

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ С СОМАТИЧЕСКИМИ МАСКАМИ

Н.Г.ГАРАНЯН, А.Б.ХОЛМОГорова*

Ключевые слова: соматоформные расстройства, алекситимия, преодоление алекситимического барьера, групповая психотерапия, интеграция подходов, амбулаторная помощь...

Часть 1. Теоретико-экспериментальное обоснование подхода

В течение последних трех лет мы вместе с другими сотрудниками Научного центра психического здоровья РАМН ведем психологическую работу в одной из московских районных поликлиник. Мы занимаемся групповой и индивидуальной психотерапией с больными, которые до самого последнего времени практически не попадали в поле зрения психиатров и психологов в нашей стране. Для этих больных характерны пограничные психические расстройства, скрытые так называемыми «соматическими масками». Они обращаются в поликлинику к терапевту с жалобами соматического характера (головные, желудочные и сердечные боли, вегетативные дисфункции). По принятой в США классификации психических болезней DSM-III эти состояния ближе всего к так называемым «соматоформным болевым расстройствам». По некоторым данным (Lipovsky, 1990) эти больные составляют 30% от числа обращающихся в поликлинику общего профиля¹. Еще несколько лет назад

* Холмогорова Алла Борисовна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Института профилактической психиатрии РАМН;

Гаранян Наталья Георгиевна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Института профилактической психиатрии РАМН.

¹ Отметим, что в теоретическом плане эти состояния изучены в нашей стране мало. Первые исследования, проведенные в конце 80-х годов в московской психиатрической школе (А.В.Снежневский), относили их к эндогенным расстройствам – вялотекущей шизофрении или атипичной циклотимии. В настоящее время в стране нет единой, четкой классификации этих состояний. Однако многие психиатры обращаются к западным классификациям, в том числе – и DSM-III.

после соответствующего обследования, не выявляющего, как правило, истинной органической патологии, их признавали соматически здоровыми и оставляли практически без помощи. Лишь в последнее время в некоторых поликлиниках Москвы созданы кабинеты неврозов, где такие больные могут получить анонимную помощь у психиатра и психолога.

В нашей работе с больными стратегия оказания помощи определялась, с одной стороны, психологическими особенностями пациентов, выявленными в ходе обследования и наблюдения, и с другой – нашими собственными теоретическими представлениями. Начнем с последних. В основание любого психотерапевтического подхода более или менее эксплицированно заложена теоретическая модель психического здоровья, на которую ориентируется психотерапевт в своей работе. Уже у З.Фрейда она отчетливо просматривается: генитальная сексуальность, широкие границы «Я» и т.д. Проблема психического здоровья как качественно особого состояния личности, а не просто отсутствия болезненных симптомов, интенсивно разрабатывается в последние десятилетия (*P.Becker, 1988*). Она рассматривается прежде всего в аспекте способности личности к совладанию с различными сложными жизненными ситуациями и стрессами без отрицательных последствий для здоровья. Именно с ориентацией на развитие таких способностей связан превентивный эффект, как правило, сопровождающий психотерапию (т.е. происходит не просто снятие болезненного состояния, но уменьшается вероятность его повторения вследствие повышения способности личности к совладанию с провоцирующими болезнь факторами).

В гуманистических моделях А.Маслоу, К.Роджерса, Г.Джурарда и др. в качестве важнейших критериев психического здоровья выделяются способность к эмоциональному самовыражению и самораскрытию, высокий уровень самоуважения, автономность, отношение к другому человеку как к ценности, активная жизненная позиция, способность к реализации своего потенциала, развитое чувство юмора и т.д.

В гештальттерапии центральными критериями психического здоровья является способность к самоосознаванию и интеграции различных состояний или частей «я» (Ф.Перлз), дифференциация собственных состояний и представлений, с одной стороны, и объективной реальности – с другой (Д.Энрайт). Последний критерий является также исходным для когнитивной психотерапии (А.Бек), где основной целью является осознание невротических когнитивных структур и перестройка их на более конструктивные.

В психоанализе, и шире – в психодинамическом подходе к личности – важнейшим является критерий интегрированности прошлого и настоящего опыта, осознание источников актуальных проблем и невротических установок, коренящихся в детском опыте, отреагировании ущемленного аффекта, широкие возможности выбора разных вариантов поведения.

В своих взглядах на психическое здоровье мы не придерживаемся традиции определенной школы, а идем по пути синтеза отдельных представлений, заимствованных из разных направлений психотерапии (гештальттерапии, гуманистической психотерапии, когнитивной психотерапии, психоанализа и т.д.), которые, на наш взгляд, несмотря на исторический антагонизм, вовсе не исключают друг друга, а лишь делают акцент на разных гранях человеческого существования. Основой для синтеза этих представлений служит многомерная модель психического здоровья. В соответствии с этой моделью психическое здоровье понимается нами не как некоторое статичное состояние, а как сложный процесс жизни личности, в котором сбалансированы коммуникативные, когнитивные, рефлексивные, эмоциональные и поведенческие аспекты.

В условиях групповой психотерапевтической работы особую важность приобретает коммуникативный аспект, который отражает микро- и макросоциальный контексты развития личности. В соответствии с этим основной целью групповой работы является для нас создание социальной микросреды, живущей по принятым и отрефлексированным нормам психического здоровья, и помощь в переносе этих норм в семейную и социальную жизнь.

Принципиальным моментом подобной работы является позиция психотерапевта, поведение которого должно соответствовать тем нормам психического здоровья, которые он пытается вводить в групповую жизнь, например, – открытое выражение чувств, способность к самораскрытию, отношение к другому человеку как к ценности и т.д. Естественно, поведение психотерапевта должно быть аутентичным, т.е. соответствовать его истинным ценностям, что диктует соответствующие требования к его личности.

Помимо теоретических представлений выбор конкретной стратегии психотерапевтической работы определялся и психологическими особенностями пациентов, выявляемых с учетом данных экспериментально-психологического исследования. В настоящее время практически отсутствуют детальные экспериментальные исследования больных с соматоформными расстройствами. В то же время в клинической и психологической литературе существуют многочисленные указания на важность нарушений осознания и выражения эмоций при соматизированных психических расстройствах. Поэтому психотерапевтической работе в группе предшествовало экспериментально-психологическое исследование импрессивно-экспрессивного аспекта эмоциональности наших пациентов – т.е. их способности к осознанию, вербальному и невербальному выражению собственных эмоций, а также точному распознаванию эмоций другого человека.

Почему наше внимание привлекли именно эти психологические характеристики больных? Умение осознать собственные чувства и адекватно их передать в словах и средствах телесного языка –

необходимое условие переработки психологических проблем и конфликтов, а также одно из необходимых средств эффективной коммуникации, имеющее адаптивный смысл (*Ellgring H.*, 1986). Оно позволяет человеку донести до окружающих информацию о своем неблагополучном состоянии и получить необходимую поддержку. Эмоциональное самовыражение, открытость опыту и чувствам – один из важнейших параметров в моделях психического здоровья К.Роджерса, А.Маслоу, С.Джурарда. Применительно к соматизированным психическим расстройствам указание на трудность осознания и выражения психических состояний имплицитно содержится уже в самом их клиническом описании. Как показали исследования, специфика этих состояний заключается в том, что конфликты и трудности психологической природы не осознаются этими больными, а переживаются исключительно на физиологическом уровне в виде различных болевых симптомов (головные, желудочные, сердечные боли и т.п.) (*Taylor G.*, 1989). Описан особый коммуникативный стиль больных со склонностью к соматизации, характеризующийся трудностями словесного обозначения эмоциональных состояний, конкретным и механистичным мышлением (*operative thinking*), неспособностью различать эмоциональные и телесные состояния, затрудненной интернализацией психологических конфликтов и недостаточной способностью к эмпатии. Подобные нарушения в современных исследованиях получили название «алекситимии», что в буквальном переводе означает – «нет слов для чувств». По мнению психотерапевтов, «алекситимия – возможно, самый важный и единственный фактор, снижающий эффективность психодинамической и психоаналитической терапии с этим контингентом», что естественно ставит вопрос о разработке адекватных методов коррекции психологических нарушений у этих больных (*Taylor G.*, 1989, p.727).

Отметим, что в эмпирических исследованиях алекситимии акцент ставился, в основном, на тестировании вербального компонента расстройств с помощью шкал контентанализа речи, модификаций ТАТ. Феномены же осознания эмоций, невербальной экспрессии и импрессивные способности лиц со склонностью к соматизации проанализированы, на наш взгляд, недостаточно. Между тем многие факты свидетельствуют об их большом вкладе в состояние психической дезадаптации. Интересными в этом плане представляются многочисленные эмпирические данные о том, что при психических заболеваниях различной нозологии (депрессиях, наркоманиях, шизофрении) резко нарушаются процессы осознания и выражения эмоций, а также ухудшается понимание невербального языка окружающих (*Wallace Ch.*, 1984; *Mandall K.*, 1987; *Курек Н.С.*, 1991). Эти расстройства служат одной из предпосылок неадекватных эмоциональных действий, конфликтного общения, социальной изоляции и снижения уровня получаемой больными социальной поддержки. Важность

эмоционального самовыражения ярко иллюстрирует тот экспериментально установленный факт, что даже тяжелое онкологическое заболевание (рак молочной железы) у женщин, которые жалуются, плачут, т.е. выражают свои переживания, протекает более благоприятно, чем у женщин, которые внешне «хорошо», т.е. «мужественно» (сдерживая эмоции) справляются с болезнью (M. Wirsching, 1990).

Все это позволяет выделить следующие мишени нашего экспериментального исследования:

- осознание и вербализация собственных эмоций;
- употребление эмоциональных категорий речи;
- распознавание эмоций другого человека по невербальной экспрессии (мимике, позе, жесту);
- собственно невербальная экспрессия больных соматоформными расстройствами.

С целью изучения процессов осознания и вербализации эмоций применялся следующий методический прием: данные менее валидных методик, основанных на непосредственном самоотчете испытуемых в клинической беседе, в ходе так называемого «прямого опроса» сопоставлялись с более валидными данными методик «Косвенного опроса» А.Е.Ольшанниковой и «Идентификации с эмоционально-выразительными лицами».

В клинической беседе проводился детальный расспрос каждого больного о настроении в данный момент, о переживаниях, которые, как правило, возникают у него в эмоциогенных ситуациях реальной жизни. Методика «прямого опроса» представляет собой феноменологическое описание 4-х базальных эмоций печали, гнева, страха и радости по К.Изарду (1980). Инструкция требует от испытуемого оценить выраженность у него в настоящий момент каждой из описанных эмоций по 6-балльной шкале. В методике на идентификацию с эмоционально выразительными лицами испытуемому предлагалось выбрать из 18 фотографий женского лица, выражающего с разной степенью интенсивности переживания печали, гнева, страха, радости, презрения и удивления (классификация Вудвортса-Шлосберга), несколько карточек, соответствующих собственному настроению в данный момент. Этот прием позволил испытуемому сообщить о своем состоянии, не используя вербальный канал.

Для исследования эмоционального словаря применялась методика, ставящая перед испытуемыми задачу подобрать синонимы к словам «печаль», «гнев», «страх», «радость», «презрение» и «удивление». Правильность ответов оценивалась с помощью составленных А.И.Тоом (1985) смысловых полей эмоциональных категорий русского языка. Подсчитывалось среднее количество правильно подобранных к каждому из ключевых слов синонимов.

Для тестирования импрессивной способности больных применялись две методики. В одной испытуемые распознавали эмоции другого

человека по мимике (использовался описанный выше набор фотографий), во второй – по рисункам поз и жестов, специфичных для русской культуры (Курек Н.С., 1986). В них подсчитывался общий показатель точности распознавания и показатели точности распознавания каждой из 6 эмоций.

Склонность наших больных проявлять эмоции печали, гнева, страха и радости во внешнем плане (интонациях речи, движениях, мимике и вегетативные реакции) тестировалась с помощью специального опросника (Курек Н.С., 1991).

В задачи данной публикации не входит подробное изложение материала исследования со статистическими выкладками и таблицами. Кратко опишем основные феномены, которые учитывались в построении стратегии психотерапевтической работы с больными соматоформными расстройствами:

1. Нарушение осознания и вербализации эмоций. Эти нарушения проявляются, в частности, в сниженной способности больных к адекватному и точному самоотчету об эмоциональном состоянии, о чем свидетельствует резкое расхождение между данными методик, основанных на непосредственном самоотчете, и результатами косвенных методов оценки.

Так, в клинической беседе 70% больных описывали свое настроение как «нормальное», «хорошее». На вопрос о типичных для них переживаниях в трудных или конфликтных жизненных ситуациях 83% больных упоминали лишь о тягостных телесных ощущениях – нехватке воздуха, сжимании висков, сердцебиении, болях различной локализации. По данным «прямого опроса» у 60% больных показатели выраженности положительных эмоций превышают показатели отрицательных эмоций.

По результатам методики «косвенного опроса» у 60% в соотношении положительных и отрицательных эмоций резко перевешивают отрицательные переживания, в основном – страдания и страха. При идентификации своего настроения с лицами на фотографиях 75% больных отождествляет свое актуальное состояние с отрицательными переживаниями страха и страдания разной интенсивности.

2. Резкое сужение смысловых полей эмоциональных категорий речи. В среднем больные называли в 3-4 раза меньше синонимов к ключевым словам по сравнению со здоровыми испытуемыми. Особенно резкие затруднения вызывает подбор синонимов к словам «печаль» и «гнев».

3. Снижение импрессивной способности. Особую трудность представляет для больных узнавание по мимике, позе и жестам эмоций страдания, гнева и презрения у других людей.

Наши наблюдения за реакциями больных в групповой процедуре «обмена чувствами» подтверждают данные экспериментального исследования. Прежде всего они свидетельствуют о явных затруднениях, подчас невозможности выразить в словах свои чувства по поводу происходящего. Типичные варианты высказываний таковы: «Ничего не

чувствую»); для обозначения отношения стереотипно используются слова-синкреты, не дифференцирующие эмоциональные состояния по паттернам и модальностям, для положительного – «нормально», «интересно», «шел с хорошими чувствами», для отрицательного – «устал», «нервничал». В начале групповых занятий эта особенность не позволяет больным давать эффективную обратную связь другим участникам при выполнении упражнений. Уже к 3-му занятию данное нарушение начинает осознаваться больными как актуальная для них психологическая проблема: «Оказывается, мне не хватает слов для чувств», «Как трудно поймать чувство за хвост». Таким же эмоционально невыразительным и не соответствующим истинным чувствам является и невербальное поведение больных. В начале групповых занятий на лицах большинства из них застывают «защитные» маски-улыбки.

Выявленные нарушения импрессивно-экспрессивного аспекта эмоций могут иметь, на наш взгляд, ряд важных интер- и интрапсихических последствий. Во-первых, недостаточная проработка эмоций на уровне сознания может приводить к усилению телесного компонента эмоций и снижению способности к сознательному совладанию с отрицательными переживаниями и жизненными ситуациями, их вызвавшими. Физиологические корреляты отрицательных эмоций (учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, вегетативные реакции) могут восприниматься больными как психологически непонятные признаки соматического заболевания. Во-вторых, осознание собственных чувств служит необходимым условием самопонимания, которое, в свою очередь, обуславливает адекватную стратегию целеполагания и жизненных выборов, дающих ощущение самореализованности и удовлетворенности. Дефицит данной способности во многом обуславливает то смутное, диффузное чувство неудовлетворенности собой и жизнью, которое присуще многим больным соматоформными расстройствами. В-третьих, дефицит способности к самораскрытию, к проявлению отрицательных эмоций, так же как и сниженная способность к распознаванию эмоций других людей могут резко затруднять социальные контакты больных, лишая их возможности получить адекватную социальную поддержку, приводить к сужению их социальной сети и переживанию одиночества. Отметим, что указанная черта с трудом поддается коррекции. Неспособность наших больных к проявлению чувств может парадоксально оцениваться окружающими как положительное качество и социально поощряться, приравниваясь к таким социальным нормам, как сдержанность, воспитанность, умение соблюдать приличия. А для больных соматоформными расстройствами в силу их повышенной ориентации на социальные нормы указанная черта является особо положительной или «эго-синтонной» (Greenson R., 1984).

Описанные навыки эмоциональной коммуникации тесно связаны со стилем семейного воспитания. В частности, существуют гипотезы о семейных истоках алекситимии и склонности к соматизации (Payne B.,

Norfleet A., 1986). В связи с этим, мы собрали семейный анамнез наших пациентов. Сведения собирались с помощью метода генограмм (анализа семейного контекста в 3-х поколениях), в процедуре которого акцент ставился на обсуждении стиля эмоционального поведения и общения в семьях, на прояснении чувств пациентов к членам их семей (*Akkerman M.*, 1966).

Результаты анализа семейного контекста показали, что значительная часть наших пациентов происходит из неблагополучных семей мигрантов из сельской местности с низким уровнем материального достатка. В 80% семей были отцы-алкоголики, играющие роль домашних тиранов. 25% наших пациентов в детстве подвергались тяжелым телесным наказаниям. У значительной части наших пациентов, даже достигших тридцатилетия, наблюдалась симбиотическая связь с матерью, препятствующая взрослению.

Коммуникативный стиль в родительских и собственных семьях наших пациентов характеризуется наличием запрета на выражение эмоций, особенно отрицательных. Так, мать больной Т.Б. строго наказывала ее в детстве за высказывание обиды или неодобрения в адрес взрослых.

По словам больной, родительское «послание» «Не говори ничего плохого! Прикуси язык!» до сих пор парализует ее речь. Запрет на проявление отрицательных чувств парадоксально распространялся в исследуемых семьях и на положительные переживания. Например, члены семьи пациента В.Б. в момент радостных событий изо всех сил старались не выдать счастья, уйти из дома или разойтись в разные углы поодиночке. Один из наших пациентов Н.А. описывал пережитую им в детстве утрату – смерть любимого деда, мальчику постоянно ставили его в пример, таким образом, напоминая ему об утрате, но одновременно с этим в семье существовал негласный запрет на выражение чувств и обсуждение эмоционального смысла утраты, связанного с переживаниями горя, страха перед смертью, одиночества, незащищенности. Другая пациентка Н.Ш., заболевшая после смерти в роддоме ее новорожденного ребенка, чувствовала острую потребность оплакать свое горе и излить гнев на несправедливую судьбу. Но любая попытка разговора об этом с матерью пресекалась отцом больной как недостойная и вредная для семейной атмосферы слабость.

В семьях больных с соматоформными расстройствами существует запрет на открытое обсуждение проблем и отказ от поиска совместных их решений. Этот же стиль коммуникаций больные воспроизводят в собственных семьях. Так, пациентка Т.Б. страдает сильной боязнью высоты. Каждый раз перед мытьем окон в квартире она задолго теряет покой и сон. Свой страх она скрывает от мужа и сына в течение 19 лет и, преодолевая себя, выполняет эту работу одна. Пациентка О.Ш. в тяжелых для нее жизненных ситуациях ложится спать вместе с мамой, чтобы почувствовать себя защищенной, подменяя этим открытое обсуждение

проблем и поиск выхода из них. У этой же пациентки сильно развито с детства культивируемое матерью чувство недоверия ко всем людям «не одной с ней крови». «Не предадут и не обманут только свои», – говорит она.

Особой ценностью для семей больных соматоформными расстройствами является жесткое следование социальным образцам и нормам, культ поддержания внешнего благополучия. Так, пациентка Л.С. ни с кем не решается поделиться тяжелыми переживаниями детства и юности, когда ее отец бил и устраивал драки. Любая попытка психотерапевта вызвать ее на разговор об этом в группе сопровождается чувством вины перед родителями и страхом плохо выглядеть и быть осужденной окружающими.

Семьям наших пациентов присуща слабая проницаемость границ. У них мало внешних связей, основные контакты осуществляются по родственным каналам. Членов таких семей нередко объединяет симбиотическая зависимость. Несмотря на отсутствие истинной близости и доверия, они стремятся абсолютно все дела выполнять вместе, лишая себя и детей права на автономность, независимую жизнь, собственные увлечения, контакты и даже проблемы. Например, пациентка Г.Ч. выполняет за 18-летнего сына-студента технические проекты, вместе с ним не спит ночь перед экзаменом. 17-летний сын пациентки Т.Б. вяжет с мамой, контактам со сверстниками предпочитает игры с родителями в карты и шахматы. Т.Б. с гордостью рассказывает, как вместе с сыном она собирает радиоприемники. В качестве способов решения конфликтов в семьях наших больных, как правило, избирается замыкание в себе, многонедельное, а в одном случае даже многолетнее молчание.

Обращаясь к анализу влияния социального контекста на стиль семейного воспитания и развития личности, мы не считали возможным абстрагироваться от семидесяти лет господства тоталитарного режима в нашей стране. Резкое преобладание авторитарного стиля воспитания в семьях наших пациентов еще раз убедило нас в необходимости учета этого контекста². Важный для нас тезис о снижении адаптационного потенциала личности с тоталитарным типом сознания подтверждает анализ концепций психического здоровья Э.Эриксона, Э.Фромма, К.Роджерса, А.Маслоу, Г.Олпорта и др. Выдвигаемые в этих концепциях критерии психического здоровья прямо противоположны тем характеристикам авторитарной личности, которые выделил создатель концепции авторитарной личности Т.Адорно (*T.Adorno*, 1984). А.Маслоу прямо пишет о демократической структуре характера, как одном из критериев психического здоровья. Нам кажется, что в нынешних социальных условиях, когда разрушена «экологическая ниша», наиболее естественная социальная среда тоталитарного сознания – авторитарный

² Среди гипотез о происхождении тоталитарного сознания наиболее популярной сейчас является гипотеза о семейном воспитании, так как она позволяет объяснить удивительную «живучесть» и распространенность этой формы сознания, в демократических обществах в том числе (*Altemeyer*, 1990).

политический режим, – особенно важно в процессе психотерапевтической работы отдавать себе отчет о вкладе стереотипов тоталитарного сознания в возникновение состояний дезадаптации³.

Наших пациентов вряд ли можно отнести к классическому типу авторитарной личности в понимании Т.Адорно. Они не являются фанатичными приверженцами каких-либо политических доктрин, не проявляют активной агрессии по отношению к аутгруппам, более того, они не идентифицируют себя с какой-либо референтной социальной группой или политической партией. В то же время у них ярко выражен ведущий, с нашей точки зрения, стереотип тоталитарного сознания – стереотип культа власти, задающий особую норму видения мира как устроенного принципиально иерархически, а все отношения – как опосредованные отношения власти-подчинения. Человек с выраженным стереотипом культа власти вступает в акты общения с другими людьми не на «равных», а расставляя партнеров по общению по уровням «выше» и «ниже» и таким образом оказываясь с ними в отношениях власти или подчинения.

Наряду с этим основополагающим стереотипом важную роль в субъективной картине мира наших пациентов играют такие стереотипы тоталитарного сознания как вера в «простой, чудесный и неизменный» мир – мир с простыми причинно-следственными связями, без полутонов и оттенков, где четко определено, что хорошо, что плохо, где изменения происходят чудесным, не зависящим от воли индивида образом, где все задано раз и навсегда, константно и не подлежит критике и изменению. Эту веру долгие годы целенаправленно культивировал в людях тоталитарный режим как основу манипулирования ими (*Гозман Л., Эткин А., 1989*). В ходе групповой работы все эти стереотипы ярко проявляются в следующих особенностях поведения: некритичное принятие предлагаемых ведущими правил и норм работы группы, отсутствие стремления к их творческому изменению и достижению консенсуса, некритичное отношение к власти в лице ведущего, наделение его особыми качествами, особым могуществом, надежда на получение из его рук «чуда исцеления», запрос на суггестивные или релаксационные методы воздействия, не требующие собственной активности («вот бы нашелся гипнотизер и снял все мои болячки»), чувства фрустрации, растерянности, пустоты и скуки при неструктурированном ведении группы, агрессия на отказ «править» со стороны ведущего, отсутствие интереса и доверия к другим людям, слабое понимание межличностных различий и применение общих, для всех одинаковых мерок, жесткие оценочные суждения, страх перед экспериментированием, отступлением от привычного. Характерное речевое поведение: вместо «я хочу», «я чувствую», «я стремлюсь» – я должен, обязан, надо, необходимо (детерминация извне внешними социальными нормами); частое

³ Под стереотипом сознания мы понимаем неосознанную и неотрефлексированную норму видения мира.

употребление аморфных нерасчлененных оценочных суждений – всегда, так делают все, никогда; полярность и жесткость оценок – плохо, хорошо, правильно, неправильно. Перечисленные установки и нормы видения мира известны и описаны в литературе как невротические. В нашей культуре они поддерживались и стимулировались самым широким социальным контекстом (на уровне общества и государства).

В то же время нам ни в коем случае не хотелось бы сводить влияние социальных факторов только к тоталитарному режиму. Есть более широкий культурный контекст, который не только в нашей стране, но и во всем мире ведет к проблемам, связанным с психогигиеной эмоциональной жизни. Ценность рационального мышления, характерная для западной культуры, приводит к недооценке роли эмоции в жизни и здоровье человека и даже к рассмотрению этой роли как негативной – деструктивной и разрушительной. Нередко приходится читать в прессе и слышать фразы: «отбросим эмоции в сторону», «будем говорить без эмоций».

В восточной культуре ценность созерцательного отношения к жизни, ровного и спокойного поведения (выражать свои эмоции во многих странах Востока считается просто невежливым) также приводят к культуральному запрету на эмоции. В этом, видимо, кроется одна из причин возникновения всевозможных техник работы с мышцами как способа освобождения от мышечных зажимов, связанных, в том числе, с неотрагированными эмоциями.

Патоморфоз психических заболеваний, приводящий к росту числа соматоформных болезней и даже выделению их в отдельный кластер в ряде диагностических классификаций (DSM-III) также свидетельствует о том, что тенденция к соматизации обусловлена достаточно мощными культуральными факторами. Американские врачи шутят, что им становится все труднее добиться не только психологических, но и вообще каких-либо жалоб от больных. Культурный стереотип «I am o'key» резко затрудняет осознание и проявление отрицательных эмоций.

Глубинное ощущение трудности и опасности жизни, в которой от человека мало что зависит, порождено в нашей культуре многочисленными социальными и семейными бедами (кровавопролитные войны, репрессии, жертвы которых имеются во многих семьях, низкий уровень жизни). Вместе с тем имеющая глубокие культурные корни ценность терпения, с одной стороны, и чувство необходимости строго следовать установленными нормам и поддерживать внешне благополучный фасад – с другой (так как обсуждение таких семейных бед, как репрессированные родственники или родственники, бывшие в оккупации и плену, достаточно долго представляло собой реальную опасность, их надо было скрывать от детей и от окружающих) приводят к подавлению тревоги, тоски и страха.

«Жизнь тяжела, терпи и молчи», «не говори ничего плохого», «делай вид, что все в порядке», «от тебя ничего не зависит», «не доверяй чужим»,

«ты должен делать то, что положено» – именно такой набор родительских посланий мы выявили у своих пациентов в ходе специальных упражнений. Так один из наших пациентов, на лице которого на первых занятиях как маска застывала неестественная улыбка, скрывающая его испуганные и тоскливые глаза, плакал несколько дней (на индивидуальных и групповых занятиях). Он вспоминал, как до пятнадцати лет отец почти ежедневно зверски избивал его, а все, в том числе и мать, и любимый им дед, говорили: «Терпи!». «Еще бы! – как-то заметил он. – Ведь дед был репрессирован, и в душе у них был один только страх». Самым мучительным в этих воспоминаниях для нашего пациента является то, что он ни разу не посмел ребенком хоть как-то выразить свой протест. Вернее, ему это даже в голову не приходило, так глубоко была «вдолблена», как он выразился, в него психология терпения и подчинения силе. До сих пор он чувствует себя ничтожным и маленьким, хотя внешне – это крупный и солидный мужчина. Любой контакт с властью (начальством, авторитетом) для него мучителен: он теряется, не может отстоять своих интересов, его охватывает чувство собственной ничтожности. Эти же переживания характерны практически для всех наших пациентов. В ходе групповой работы мы маркируем реакцию пациентов на ситуацию встречи с фигурой, олицетворяющей власть, как проблему «кабинетов», где сидят люди, от которых хоть что-то зависит – получение какой-либо информации, подписи или, например, справки об освобождении от работы у врача и т.п. Во всех такого рода контактах наши пациенты отмечают растерянность, чувство своей малозначимости и беспомощности.

Анализ выявленных в экспериментально-психологическом исследовании и групповой психотерапевтической работе феноменов позволил нам сформулировать основные принципы психотерапии данного контингента больных. Принципы излагаются в форме оппозиций, указывающих стратегические направления работы: от выявленных дезадаптивных черт и особенностей внутреннего мира наших пациентов к полярным – соответствующим нормам психического здоровья.

1. От смутных, неясных, диффузных чувствований к дифференцированным, осозанным эмоциям. Согласно данному принципу, поток неясных, смутных, зачастую беспричинных на субъективном уровне переживаний дискомфорта, представленных частично соматическими ощущениями, противопоставляется отчетливым, дифференцированным и вербализуемым эмоциям. Например, наши больные часто жалуются на беспричинно возникающие состояния «колотуна», «мандража», «беспокойства», «напряжения», сопровождаемые обильными неприятными физическими ощущениями (сердцебиением, потливостью, дрожью). В процессе психотерапевтической работы они начинают осознавать причину своих состояний и находят адекватное имя для их обозначения, получая возможность вербального самоотчета о них. Например, утреннее состояние «мандража»

и беспокойства часто конкретизируется как тревога, связанная с опасениями не справиться с обязанностями и делами наступающего дня.

2. От жизни «вовне» к дифференцированному и автономному внутреннему миру.

Жизнь «вовне» предполагает полную зависимость от внешних обстоятельств, событий, отношений и полную сконцентрированность на этих внешних (материальных, поведенческих) аспектах при игнорировании внутренних (психологических, эмоциональных, ценностных). Такое существование подобно серии пассивных «рефлексов» на происходящее без внутреннего сопротивления, переработки и выбора позиции. Так, у многих больных рассказ о болезни, о своем человеческом окружении и событиях жизни сводится к изложению внешних фактов и обстоятельств, а вопрос о личностном смысле происходящего неизменно ставит их в тупик. При этом внутренняя жизнь полностью определяется происходящим вовне. Больные часто жалуются на отсутствие «заслонки», т.е. любые неприятные впечатления (увиденное на улице или по телевизору, услышанное от знакомых) мгновенно надолго меняют настроение. И, наоборот, любое тягостное внутреннее состояние проецируется вовне и приводит больного к неопровержимому убеждению в том, что «мир плох, люди несправедливы, и в жизни нет ничего хорошего». Задача психотерапевта – обратить пациента к его внутреннему миру, показать, как он мстит за пренебрежение к себе соматическими симптомами, и научить больного навыкам разведения субъективных состояний и объективной реальности.

3. От «закрытой» безэмоциональной коммуникации к открытому проявлению чувств и самораскрытию.

Повышающаяся способность к осознанию и вербализации чувств служит одним из условий, позволяющих изменить стиль эмоциональной коммуникации. Другое условие открытого и спонтанного проявления чувств – это изменение ценностного отношения больных к эмоциональному самовыражению: от ценности «сдержанности», полного контроля чувств и подавления социально порицаемых переживаний (например, страха у мужчин и гнева у женщин) к «реабилитации» эмоций, признанию за собой права испытывать самые разнообразные чувства и их открыто выражать, к ценности искреннего и доверительного общения.

Вышеперечисленные принципы нацелены на преодоление т.н. «алекситимического барьера», однако работа с эмоциональной сферой соматоформных больных этим не ограничивается. Повышающаяся способность осознавать свои эмоции приводит больных к осознанию чувств невротической природы – тревоги, враждебности, беспомощности. Дальнейший ход терапии связан с проработкой этих чувств и не является специфичным только для нашего контингента больных.

4. От когнитивной простоты в видении себя, людей и мира к когнитивной сложности.

В соответствии с этим принципом упрощенному, «черно-белому» восприятию мира, полярным дихотомическим оценкам типа «плохой-хороший», «всегда-никогда» противопоставляется умение видеть сложную палитру красок, континуум качеств. Сюда же можно отнести полярность оценок по принципу «все или ничего» типа: «Если в моей жизни что-то не так, то значит, плохо все» и т.д. Жизнь на «полюсах» («или я полностью счастлив, или абсолютно несчастлив», «или меня любят, или меня ненавидят») заменяется жизнью в «умеренном климате», где нет абсолютно безоблачного неба, но и солнце не бывает абсолютно наглухо и безнадежно закрыто тучами.

5. От ориентировки на внешние социальные стандарты к внутренним ориентирам: собственным чувствам, потребностям и возможностям.

Здесь речь идет о развитии способности жить «по себе», т.е. руководствуясь своими интересами, чувствами и возможностями, а не социальными стандартами, нередко идущими вразрез с внутренней направленностью личности. Осознание этой внутренней направленности, своих внутренних желаний, чувств является необходимой предпосылкой «жизненного переустройства», ведущего к большей удовлетворенности жизнью.

6. От видения мира и взаимоотношений между людьми как устроенных иерархически (по принципу «над» – «под») к ощущению ценности и уникальности другого, независимо от его места в социальной или любой другой иерархии.

Любая ситуация общения, которая до этого рассматривалась формально и упрощенно сквозь призму иерархические отношений, все больше начинает оцениваться с человеческих позиций, т.е. расстановки «над» – «под» заменяются интересом к внутреннему миру другого человека.

Конкретные этапы, техники и приемы работы с больными, страдающими соматоформными расстройствами, будут описаны во второй части статьи, которая планируется к публикации в следующем номере журнала.

ЛИТЕРАТУРА

- Гозман Л., Эткин А. *От культа власти к власти людей.* // Нева, 7, 1989.
- Гринсон Р. *Техника и практика психоанализа.* – Воронеж: НПО МОДЭК, 1994.
- Изард К. *Эмоции человека.* – М.: Изд-во МГУ, 1980.
- Курек Н.С. *Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии.* // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1985, 12, с.1831-1836.
- Курек Н.С. *Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией.* // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1991, 2, с.121-127.

- Тоом А.И. Изучение смысловых полей эмоциональных категорий. // *Новые исследования в психологии*, 1980. 11, (22), с.70-75.
- Ackermann N.N. *Treating the Troubled Family*. – New York: Basic Books, 1966.
- Adorno T. *The Authoritarian Personality*. – New York: Science Editions, 1984.
- Becker P. *Psychologie der Seelischen Gesundheit, Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostic* Gottingen: Norgretc, 1982.
- Ellgring H. *Nonverbal Expression of Psychological States by Psychiatric Patients*. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 1986, 236, p.31-34.
- Enright. J. *An Introduction to Gestalt Therapy*. // P.D.Stephensin (Ed.). *Gestalt Therapy Primer*. – Springfield, 1975.
- Lipowsky J. *Somatisation: its Definition and Concept*. // *American Journal of Psychiatry*, 1989, vol. 147, 7, p.521-527.
- Mandal M.K. *Decoding of Facial Emotions in Terms of Expressiveness by Schizophrenics and Depressives*. // *Psychiatry* – vol. 50, 11, p.371-376, 1987.
- Maslow A. *Motivation and Personality*. – N.Y.: Harper and Brothers. 1954.
- Payne B., Norfleet M. *Chronic Pain and Family: a Review* *Pain*, 26, 1986, p.1-22.
- Perls F. *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1973.
- Satir V. *Familienbehandlung Freiburg (Garnbertus)*. // *Selbstwert und Kommunikation*. – Munchen: Pfeiffer, 1975.
- Taylor G. *Alexythymia: Concept, Measurement and Implication for Treatment*. // *American Journal of Psychiatry*, vol.141, 6, p.725-732, 1989.
- Wallace Ch. *Community and Interpretational Functioning in the Course of Schizophrenic Disorders*. // *Schizophrenia; Bulletin*. 1984, vol. 10, 2, p.233-258,
- Wirsching M. et al. *Psychosoziale Faktoren der Gesundheit serhaltung*. // *Psychotherapy and Psychology*, 40, 1990, p.97-102.