., 2011].

Цель данного исследования — проведение сравнительного анализа процесса адаптации к болезни ребенка двух групп родителей: 1) родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга; 2) родителей детей и подростков, имеющих врожденные заболевания опорно-двигательного аппарата. Родители первой группы, в свою очередь, были разделены на две подгруппы, в зависимости от давности травмы ребенка и этапа реабилитации. Изучалось психоэмоциональное состояние родителей в разных группах и его связь с коммуникативными семейными дисфункциями и отношением к болезни ребенка. Согласно нашей гипотезе, родители детей и подростков, имеющих врожденную патологию опорно-двигательной системы, уже адаптировались к ситуации болезни ребенка и их эмоциональное состояние должно быть более стабильным по сравнению с родителями, у которых ребенок подвергся внезапной тяжелой травматизации, особенно на ранних ее этапах. Мы также предположили, что в силу остроты ситуации и необходимости резкой перестройки семейной системы уровень семейных дисфункций будет выше в семьях, где проживает ребенок, перенесший спинальную травму. Вместе с тем, мы предположили, что существенное влияние на психоэмоциональное состояние родителей будут оказывать

различные коммуникативные дисфункции, усиливая выраженность дезадаптации, и картина болезни ребенка, сложившаяся у них.

Характеристика выборки и методов

Изучение психоэмоционального состояния 36 родителей подростков и молодых людей со спинальными травмами проводилось методом срезов, а именно: первая группа включала 18 родителей пациентов, находящихся на восстановительном этапе (от года до 3-х лет), вторая группа — 18 родителей пациентов, находящихся на позднем этапе (от 3-х лет). В качестве третьей группы — группы сравнения — обследовались родители пациентов с ДЦП, т.е. имеющих давнее хроническое заболевание — 24 человека.

1. Опросник депрессии Бека (BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной [Тарабрина, 2009]. Разработан для выявления симптомов депрессии. Состоит из 21 пункта, включающих четыре утверждения, отражающих разную степень выраженности симптоматики. Испытуемому предлагается выбрать одно, наиболее отражающее его самочувствие в течение последних двух недель.

2. Опросник тревоги Бека (BAI) в адаптации Н.В. Тарабриной [Тарабрина, 2009] направлен на выявление симптомов тревоги. Состоит из 21 высказывания, отражающего основные симптомы тревоги. Испытуемому предлагается оценить, насколько его беспокоил каждый из указанных симптомов в течении последних двух недель по интенсивности беспокойства («совсем не беспокоил», «слегка, не слишком меня беспокоил», «умеренно, это было неприятно, но я мог это выносить», «очень сильно, я с трудом мог это выносить»).

3. Опросник Семейных эмоциональных коммуникаций. Разработан А.Б. Холмогоровой и С.В. Воликовой [Воликова, 2004]. Тестирует стили детско-родительских коммуникаций, уровень негативных эмоций в семье и правила эмоционального поведения. Включает в себя 34 вопроса, объединенных в восемь шкал: 1) элиминирование эмоций (исследует семейные правила, поощряющие сдержанность и блокирование эмоций); 2) родительская критика (диагностирует повышенную критичность по отношению к ребенку); 3) индукция тревоги (отражает повышенный уровень родительской тревоги); 4) фиксация на негативных переживаниях (тестирует уровень толерантности родителей к негативным переживаниям ребенка, а также их способность поддержать и успокоить); 5) внешнее благополучие (отражает правила, связанные с выражением чувств в контактах с другими людьми, склонность к демонстрации благополучного «фасада»); 6) индукция недоверия к людям (исследует негативные установки семьи по отношению к окру-

жающим); 7) семейный перфекционизм (тестирует семейные установки, связанные с ценностью достижений и совершенства); 8) сверхвключенность (стремление родителей быть максимально включенными в жизнь детей) α -Кронбаха -0,7. Родителям предполагалась модификация теста для оценки их отношения с детьми.

4. Методика диагностики отношения родителей к болезни ребенка [Каган В.Е., Журавлева И.П., 1991]. Измеряет восприятие родителем болезни ребенка, оценку ими тяжести и источника возникновения заболевания, особенности поведения родителей. Опросник включает 40 утверждений, образующих четыре шкалы: 1) интернальность (при высоких показателях болезнь воспринимается как следствие внешних причин, на которые невозможно повлиять, при низких — родители видят себя ответственными за болезнь ребенка и способными влиять на нее); 2) тревога (высокие показатели свидетельствуют о наличии высокой тревоги у родителей, крайне низкие — о работе защитных механизмов отрицания и вытеснения); 3) нозогнозия (высокие баллы говорят о преувеличении родителями тяжести заболевания, низкие — о явлениях анозгнозии, игнорировании последствий болезни); 4) контроль активности (тенденция родителей к максимальному ограничению активности ребенка или, при низких показателях, недостаточное внимание и понимание даже необходимых ограничений). α -Кронбаха -0,5

Результаты исследования групп родителей подростков и молодых людей, перенесших спинальную травму и имеющих диагноз ДЦП.

Таблица 1

Показатели эмоциональной дезадаптации у родителей подростков и молодых людей, находящихся на различных этапах реабилитации после спинальной травмы и имеющих диагноз ДЦП

Группы	До 3-х лет, № = 18	Более 3-х лет, № = 18	ДЦП, № = 24
Показатели	M(SD)	M(SD)	M(SD)
Симптомы депрессии	15,25 (3,9) ^a	6 (4,2) ^b	3,04 ^{a,b}
Симптомы тревоги	14,75 (2,8) ^a	13,5 (3,6) ^b	3,45 ^{a,b}

Условные обозначения: «a» — статистические различия между группами родителей подростков и молодых людей с давностью травмы менее 3-х лет и имеющими ДЦП; «b» — статистические различия между группами родителей подростков и молодых людей с давностью травмы более 3-х лет и имеющими ДЦП.

Из табл. 1 видно, что существуют статистически значимые различия в исследуемых группах по степени эмоциональной дезадаптации. Так, в группах родителей подростков и молодых людей с травмой спинного

мозга средние показатели тревоги и депрессии превышают норму и значимо выше по сравнению с родителями пациентов, имеющих хроническое заболевание опорно-двигательного аппарата. У последних эти показатели не превышают норму, что позволяет говорить о фактическом отсутствии у них симптомов эмоциональной дезадаптации. Таким образом, родители подростков и молодых людей с ДЦП эмоционально более благополучны и адаптированы, чем родители пациентов со спинальной травмой. Эти различия в первую очередь касаются первой подгруппы родителей пациентов со спинальной травмой, т.е. острого периода заболевания — от года до трех лет. По прошествии трех лет с момента травматизации симптомы депрессии у родителей детей со спинальной травмы снижаются до нормы, но показатели тревоги остаются высокими, в отличие от родителей детей с ДЦП, для которых не свойственны высокие показатели эмоционального неблагополучия.

Таблица 2

Показатели стилей эмоциональной коммуникации у родителей подростков и молодых людей, находящихся на различных этапах реабилитации после спинальной травмы и имеющих диагноз ДЦП

Группы	До 3-х лет, № = 18	Более 3-х лет, № = 21	ДЦП, № = 24
Показатели	M(SD)	M(SD)	M(SD)
Критика	8,25(1,12)	8,75 (3,67)	8,12
Индукция тревоги	13,75 (3,52) ^a	15,25 (2,11) ^b	10,91 ^{a,b}
Элиминирование эмоций	8,5 (2,96)	9,04 (3,18)	7,6
Внешнее благополучие	6,25(1,85) ^a	7,5 (1,89) ^b	5,2 ^{a,b}
Фиксация на негативных переживаниях	6,14 (1,52) ^a	6,5 (2,12) ^b	4,3 ^{a,b}
Индукция недоверия к людям	2,75 (2,44)	3,5(1,54)	2,62
Семейный перфекционизм	5,5(0,51) ^a	4,5(1,34) ^b	3,91 ^{a,b}
Сверхвключенность	7,25 (1,98) ^a	7,75 (1,12) ^b	4,7 ^{a,b}
Общий показатель семейных дисфункций	58,75(8,7) ^a	59,75 (9,8) ^b	46,7 ^{a,b}

Условные обозначения: «a» — статистические различия между группами родителей подростков и молодых людей с давностью травмы менее 3-х лет и имеющими ДЦП; «b» — статистические различия между группами родителей подростков и молодых людей с давностью травмы более 3-х лет и имеющими ДЦП.

В табл. 2 отражено наличие статистически значимых различий исследуемых групп по показателям коммуникативных дисфункций. Эти различия касаются подшкал «Индукция тревоги», «Внешнее благополучие», «Фиксация на негативных переживаниях», «Семейный перфекционизм», «Сверхвключенность». По всем приведенным пока-

зателям родители подростков и молодых людей с ДЦП демонстрируют меньший уровень дисфункций, чем группа родителей пациентов со спинальной травмой. У них также значимо ниже суммарный показатель или «общий показатель семейных дисфункций».

Согласно результатам исследования семей депрессивных и тревожных пациентов, проведенного С.В. Воликовой [Воликова, 2006] и А.Б. Холмогоровой [Холмогорова, 2011], среднее значение общего показателя семейных дисфункций в экспериментальных группах равно 49,9 (семьи депрессивных пациентов), 47,7 (семьи тревожных пациентов), 44,4 (пациенты с соматоформным расстройством), в контрольной группе здоровых пациентов — 40,3. Таким образом, в семьях подростков и молодых людей с ДЦП сохраняется высокий уровень семейных дисфункций, близкий к показателям семей пациентов, больных тревожными и депрессивными расстройствами. В семьях же больных с травмами спинного мозга на разных этапах адаптации к заболеванию суммарный показатель (58,75 — до трех лет и 59,75 — более трех лет) заметно выше, чем в группах больных с депрессивными и тревожными расстройствами (49,9 и 47,7 соответственно).

Таблица 3

Отношение к болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, находящихся на различных этапах реабилитации после спинальной травмы и имеющих диагноз ДЦП

Группы	До 3-х лет, № = 18	Более 3-х лет, № = 18	ДЦП, № = 24
Показатели	M(SD)	M(SD)	M(SD)
Интернальность	9,25(3,6) ^b	- 4 (4,8) ^a	-7,8(4,3) ^{ab}
Тревога	3 (3,9)	-1,9(2,23)	1 (7,26)
Нозогнозия	-7(7,4)	-12,54 (2,8)	- 10,6(5,2)
Контроль активности	-7,36 (4,6)	-15,5 (3,3)	-12,8(5,14)

Условные обозначения: M — среднее; SD — стандартное отклонение; «a» — статистические различия между группами родителей подростков и молодых людей с давностью травмы менее 3-х лет и имеющими ДЦП; «b» — статистические различия между группами родителей подростков и молодых людей с давностью травмы более 3-х лет и имеющими ДЦП.

Исследование показывает наличие значимых различий между группами только по шкале интернальности. Таким образом, родители пациентов с ДЦП чувствуют себя более ответственными за болезнь ребенка и способными оказывать влияние. Тогда как родители пациентов со спинальной травмой давностью менее 3-х лет воспринимают болезнь

как следствие внешних причин, на которые невозможно повлиять. К позднему периоду реабилитации у родителей спинальных пациентов показатель интернальности изменяется — болезнь начинает восприниматься как поддающаяся некоторому контролю с их стороны.

Мы предположили, что выраженность семейных дисфункций будет напрямую связана со степенью эмоционального неблагополучия родителей в обеих группах. Данные табл. 4 подтверждают это предположение для родителей детей, перенесших тяжелую физическую травму, однако лишь частично. Оказалось, что часть дисфункций связаны с эмоциональным неблагополучием родителей отрицательно, а часть — положительно, что, видимо, можно объяснить защитным характером этих коммуникативных паттернов.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа семейных коммуникативных дисфункций и эмоциональной дезадаптации родителей подростков и молодых людей, перенесших тяжелую физическую травму (критерий Спирмена (r), N = 36)

Эмоциональная дезадаптация	Депрессия	Тревога
Семейные коммуникативные дисфункции		
Критика	,047	,450**
Индукция тревоги	-,391*	-,417**
Элиминирование эмоций	,201	-,079
Внешнее благополучие	-,589*	,140
Фиксация на негативных переживаниях	,237	-,031
Индукция недоверия к людям	,220	,387*
Семейный перфекционизм	,301	,052
Сверхвключенность	-,374*	,303
Общий показатель	,160	,148

Условные обозначения: «*» — при уровне значимости $p < 0,05$;

«**» — при уровне значимости $p \leq 0,01$;

«***» — при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Симптомы тревоги у родителей связаны с такими дисфункциональными коммуникациями, как критика детей и индукция недоверия к людям — здесь имеют место положительные значимые корреляции. Т.е. тревожные родители подростков и молодых людей со спинальной травмой склонны критиковать детей, использовать негативные сравнения, ограничивать контакты вне семьи, формировать недоверчивое отношение к окружающим. Отрицательные значимые связи депрес-

сии со склонностью родителей маскировать проблемы, стремлением быть максимально включенными в дела ребенка, а также обратные корреляции депрессии и тревоги с показателем индуцирования тревоги отражают защитную стратегию родителей пациентов с травмой спинного мозга скрывать, отрицать или недооценивать собственное эмоциональное неблагополучие, замещая его повышенным беспокойством и озабоченностью проблемами ребенка.

Разнонаправленные корреляции между коммуникативными дисфункциями и выраженностью эмоциональной дезадаптации получены также в группе родителей детей с ДЦП.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа семейных коммуникативных дисфункций (оценка родителей) и эмоциональной дезадаптации родителей подростков и молодых людей с ДЦП

Эмоциональная дезадаптация	Депрессия	Тревога
Семейные коммуникативные дисфункции		
Критика	-,078	-,084
Индуцирование тревоги	,447*	,387
Элиминирование эмоций	-,290	-,471*
Внешнее благополучие	,039	-,205
Фиксация на негативных переживаниях	,503*	,488*
Индуцирование недоверия к людям	,212	,267
Семейный перфекционизм	,279	,234
Сверхвключенность	559**	,599**
Общий показатель	432*	,298

Условные обозначения: «*» — при уровне значимости $p < 0,05$;

«**» — при уровне значимости $p \leq 0,01$;

«***» — при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Согласно полученным данным склонность родителей проявлять повышенное беспокойство за ребенка, фиксация на негативных эмоциях, повышенная включенность в дела подростка или молодого человека обнаруживают положительные связи с показателем депрессии. Тревога обнаруживает отрицательные связи с показателем «элиминирование эмоций», что, по-видимому, отражает защитный механизм избавления от тяжелых переживаний через их игнорирование, избегание и запрет на их выражение и обсуждение, а также, положительные связи со склонностью родителей фиксироваться на негативных переживаниях и быть максимально включенными в дела пациента.

Таблица 5

Корреляция показателей эмоциональной дезадаптации и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодежи, перенесших тяжелую физическую травму (критерий Спирмена (ρ), № = 36)

Эмоциональная дезадаптация	Депрессия	Тревога
Отношение к болезни ребенка		
Интернальность	,310	,340
Тревога	,236	,420*
Нозогнозия	,193	,576**
Контроль активности	-,161	,358*

Условные обозначения: М — среднее; SD — стандартное отклонение; «*» — при уровне значимости $p < 0,05$; «**» — при уровне значимости $p \leq 0,01$; «***» — при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Обнаружены значимые корреляционные связи между выраженностью симптомов тревоги и тревогой родителей за болезнь ребенка, увеличением тяжести заболевания, максимальным ограничением активности пострадавшего. Ни одной значимой корреляции с показателями депрессии не обнаружено.

Таблица 6

Корреляция показателей эмоциональной дезадаптации и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодежи с ДЦП (критерий Спирмена (ρ), № = 36)

Эмоциональная дезадаптация	Депрессия	Тревога
Отношение к болезни ребенка		
Интернальность	,312	,361*
Тревога	-,186	-,105
Нозогнозия	,391*	,149
Контроль активности	-,151	-,257

Условные обозначения: М — среднее; SD — стандартное отклонение; «*» — при уровне значимости $p < 0,05$; «**» — при уровне значимости $p \leq 0,01$; «***» — при уровне значимости $p \leq 0,001$.

У родителей детей с ДЦП выявлены значимые корреляции между ростом симптомов тревоги и восприятием заболевания как результата внешних, не зависящих от них и не поддающихся контролю причин. Симптомы депрессии связаны с восприятием степени тяжести болезни.

Обсуждение результатов

Полученные данные показывают, что у родителей подростков и молодых людей с ДЦП менее выражены симптомы тревоги и депрессии, чем в семьях пациентов со спинальной травмой, особенно это касается острого этапа (первые три года после травмы). Это может объясняться тем, что момент начала заболевания ребенка в обследуемых группах приходится на ранние периоды развития и в целом врожденная болезнь (ДЦП) мало прогрессирует в дальнейшем, а усилия родителей, как правило, направлены на реабилитацию ребенка и облегчение тяжести последствий в процессе сотрудничества со специалистами. К подростковому и юношескому возрасту пациента в таких семьях уже сформированы защитные механизмы и формы психического совладания, определенные стратегии взаимодействия в семье и с окружающими, которые обеспечивают психологическую адаптацию родителей к болезни ребенка. Исследуемая группа родителей пациентов со спинальной травмой разделяется по периоду давности, каждый из них характеризуется актуальным психотравмирующим событием (сообщение прогноза на восстановительном этапе, возвращение в социум, осознание значительных ограничений, крах надежд на скорое восстановление на позднем этапе). У родителей подростков и молодых людей на втором этапе ослабевают симптомы депрессии, но остаются на уровне клинической значимости высокими показатели тревоги.

Исследование родительской выборки показало, что в семьях подростков и молодых людей со спинальной травмой более выражены показатели семейных коммуникативных дисфункций, чем в семьях пациентов с ДЦП. Для первых более характерны фиксация на возможных трудностях и опасностях и жизненных неудачах, стремление скрывать и лакировать проблемы от окружающих, требование соответствовать высоким стандартам, стремление быть максимально включенным в жизнь ребенка. Видимо, подобные дисфункциональные сдвиги отражают реакцию семейной системы на катастрофические последствия травмы члена семьи. Тем не менее, семьи пациентов с ДЦП сохраняют более высокий уровень общего показателя семейных дисфункций по сравнению с группами больных депрессивными и тревожными расстройствами, если опираться на данные, полученные в сравнительном исследовании С.В. Воликовой и А.Б. Холмогоровой [Холмогорова, Воликова, 2004].

Выявлена связь эмоциональной дезадаптации родителей подростков и молодых людей с ДЦП с их склонностью к повышенному беспокойству за ребенка, стремлением к решению проблем за него, повышенному контролю, фиксацией на негативных событиях. Родители пациентов

с ДЦП стараются справиться с беспокойством посредством запрета на выражение в семье негативных чувств.

В целом, у родителей пациентов с ДЦП дисфункциональные коммуникации в меньшей степени служат механизму отрицания собственной эмоциональной дезадаптации из-за болезни ребенка, тогда как у родителей подростков и молодых людей со спинальной травмой индуцирование тревоги, стремление лакировать проблемы, сверхвключенность связаны с тенденцией родителей недооценивать, скрывать или игнорировать свое эмоциональное неблагополучие, замещая его повышенным беспокойством за состояние ребенка («помощь нужна ребенку, а не мне»). В процессе исследования оказалось, что родители пациентов с ДЦП более откровенны в своих самоотчетах, охотнее идут на контакт со специалистами психологической службы, чаще открыто жалуются на эмоциональные трудности и ищут помощи в их преодолении. Возможно, это также связано с наличием у родителей пациентов ДЦП опыта длительного сотрудничества с психологами. Дисфункциональные коммуникации с ребенком тесно связаны с уровнем тревоги и депрессии у родителей пациентов с ДЦП. Так, рост депрессии связан с возрастанием беспокойства из-за возможных неудач в будущем, склонностью фиксироваться на тяжелых эмоциональных переживаниях, стремлением быть включенным в дела ребенка.

В целом, для родителей подростков и молодых людей с хроническим инвалидизирующим заболеванием в той или иной степени характерно проявление повышенного контроля, эмоциональной включенности в дела пострадавшего. Сверхвключенность и склонность к критике способствуют формированию чувства контроля за состоянием и поведением ребенка. Эта особенность способна приводить к росту напряженности в детско-родительских отношениях в таких семьях, затруднять общение со сверстниками и самостоятельность. Так, мать пациентки с ДЦП читает личную романтическую переписку дочери, критикуя ее за наивность, сопровождает ее при передвижении вне дома (в университет, на встречи с друзьями), хотя пациентка может делать это самостоятельно. Однако реальная степень нарушений преувеличивается, отношение родителей к такому пациенту как-будто фиксируется на ранних стадиях его развития. Коммуникации по типу сверхвключенности также свойственны и семьям пациентов со спинальной травмой. Эта дисфункция отражает процесс регресса детско-родительских отношений на более ранние стадии в связи с резким ограничением способностей пациента в самообслуживании и передвижении в результате травмы и является инвалидизирующей, если сохраняется неизменной по мере реабилитации пациента.

Важную роль в дисфункциональном взаимодействии семьи подростка и молодого человека с ДЦП, судя по полученным данным, играет восприятие родителями болезни ребенка. Так, склонность родителей скрывать проблемы от окружающих, повышенное беспокойство за возможные неудачи ребенка связано с представлением о болезни как о тяжелой. Это может быть обусловлено как гиперпрогнозией (преувеличение тяжести заболевания), так и реальными трудностями, вызванными степенью поражения в результате болезни. Таким образом, важно рассматривать данные опросников, заполняемых родителями, в контексте анализа степени тяжести болезни ребенка и ограничений, которое оно накладывает.

Большое влияние на детско-родительские отношения в семьях пациентов с ДЦП оказывает восприятие болезни ребенка. Данные показывают, что эта группа родителей склонна рассматривать болезнь ребенка как собственную ответственность, как нечто поддающееся контролю. Потеря такой позиции, т. е. восприятие болезни как неконтролируемой, подвластной внешним причинам повышает тревогу родителей. Это объясняется природой заболевания: наличием некоторой генетической основы. Родители пациентов со спинальной травмой на восстановительном этапе реабилитации, наоборот, воспринимают заболевание как результат внешних причин, как то, что не подвластно их контролю. Здесь играет роль и состояние родителей (психологическая травматизация) и природа заболевания (травма как результат внешнего воздействия — аварии, несчастного случая...). Эта позиция нейтрализуется к позднему периоду восстановления, когда особенности заболевания спинального пациента становятся понятными, накапливается опыт в осуществлении необходимых процедур, болезнь начинает восприниматься как более контролируемая.

Таким образом, работа с эмоциональной дезадаптацией родителей пациентов рассмотренных групп должна строиться на основе мишеней, специфических для рассмотренных нозологий.

Выводы

1. Родители пациентов со спинальной травмой демонстрируют высокий уровень тревоги и депрессии в течении первых трех лет после перенесенной травмы (первый этап реабилитации), на втором этапе (более трех лет после травмы) выраженность симптомов депрессии значительно снижается, однако тревога остается достаточно высокой.

2. Родители подростков и молодых людей с ДЦП обнаруживают меньший уровень эмоциональной дезадаптации и семейных дисфункций, чем родители пациентов со спинальной травмой, их показатели

депрессии и тревоги не выходят за пределы нормы. Они также более откровенны в самоотчетах, охотнее идут на контакт с психологом, ищут помощи. Это может быть связано с большим принятием существующих проблем, осознанием необходимости помощи, а также опытом обращения к психологу.

3. Важным фактором, влияющим на эмоциональную дезадаптацию родителей подростков и молодых людей со спинальной травмой и ДЦП, является восприятие заболевания с точки зрения его контролируемости. Так, родители пациентов с ДЦП склонны воспринимать болезнь ребенка как более подвластную контролю и использовать дисфункциональные способы коммуникаций с ребенком (сверхвключенность, критика) для снижения тревоги в случае потери ощущения контроля. Родители пациентов со спинальной травмой на восстановительном этапе реабилитации рассматривают болезнь как результат внешних причин, т.е. не поддающихся контролю. Чтобы справиться с чувством собственной беспомощности родители этой группы склонны прибегать к дисфункциональным стратегиям гиперопеки, предъявления завышенных требований, запрета на выражение негативных чувств, следствием которых может быть рост ощущения беспомощности у пациента.

4. Полученные данные свидетельствуют о необходимости организации дифференцированной психологической помощи семьям подростков и молодых людей, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата разного генеза. Высокий уровень эмоциональной дезадаптации у родителей пациентов со спинальной травмой свидетельствует о необходимости кризисных интервенций, особенно на этапе адаптации к заболеванию. Стойкие семейные дисфункции, выявленные во всех родительских группах, свидетельствуют о необходимости целенаправленной работы со структурными и коммуникативными дисфункциями, которые могут негативно отражаться на успешности процесса реабилитации как пациентов с ДЦП, так и пациентов со спинальной травмой. Еще одной важной мишенью психологической работы является картина болезни ребенка, при этом важно рассматривать данные опросников, заполняемых родителями, в контексте анализа степени тяжести болезни ребенка и ограничений, которые оно накладывает.

ЛИТЕРАТУРА

- Акатов Л.И.* Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы. М.: Гуманит. Изд. ВЛАДОС, 2003. 368 с.
- Воликова С.В.* Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами: дисс. ... канд. психол. наук. М.: 2006, 254 с.

- Галасюк И.Н. Проблема психической травматизации членов семьи инвалида // Вестник московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2011. № 1. С. 54—60.
- Дэвис Х. Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: взгляд психолога. М.: Этерна, 2011. 220 с.
- Каган В.Е., Журавлева И.П. Методика диагностики отношения родителей к болезни ребенка // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: Метод. пособие / Под ред. Д.Н. Исаев, В.Е. Каган. СПб: ПМИ, 1991. 80 с.
- Ковалевский В.А., Урываев В.А. Психология ребенка — пациента соматической клиники: практикум. Красноярск; Ярославль, 2006. 87 с.
- Ковалевский В.А., Грузднева О.В. Соматически больной ребенок: специфика социально-психологического развития (результаты комплексного исследования) // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева, 2010. № 3. С. 115—122.
- Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Метод. пособие. М.: Просвещение, 2008. 240 с.
- Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющего младшего школьника. Красноярск, 2007. 144 с.
- Залобина А.Н. Особенности межличностных отношений в семьях с ребенком с ограниченными возможностями // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2009. № 11. С. 128—131.
- Полоухина Е.А. Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений: дисс. ...соиск. канд. психол. наук. СПб, 2009. 167 с.
- Попков А.В., Фогель Н.Н., Попков Д.А. Особенности психологического статуса детей с ортопедической патологией // Вестник Южно-Уральского государственного университета: Образование, здравоохранение, физическая культура. 2006. №3 (58). С. 247—250.
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. М.; СПб: Питер, 2001. 272 с.
- Хитева А.А. Защитные механизмы личности и особенности родительского отношения к детям с двигательными нарушениями различного генеза // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2007. № 53. С. 419—424.
- Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М.: 2006. 465 с.
- Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 4. С. 5—9.
- Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М: Медпрактика-М, 2011. 480 с.
- Шабалина Н.Б., Морозова Е.В., Герсамия А.Г. Основные направления психологической помощи семьям с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: Издательский дом ТОНЧУ, 2010. 40 с.

- Морозова Е.В., Шатская А.Д.* Актуальные аспекты психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка-инвалида // Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. 2009. № 4. С. 35—37.
- Eiser Ch.* Chronic childhood disease: An introduction to psychological theory and research. N.Y.: Cambridge University Press, 1990. 177 p.
- Pless I., Nolan T.* Revision, replication and neglect — Research on Maladjustment in Chronic Illness // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1990. №32 (2). P. 347—365.

THE PARENTS' ADAPTATION TO CHRONIC DISEASE OF CHILD BY THE EXAMPLE OF THE SPINALE CORD INJURY AND THE CEREBRAL PALSY OF TEENS AND YOUNG PEOPLE

A.YU. SUROEGINA, A.B. KHOLMOGOROVA

Chronic disease (including an injury of a spinal cord and cerebral palsy) influences both patient and his family. We used a complex of the methods to observe of 36 parents of teenagers and young people with spinal trauma and 24 parents of teenagers and young people with cerebral palsy. The parents of the patients with spinal trauma incorporation with the parents of the patients with cerebral palsy have more severe symptoms of emotional troubles, especially those whose children are in initial stages rehabilitation. Also showed that the process of adaptation is closely connected with different communicative disfunctions, including ones aimed at strengthening of the control and overprotection. With the help of the data analysis we've formulated the details of psychological support of the parents of teenagers and young people according to the child's condition

Keywords: spinal cord injury, psychological rehabilitation, family dysfunctions, emotional disadaptation, cerebral palsy.

- Akatov L.I.* Social'naja rehabilitacija detei? s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja. Psihologicheskie osnovy. M.: Gumanit. Izd. VLADOS, 2003. 368 c
- Volikova S.V.* Sistemno-psihologicheskie kharakteristiki roditel'skih semej pacientov s depressivnymi i trevozhnymi rasstrojstvami. Diss. ... kand. psihol. nauk. M.: 2006, 254 s.
- Galasuk I.N.* Problema psihicheskoj travmatizacii chlenov sem'i invalida // Vestnik moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Serija: Psihologicheskie nauki, 2011. № 1. С. 54—60.
- Devis H.* Kak pomoch' sem'e, v kotoroi ser'ezno bolen rebenok: vzgljad psihologa. M.: Jeterna, 2011. 220 c.
- Kagan V.E., Zhuravleva I.P.* Metodika diagnostiki otnoshenija roditel'ej k bolezni rebenka // Psihodiagnosticheskie metody v pediatrii i detskoj psihonevrologii. Metodicheskoe posobie. Pod red. D.N. Isaev, V.E. Kagan. Spb : PMI, 1991. — 80 s.

- Kovalevskij V.A., Uryyaev V.A.* Psihologija rebenka -pacienta somaticheskoy kliniki: praktikum. Krasnojarsk; Jaroslavl', 2006. 87 s.
- Kovalevskij V.A., Gruzdnjeva O.V.* Somaticheski bol'noj rebenok: specifika social'no-psihologicheskogo razvitija (rezul'taty kompleksnogo issledovanija) // Vestnik Krasnojarskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. V.P. Astaf'eva, 2010. № 3 — s. 115—122.
- Levchenko I.Ju., Tkacheva V.V.* Psihologicheskaja pomoshh' sem'e, vospityvajushhei rebenka s otklonenijami v razvitii: Metodicheskoe posobie. M.: Prosveshhenie, 2008, 240 s.
- Mosina N.A.* Osobennosti razvitija samosoznanija chasto bolejušhego mladšhego shkol'nika. Krasnojarsk, 2007. 144 s.
- Zalobina A.N.* Osobennosti mezhlichnostnyh otnoshenii v sem'jah s rebenkom s ograničennymi vozmožnostjami // Učenyje zapisi Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psihologii i social'noi raboty, 2009. № 11. S. 128—131.
- Polouhina E.A.* Vlijanie nalichija rebenka-invalida v sem'e na harakter brachno-šemeinyh otnoshenii: Diss. ...soisk. kand. psihol. nauk. SPb, 2009, 167 s.
- Popkov A.V., Fogel' N.N., Popkov D.A.* Osobennosti psihologicheskogo statusa detej s ortopedicheskoy patologiej// Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta:Obrazovanie, zdavoohranenie, fizicheskaja kul'tura, 2006. №3 (58). S. 247—250.
- Tarabrina N.V.* Psihologija posttravmaticheskogo stressa. M.: SPb: Piter, 2001. — 272 s
- Khiteva A.A.* Zashhitnye mehanizmy lichnosti i osobennosti roditel'skogo otnoshenija k detjam s dvigatel'nymi narushenijami razlichnogo geneza // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena, 2007. № 53. C. 419—424.
- Kholmogorova A.B.* Teoreticheskie i jempiricheskie osnovanija integrativnoi psihoterapii rasstrojstv affektivnogo spektra. Avtoref. diss. ... dokt. psih. nauk. M.: 2006, 465 s.
- Kholmogorova A.B., Volikova S.V.* Jemocional'nye kommunikacii v sem'jah bol'nyh somatofornnymi rasstrojstvami // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija, 2000. № 4. C. 5—9.
- Kholmogorova A.B.* Integrativnaja psihoterapija rasstrojstv affektivnogo spektra. M: Medpraktika-M, 2011, 480 s.
- Shabalina N.B., Morozova E.V., Gersamija A.G.* Osnovnye napravlenija psihologicheskoy pomoshhi sem'jam s det'mi s narushenijami oporno-dvigatel'nogo apparata. M.:Izdatel'skij dom TONChU, 2010, 40 s.
- Morozova E.V., Shatskaja A.D.* Aktual'nye aspekty psihologicheskoy reabilitacii semej, vospityvajushhih rebenka-invalida//Mediko-social'naja jekspertiza i reabilitacija detej s ograničennymi vozmožnostjami, 2009. № 4. S. 35—37.
- Eiser Ch.* Chronic childhood disease:An introduction to psychological theory andresearch. N.Y.: Cambrige University Press, 1990, 177 p.
- Pless I., Nolan T.* Revision,replication and neglet — Research on Maladjustment in Chronic Illness//Journal of Child Psychology and Psychiatry,1990. №32 (2). R. 347—365.

НАШИ АВТОРЫ

Демидова Любовь Юрьевна — младший научный сотрудник, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, Москва, Россия.

E-mail: lyubov.demidova@gmail.com

Долныкова Александра Анатольевна — научный сотрудник, Московский НИИ психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, Москва, Россия.

E-mail: alexandra-dolnykova@yandex.ru

Захарова Елена Игоревна — кандидат психологических наук, доцент кафедры возрастной психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия.

E-mail: e-i-z@yandex.ru

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психол. наук, старший научный сотрудник лаборатории научных основ психологического консультирования и психотерапии, ФГНУ «Психологический институт» РАО, Москва, Россия.

E-mail: kartan18r@rambler.ru

Краснова-Гольева Виктория Валерьевна — кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ ФМИЦПН Минздрава России, Москва, Россия.

Email: v.krasnova@inbox.ru

Ленгле Альфред — доктор медицины, доктор философии, психотерапевт. Клинический психолог, супервизор, тренер (GLE-International). Профессор университетов Вены и Инсбурга. Вице-президент Международной федерации психотерапии, президент Международного общества логотерапии и экзистенциального анализа (GLE-International).

E-mail: alfried.laengle@existenzanalyse.org

Лифинцева Алла Александровна — кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и социальной работы, Балтийский федеральный университет имени И. Канта (ФГАОУ ВПО БФУ им. И. Канта), Калининград, Россия.

E-mail: alifintseva@kantiana.ru

Мелёхин Алексей Игоревич — аспирант лаборатории психологии развития, Институт психологии РАН; медицинский психолог, сертифицированный когнитивно-поведенческий терапевт, Клиника психического здоровья, Москва, Россия.

E-mail: clinmelehin@yandex.ru

Суроегина Анастасия Юрьевна — клинический психолог, Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление»; аспирантка факультета консультативной и клинической психологии, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия.

E-mail: suroegina@gmail.com

Хаин Алина Евгеньевна — заведующая отделением клинической психологии, Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева») Минздрава России, Москва, Россия.

E-mail: khain.alina@gmail.com

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, МНИИП — филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; и.о. декана факультета консультативной и клинической психологии, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия.

E-mail: kholmogorova@yandex.ru

Чуваева Алла Сергеевна — психолог Перинатального отделения, Центр психолого-педагогической поддержки ЮАО, Социальный центр «Планта семьи», Москва, Россия.

E-mail: alla_simka@mail.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Василюк Федор Ефимович — доктор психологических наук, профессор
Гаранян Наталья Георгиевна — зам. главного редактора, доктор психологических наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент

Майденберг Эмануэль (США) — PhD, Clinical Professor of Psychiatry

Шайб Питер (Германия) — PhD

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Джудит Бек (США) — PhD

Бондаренко Александр Федорович (Украина) — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент национальной АПН Украины

Гиппенрейтер Юлия Борисовна — профессор кафедры общей психологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова

Грининг Томас (США) — PhD

Гулина Марина Анатольевна (Великобритания) — доктор психологических наук, профессор психологии

Тагэ Сэфик (Германия) — MD

Кадыров Игорь Максutowич — кандидат психологических наук, доцент МГУ имени М.В. Ломоносова

Кэхеле Хорст (Германия) — доктор медицины, профессор

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Кочюнас Римантас (Литва) — доктор психологии, профессор

Кроль Леонид Маркович — кандидат медицинских наук, профессор

Лэнгле Альфريد (Австрия) — PhD, MD

Михайлова Екатерина Львовна — кандидат психологических наук

Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент

Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук

Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, профессор, член корреспондент РАН

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Перре Майнрад (Швейцария) — PhD, professor

Роджерс Натали (США) — PhD

Сарджвеладзе Нодар Ильич (Грузия) — доктор психологических наук

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тарабрина Надежда Владимировна — доктор психологических наук, профессор

Цапкин Вячеслав Николаевич — кандидат психологических наук

Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор

ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МАТЕРИАЛА В ЖУРНАЛ «КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ»

Журнал «Консультативная психология и психотерапия» является научно-аналитическим изданием, освещающим проблемы теории, методологии и практики психотерапии, психологического консультирования и смежных дисциплин.

Основные рубрики журнала

1. Антропология, феноменология, культура. Рубрика посвящена рассмотрению актуальных вопросов философии консультативной и психотерапевтической практики, антропологии и этики психотерапии и консультирования, широкому спектру проблем соотношения психологического консультирования и психотерапии с различными аспектами культуры.

2. Теория и методология. Рубрика посвящена актуальным вопросам и исследованиям в области теории и методологии консультативной психологии и психотерапии.

3. Исследования. Эта рубрика представляет как классические экспериментальные исследования по тематике журнала, так и работы, выполненные в рамках неклассической методологии (феноменологии, герменевтики, дискурс-анализа и др.).

4. Мастерская. Данная рубрика посвящена презентациям и подробному рассмотрению новых методов работы в психотерапии и консультировании.

5. Психотерапевтический цех. Рубрика посвящена рассмотрению различных актуальных вопросов, связанных с функционированием профессионального сообщества консультантов и психотерапевтов (законодательство, сертификация, супервизия, отчеты о конференциях и докладах, презентация консультативных и психотерапевтических центров и т. д.).

6. Специальная психотерапия. Данная рубрика посвящена рассмотрению особенностей психотерапевтической и консультативной работы с клиентами с различной спецификой проблем (суицид, соматические и психосоматические заболевания и т. д.).

7. Случай из практики. Рубрика представляет работы, выполненные в особом жанре анализа единичного случая психотерапевтической и консультативной работы.

8. Эссе. Рубрика представляет материалы, в которых изложен авторский взгляд на ту или иную проблему, связанную с тематикой журнала и оформленную в жанре эссе.

9. Дебют. В этой рубрике журнал публикует лучшие работы начинающих специалистов.

Журнал публикует оригинальные и законченные работы.

В журнале также публикуются обзоры отечественной и иностранной литературы, посвященной различным проблемам консультативной психологии и психотерапии, оригинальные переводы по тематике журнала, интервью, рецензии на книги и статьи.

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 50 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде фамилии автора и года в **КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ**. Например, [Иванов, 2012].

4. Кроме текста статьи должна быть представлена также следующая информация:

Аннотация статьи (не более 1000 знаков) на русском и английском языках.

Ключевые слова на русском и английском языках.

Пристатейные библиографические списки, оформленные в соответствии с ГОСТ на русском языке и The Chicago Manual of Style на английском языке (примеры оформления на сайте www.pk.mgppu.ru).

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае, если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы сделаны в WORD или EXCEL.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям является основанием для отправки материала на доработку автору.