

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБЛЕГЧЕНИЕ ЗУБНОЙ БОЛИ*

Ф.Е.ВАСИЛЮК

Закон парных случаев нелицеприятен – он не разбирается, врач ты или пациент, преподаватель или студент, и сводит в одном месте и времени двоих, объединенных сходством обстоятельств или страдания.

Из окна зубоврачебного кабинета Москва выглядела по-новому. Был ранний декабрьский вечер. Мне только что удалили зуб.

– Часа через полтора примите анальгин, – сказала, прощаясь, врач. Я минуту колебался, не отменить ли занятие «Психотерапевтической мастерской», которое должно было начаться через полчаса, но, представив все связанные с отменой хлопоты и неудобства, почел за меньшее зло как-то продержаться обычные три часа. «В шесть нужно сделать перерыв, чтобы принять таблетку», – просчитал я в уме, и, подбадриваемый мыслью о собственном героизме, зашагал в сторону Большой Никитской.

Занятие начал немного деревянным языком: «Коллеги, к вам приходит пациент и говорит, что ему удалили зуб, действие анестезии должно скоро закончиться, но ему нельзя принимать анальгетики, и он просит вас облегчить его боль психологическими методами, если это возможно. Прошу вас высказать сначала идеи о том, как вы предполагаете действовать, а потом кто-нибудь поработает с условным клиентом».

Когда мозговой шторм начался, я заметил, что одна из участниц мастерской, Марина З., сидит с удрученным видом, осторожно придерживая щеку ладонью, сложенной «лодочкой». Взглядом спросил: «Что?» – и Марина ответила, что у нее по-настоящему болит зуб. Она нехотя согласилась на роль «безусловного» пациента. Один из студентов мастерской начал работу с Мариной в духе процессуально-ориентированной терапии А.Минделла, но дело как-то сразу не заладилось, отчасти из-за неожиданной для терапевта встречи с реальной болью, а не ее имитацией, отчасти из-за неготовности пациента к такого рода работе. В конце концов Марина сказала, что сомневается в возможности помочь ей таким способом, и ей лучше просто пойти к хирургу и вырвать зуб.

* Исследования психотерапевтических методов облегчения болевых симптомов проводятся при финансовой поддержке ГНТП «Здоровье населения России».

Мне не хотелось ни чтобы Марина осталась с болью, ни чтобы сеанс кончился так бесславно, и я поспешил на помощь терапевту. Прежде всего нужно было вернуть сознание Марины в терапевтический процесс. Ее слова о хирурге были сказаны уже не из терапевтического контекста, а из обыденно-жизненного: вот самообман психотерапии, вот реальность стоматологии, я выбираю второе. Если бы дело было утром и хирургическое намерение можно было привести в исполнение немедленно – можно было бы солидаризоваться с этой реалистической позицией, однако в преддверии ночи, на мой взгляд, Марине не стоило отказываться и от психотерапевтической помощи. Но это «на мой взгляд», а Марина уже сделала шаг из условного психотерапевтического кабинета по направлению к хирургическому отделению стоматологии. Как пригласить ее вернуться в терапевтический процесс, ведь в психотерапии насильно мил не будешь? Чтобы не звать ее назад и не соревноваться, кто лучше, психотерапевт или хирург, пришлось обернуться последним и тем ассимилировать образ хирурга в организм психотерапии.

– Миша! – попросил я своего сотрудника, – принесите побыстрее плоскогубцы! (Кажется, произнося эту грозную фразу, я был вполне конгруэнтен, во-первых, потому что плоскогубцы в самом деле были неподалеку, в редакции Московского психотерапевтического журнала, утром того дня использовались и, так сказать, не успели остыть, во-вторых, потому что прошел всего лишь час с момента моей встречи с аналогичным инструментом в зубо врачебном кресле.) Миша тем не менее воспринял мою просьбу как шутку и почему-то долго мялся, прежде чем отправиться за плоскогубцами.

– Пока Миша принесет инструмент, – обратился я к Марине, – мне хочется спросить, так ли я понял, что вы верите: как только зуб будет удален – боль пройдет?

Видно было, что Марина задумалась, стараясь воображением вникнуть в предложенную ситуацию. Неожиданно на ее лице появилась осторожная и какая-то блаженная улыбка, и она сказала, что той боли, которая наступит после заморозки, она не боится и даже... хочет ее.

О лучшей психотерапевтической подсказке не приходилось и мечтать. Не только и даже не столько *боль как таковая* заставляла Марину страдать, но – *смысл боли*: боль до похода к зубному означала предстоящие мучения, боль после удаления имела совершенно иной смысл – «все уже позади». Феноменологическую динамику «боли до» можно представить таким образом: сознание от болевых ощущений переносится к образу кабинета дантиста, с которым у Марины связан страх, отшатывается от него и снова попадает в плен боли. Такая динамика порождает чувство неизбежности, вынужденности, сужает горизонт сознания до тесного коридора, в одном конце которого – боль, а в другом – страх, феноменология «боли после», конечно, иная: боль напоминает о мучительной стесненности, узник еще в темнице, но – двери уже распахнуты навстречу свободе. Напо-

минание это обостряет чувствительность к раскрывающемуся на глазах горизонту жизненных возможностей, заблокированных было болью (чуть ли не «навсегда», как пугало инфантильное переживание, нередко пробуждающееся при острых болевых синдромах). Оставленные надежды возрождаются, будущее оживает, и язык, осторожно касаясь непривычной пустоты, вызывает пробную порцию боли, давая своему обладателю чувство хозяина положения, что, разумеется, намного приятнее, чем ощущение узника и жертвы.

Итак, подсказка состояла в том, что необходимо различать боль и страдание. Одинаковые болевые ощущения, входя в состав разных образов, приобретают различный смысл и вызывают разное эмоциональное отношение. «Боли до» Марина боялась, «боли после» желала. Отсюда вытекала простая психотерапевтическая задача – не угашать боль, а попытаться включить ее в смысловой контекст «после удаления».

Я уж было готовился приступить к решению этой задачи, как Марина сказала, что боль немного утихла и вообще идет по синусоиде. Пришлось отвлечься и – кстати.

– Покажите рукой в воздухе эту синусоиду... Так... А теперь покажите, *какая* будет синусоида после зубного. (*Рука Марины рисует постепенно затухающую кривую.*)

– Согласна ли ваша рука послужить индикатором и показывать текущее значение боли, пока мы с вами будем беседовать?

Эта простенькая фраза выполняла сразу несколько функций.

1) **«Объективация боли»**. Реплика ставила Марину в активную позицию по отношению к боли: одно дело боль *терпеть*, другое – *измерять*. Такая позиция угашает уровень переживания и активизирует уровень сознания (Василюк, 1988), что само по себе обеспечивает в случаях боли некоторый обезболивающий эффект.

2) **«Диалогизация боли»**. Всякая боль в глубине своей интимно связана с переживанием одиночества. В боли человек одинок уже по одному тому, что другой не может полностью разделить с ним само испытывание боли, даже и тогда, когда есть обоюдная потребность в сопереживании. Чувство одиночества в боли создает дополнительный компонент страдания, и потому для человека бывает столь утешительно хотя бы знать, что о его боли знают. Не зря же высшая доблесть в трудах по переживанию боли признается за тем, кто перетерпел ее, не подав виду. В силу этих соображений при психотерапевтической работе с болью подобный мониторинг болевых ощущений не только информирует терапевта о текущем состоянии, но и сам по себе оказывает успокаивающее и облегчающее воздействие, вводя боль в диалогический контекст.

3) **«Наведение транса»**. Не было сказано «показывайте рукой», но – «согласна ли ваша рука...». Такая персонификация руки, приписывание ей

свободы воли создает волевою диссоциацию личности пациента. Эффект здесь снова двойной: с одной стороны, возникающее измененное состояние сознания обеспечивает удобные условия для предстоящей работы, с другой – само по себе появление в жизненном мире нового волевого центра, который соглашается взять на себя заботу о контроле за болевыми ощущениями, разгружает «основное» Я пациента от этой заботы и соответственно частично освобождает от боли.

В ответ на вопрос Марина кивнула, и рука ее повисла в воздухе.

– Я прошу вашу руку быть внимательной ко всем изменениям в ощущениях, и пока она наблюдает, скажите, Вы имели в виду какого-то конкретного врача? (*Кивок.*) Знакомая клиника? Известное Вам место? (*Кивок, кивок.*) Можете ли вы вспомнить, как выглядит карта Москвы... (*кивок*)... и разглядеть на ней точку, где находится эта клиника... (*кивок*)... и теперь – другое место, где вы окажетесь уже после того... когда все позади... (*кивок*)... когда заморозка начинает отходить – и снова ощущается боль... а рука продолжает показывать... (*Как бы в скобках напоминаю я с требовательной интонацией руке ее обязанности, тем самым вовлекая и этот волевой центр в переживание реальной боли, но – в воображаемом контексте.*) ...И можно ли сквозь боль осмотреть, что вас окружает... (*«Я дома», – произносит Марина в паузе.*)... всю атмосферу дома, привычную обстановку – вещи... звуки... запахи...

Марина, кажется, немного вошла непосредственными чувствами и переживаниями в воображаемый контекст *места* («дом») и – тем самым – *времени* («после того»). Этого было достаточно, мне не хотелось усиливать степень гипнотизации с серьезностью записного магнетизера (потому что, как назло, не оказалось с собой черного цилиндра, черной мантии и черных глаз), и я позволил себе немного пошутить. Главным героем моей психотерапевтической болтовни стал Удаленный Зуб, а главной задачей (как я понимаю теперь задним числом) – живописать этого господина таким образом, чтобы он мог возбудить у Марины какие-то чувства – отращения, удивления – неважно, – потому что именно чувства к удаленному могли закрепить психотерапевтическое формирование из чувственного материала «боли до» новой желанной «боли после». Отсутствие же серьезности и гротеск моего рассказа призваны были создать эстетически-игровую рамку всем этим внушенным состояниям и тем сохранить подлинный человеческий контакт между мной и Мариной. Чем больше ее сознание вверялось воображаемым обстоятельствам и чем больше ее реальные переживания начинали модулироваться этим воображаемым контекстом, тем меньше ее трезвая личность, изначально отдавшая предпочтение хирургу, а не психотерапевту, должна была верить всему происходящему в терапии, если бы этот воображаемый контекст продолжал претендовать на роль *реального*. Несерьезностью и гротеском я как бы подмигивал Марине: «Мы же играем и отдаем себе отчет, что все это игра, условность, выдумки».

Эстетически-игровая рамка одновременно расширяет наши возможности работы с воображением, давая ей целое «игровое поле», и сохраняет человеческую подлинность (Марина не выражала желание быть гипнотизируемой, да и мне роль гипнотизера не по нутру.)

В левой руке Марины (не занятой, как правая, показом уровня боли) появилась подзорная труба, с помощью которой она сквозь расстояние в пол-Москвы взгляделась в окна врачебного кабинета, проникла внутрь и в конце концов увидела там свой собственный зуб. Grimаса отвращения, мелькнувшая на лице Марины, меня не огорчила (играем всерьез), но побудила напомнить ей, что она же дома и сжимает одной рукой трубу (а другой не забывает показывать боль), и тем временем где-то там зуб выбросят... мусорный бак (не щадя эстетических чувств, продолжаю я), сюда приедет машина, и повезет мусор через Москву, и пока она в пути, я расскажу вам историю, которую слышал по радио. В отделение милиции вбегает человек с округленными глазами и заявляет: «Я человека съел!» У видавших виды милиционеров волосы дыбом. Выясняется, что он купил пирожок с мясом и обнаружил там человеческий зуб. Зуб, в конце концов, оказался его собственным, несостоявшийся людоед отправлен восвояси...

– У меня рука устала, – прервала Марина мои рассказы.

– Как вы чувствуете усталость? Болит? Где? В этих двух местах? (Боль локализовалась, в основном, в области запястья и на тыльной стороне предплечья ближе к локтевому суставу.) Где больше? Здесь? (Ближе к локтю.) Получится ли у вас свести сюда всю боль? (Марина кивнула.) А что теперь там? (Показываю на запястье.)

– Бесчувствие какое-то, как онемение. (Судя по жесту Марины, «бесчувствие» обручем охватывало руку в запястье.)

– Вы это бесчувствие, онемение, как рукав, начните закатывать, не торопясь. Получается? Прямо поверх боли. Так... прошло над ней? (Рука Марины, продолжавшая играть роль индикатора боли, немного опустилась.)

О снижении какой боли извещал этот спуск – зубной «боли до», «боли после» или, быть может, боли в руке? Выяснить этот вопрос во время сеанса и даже после него я счел неуместным. Предполагаю, что в ходе сеанса сложился временный символический комплекс, в котором положение руки сначала было просто условным знаком боли, а затем, по мере возникновения боли в самой руке и по мере параллельно идущей психотерапевтической работы стали складываться новые, более сложные семиотические отношения. Участников этих отношений было уже четверо: а) положение руки – б) боль в руке – в) зубная «боль до» – г) зубная «боль после». Сначала, повторю, а) было условным знаком в), затем за счет психотерапевтической работы образовалась связь в)-г), где в) «поделилось» своими болевыми ощущениями с г). Тем временем сложилась двусторонняя связь между а) и б): удерживаемое положение руки удерживало и боль б), а всякая боль

должна была обозначаться поднятием руки. Эта последняя связь а)-б) обладает интересной инерционной характеристикой: если приподнимается рука, то растет боль, этот рост, в свою очередь, должен быть выражен еще большим поднятием руки; если же рука опускается, боль ослабевает и требует от руки дальнейшего снижения.

Кроме того, очень вероятно возникновение связи б) и в), так как у боли б) больше возможностей для выражения боли в), чем у положения руки: б) может служить иконическим знаком в), а не условным.

Конечно, обо всем этом остается только догадываться, но факт остается фактом: рука Марины стала опускаться.

– Когда дойдет до плеча – кивните. – Ага! – Можете позволить онемению захватить плечо?.. Когда коснется шеи – снова кивните. – Так, теперь по шее вверх – правую щеку. Если щека может постепенно насквозь пропитаться онемением (*рука Марины заметно пошла вниз*), то оно сможет распространиться на корень языка и весь правый край языка. (*Рука Марины расслабленно легла на колени.*)

– Когда завтра все уже будет позади, вы сами решите, насколько вам захочется позволить выпустить боль из-под онемения, когда анестезия начнет проходить.

* * *

Марина села на место. Стрелка часов неумолимо приближалась к шести, и мне пора было побеспокоиться о себе, хотя в последнем фрагменте работы с Мариной мне понравился случайно возникший образ закатывающегося рукава, и я не преминул воспользоваться им и для собственной пользы, так что отчасти поддержал проходящую лекарственную анестезию. Но это была лишь отсрочка.

Я попросил, чтобы кто-нибудь из студентов поработал с клиентом, у которого вскоре должно было закончиться действие анестезии. Роль «условного клиента» вызвался сыграть я сам, не выдавая реального положения дела, чтобы гиперответственность не парализовала творчество начинающего психотерапевта.

(Какие чудеса происходили в ближайшие четверть часа, читатель узнает в следующем номере журнала.)

P.S. Перед тем, как печатать описание случая, я попросил у Марины З. разрешения сохранить в публикации ее подлинное имя. Марина любезно согласилась, но была чем-то удивлена во время нашего разговора. Вскоре удивляться пришлось уже мне: оказалось, что боль в зубе прошла на целый год, и, увы, визит к врачу был отложен на столько же. И ровно в тот день, когда я сел описывать этот случай, Марине удалили злополучный зуб. От толкования таких совпадений я воздержусь.