

## СТРАХ СМЕРТИ: КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ И СПОСОБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

А.ХОЛМОГорова

*Вся мудрость и все рассуждения в нашем мире сводятся, в конечном итоге, к тому, чтобы научить нас не бояться смерти.*

*М.Монтень*

Страх смерти естественен для человека. Он знаком практически каждому. Его экзистенциальное присутствие в человеческой жизни блестяще описано Ирвином Яломом: “Страх смерти имеет огромное значение в нашем внутреннем опыте: он преследует нас как ничто другое, постоянно напоминает о себе неким “подземным грохотом”, словно дремлющий вулкан. Это – темное, беспокоящее присутствие, притаившееся на краю сознания” (Ялом, 1998). Но все же обычно этот страх не разрушает жизнь. В определенном смысле он заставляет острее чувствовать и ценить ее счастливые мгновения, стимулирует к активности, не позволяет откладывать жизнь на “потом”. Каждый человек продельывает немалую внутреннюю работу, чтобы научиться жить с этим страхом и защищаться от него. Однако чрезмерно жесткие защиты, основанные на отрицании, игнорировании этой данности нашего существования, при определенных обстоятельствах не выдерживают и могут порождать различные формы психической патологии, прежде всего тревожные расстройства, экстремальный рост которых в современной культуре отмечается многими авторами (Шиньон, 1991).

Смерть как неотъемлемая часть человеческой жизни давно оказалась на задворках современной культуры. Ее, как нищенку или незваного гостя, не пускают через парадный ход, но за это она мстит современному человеку, повергая его в состояние страха и полной растерянности при неизбежной встрече. Египтяне имели обычай во время празднеств вносить в торжественную залу наряду с лучшими яствами мумию какого-нибудь покойника, а после пира показывали присутствующим огромное изображение смерти. Ликург учил, что близость кладбищ к жилищам человека, присутствие множества людей на похоронах необходимы, чтобы изо дня в день напоминать каждому об ожидающей его судьбе.

Один пожилой знакомый из староверов рассказывал мне, как его бабушка, будучи вполне здоровой, заранее готовилась к смерти, – в сарае стоял сделанный по ее росту гроб, была приготовлена одежда, даны указания о том, как хоронить. В современной культуре кладбища вынесены на окраины, похоронные процессии на улицах давно запрещены, разговоры о болезнях и смерти – дурной тон. Встреча со смертью происходит, как правило, совершенно неожиданно, становясь для оставшихся в живых, родных и друзей умершего, ошеломляющим открытием, сопровождающимся чувством ужаса и мыслью: “Оказывается, это может произойти и со мной!”

Удивительно, но смерть на экране, которая массивно обрушивается на современного человека в потоке боевиков или, как модно сейчас говорить, блокбастеров, не воспринимается как реальность, имеющая прямое отношение к каждому. Типичная реакция защиты: “К каждому – может быть, но не ко мне”. Итак, первым источником защиты от страха смерти (и, как мы увидим, неэффективным) является нарциссизм современной культуры, невозможность принять неотвратимые ограничения и мирской удел, свойственный всем. Установка на исключительность пронизывает жизнь современного человека. Если выразить эту установку в предельно грубой форме, она сведется к следующему утверждению: “Я не такой, как другие, общие законы не должны на меня распространяться”. С нарциссизмом тесно связана идея всемогущества, omnipotencia – “Смерти и болезни можно избежать”.

Эти нарциссические установки усиленно подпитываются и обслуживаются современной культурой. Одно из блестящих описаний отрицания смерти как феномена культуры Запада дал И.Н.Бунин в рассказе “Господин из Сан-Франциско”. Этот пожилой господин, которого час смерти застаёт в заграничном отеле, на некоторое время становится объектом невольного внимания гостей отеля: “Что, что случилось? – и никто не отвечал толком, никто не понимал ничего, так как люди и до сих пор еще больше всего дивятся и ни за что не хотят верить смерти. Хозяин метался от одного гостя к другому, пытаясь задержать бегущих и успокоить их поспешными заверениями, что это так, пустяк, маленький обморок с одним господином из Сан-Франциско... Но никто его не слушал... Через четверть часа в отеле все кое-как пришло в порядок. Но вечер был непоправимо испорчен. Некоторые, возвратясь в столовую, дообедали, но молча, с обиженными лицами, меж тем как хозяин подходил то к тому, то к другому, в бессильном и приличном раздражении пожимая плечами, чувствуя себя без вины виноватым, всех уверяя, что он отлично понимает, “как это неприятно”, и давая слово, что он примет “все зависящие от него меры к устранению неприятности”” (Бунин, с.530).

Приведу пример из собственной практики. Женщина, заболевшая раком, после удачной своевременной операции погружается в глубокую депрессию, не обсуждая ни с кем из близких своих переживаний. Работа с ней показывает, что ее депрессия тесно связана с мыслью: “На меня это не должно распространяться, болеть – стыдно и унижительно”. Она не желает принять мысль о том, что ей не избежать участи других людей. Жизнь этой пациентки раскололась на прошлое (до болезни) и настоящее. Прошлое – это далекое, прекрасное время, когда в ее жизни не находилось места мыслям о смерти: “До болезни я боялась даже слово “похороны” сказать, мне казалось, что это не имеет ко мне никакого отношения. Я считаю, что все живут и не помнят о смерти, пока она не коснется непосредственно, думают за обедом между “первым” и “вторым”, слушая последние известия: вот умер такой-то и такой-то, но это не имеет отношения ко мне”.

Еще одним отличительным свойством Западной культуры является культиви́рование обсессивно-компульсивных черт личности – таких как перфекционизм, высокие стандарты, порядок, контроль. Миф о возможности и необходимости полного контроля над происходящим несовместим с идеей смерти. Ее не назначишь на определенный возраст, не приурочишь к определенному дню – эта гостья не договаривается о встрече в строго определенный час. Мысль о том, что смерть может наступить в любой момент жизни, кажется современному человеку, привыкшему планировать каждую минуту, совершенно неуместной, разрушающей столь дорогой ему порядок, лишаящей его необходимого контроля, чувства того, что все идет по плану. Ироническое описание Буниным обещаний хозяина гостиницы “устранить неприятность” (имеется в виду все та же смерть господина из Сан-Франциско) – гротескное выражение потребности в контроле. У некоторых больных она может приводить к патологической фиксации на внутренних ощущениях в попытке предотвратить болезнь, вовремя обнаружить ее симптомы, что приводит к ипохондрическим страхам, мучительным переживаниям и непрекращающимся обследованиям.

Третий источник страха смерти – экзистенциальный вакуум: отсутствие цели и смысла в жизни. Пустое существование – это уже не жизнь, а что-то промежуточное между жизнью и смертью, нечто приближенное к смерти. Внутреннее чувство человека подсказывает ему, что такая жизнь немногим отличается от смерти, и он острее ощущает ее близость и неизбежность. Можно сказать, что сильный страх смерти – это страх перед бессмысленностью жизни. Человеческая жизнь предстает как совокупность фрагментов времени, наполненных фрагментарными предметами и отношениями, в ней нет целостности, нет проекта жизни, который возникает только при принятии и осознании факта конечности существования. Такое состояние М.Хайдеггер определяет как безликость (*Man*), когда человек не

воспринимает конечность своего существования, свою смертность, поскольку череда фрагментов не предполагает завершения. Ломка данного стереотипа при близком столкновении со смертью может приводить к неврозу. Человек не справляется с идеей собственной смерти вне попытки осмыслить свою жизнь, обрести экзистенцию, а значит, выйти за свои пределы, трансцендировать в мир и отыскать смысл своего существования.

Постижение собственного, уникального для каждого человека смысла, в свою очередь, предполагает свободное самопроявление, иначе поиски смысла подменяются социальным моделированием в худшем смысле этого слова – “срисовыванием” этих целей и смыслов у других, принятием целей, ожидаемых или навязываемых извне. Подлинный смысл подменяется социальными стандартами, собственный человеческий самопроект – следованием внешним шаблонам. Согласно К.Юнгу, главной причиной психических расстройств является блокада процесса индивидуации, т.е. реализации своих сил и способностей. Ведущим конфликтом здесь выступает конфликт между уникальностью каждого человека, его самостью и “персоной”, или маской. В случае блокады процесса индивидуации человеку не удается овладеть своим бессознательным и взять его под контроль, и тогда архаические образы и конфликты бессознательного могут завладеть психикой человека. Сюда можно отнести и страх смерти. Собственные деструктивные тенденции, вытесненная агрессивность нередко становятся источником тревоги, в том числе страха за жизнь близких и собственную жизнь.

Одной из главных причин блокады процесса индивидуации Юнг считает потребность соответствия социальным нормам и ожиданиям, для обозначения которой он и вводит понятие “персона”. Следуя социальным стандартам, человек вытесняет свои истинные чувства, в том числе свою агрессию. Тогда он не может научиться принимать и конструктивно перерабатывать эту черту. Согласно Юнгу, “идентификация с социальной ролью – щедрый источник неврозов вообще. Человек не может безнаказанно отделяться от самого себя в пользу искусственной личности. Уже только попытка этого обыкновенно вызывает бессознательные реакции, настроения, аффекты, фобии, навязчивые представления, слабости, пороки и т.д. Социально “сильный мужчина” в “частной жизни” – чаще всего дитя по отношению к состоянию собственных чувств... бессознательное подавляет “Я” с той самой силой, с какой последнее притягивается персоной. Непротивление воздействию снаружи, т.е. по отношению к искусству персоны, означает аналогичную слабость внутри – по отношению к влияниям бессознательного; настроение и расположение духа, боязливость, даже феминизированная сексуальность (кульминирующая в импотенции) постепенно берут верх” (Юнг, 2000, с.545). Таким образом, неподлинное, лишенное

смысла бытие наряду с нарциссическим стремлением к превосходству и Obsессивной потребностью в контроле – важнейшие источники страха смерти в современной культуре.

Четвертый источник страха смерти: одиночество, социальная изоляция и разобщенность людей – неизбежная плата за индивидуализм и конкурентность, столь свойственные современной западной культуре. Факт моей экзистенции может и должен быть подтвержден другим человеком, его включенностью в мою внутреннюю жизнь, его присутствием в ней. Исследования показывают, что в смерти многих людей пугает невозможность быть с другими. Потребность в общности с другими людьми А.Адлер рассматривал как врожденную, базисную потребность человека (Адлер, 1995). Согласно Адлеру, блокирование этой потребности ведет к психической патологии. Одиночество и социальная изоляция обостряют страх смерти. Этот страх начинает активнее напоминать о себе, потому что одиночество лишает нас чувства связи с жизнью через других людей, оно также символически приближает нас к смерти. *Ничто* есть присутствие небытия в бытии, согласно М.Хайдеггеру. “Оно там всегда – страшное, сверхъестественное, манящее. Пасть в ничто означает утратить бытие, стать ничем. Смерть – абсолютное ничто, но есть и другие, не столь абсолютные способы вторжения небытия в бытие – например, отчуждение и изоляция от мира. *Насколько возможности существования далеки от исполнения, настолько небытие превозмогает бытие*” (Тихонравов, 1998, с.87).

Сосредоточенность на себе, отсутствие трансценденции и направленности на другого человека – феномен, который часто приходится наблюдать у наших пациентов. Условно, для себя, мы обозначили его словом “всебяченность”. Он выражается в одержимости собой – своими чувствами, проблемами, конфликтами, в неспособности слушать и понимать другого, проявлять искренний интерес к чужой жизни, внутренне включаться в нее (Гаранян, Холмогорова, 1996). В процессе групповой и индивидуальной работы с пациентами, испытывающими сильный страх смерти, мы убедились, что такое замкнутое на себя существование обостряет чувство конечности и хрупкости жизни, чувство пустоты и изоляции от мира (Гаранян, Холмогорова, там же). Только в трансценденции, в своей обращенности к другим, обращенности в мир человек на символическом уровне бесконечен и бессмертен.

Пятый источник страха смерти – не переработанный и не интегрированный опыт столкновения со смертью. “Жизнь и смерть взаимозависимы; они существуют одновременно, а не последовательно; смерть, непрерывно проникая в пределы жизни, оказывает огромное воздействие на наш опыт и поведение” (Ялом, 1998, с.34). У каждого из нас есть личный опыт столкновения со смертью – это мертвая птичка, найденная в детстве, это смерть

любимого животного, смерть стариков, что-то ненароком подсмотренное, услышанное. “В раннем возрасте ребенка глубоко поглощает вопрос смерти; преодоление мучительного страха уничтожения – фундаментальная задача его развития” (Ялом, там же, с.34). Однако опыт этих переживаний, как правило, остается неразделенным, ни с кем не обсужденным, не интегрированным в силу вышеописанных особенностей современной культуры: о смерти говорить не принято. Еще Юнг писал о важности разделения любого опыта с другими людьми, без чего он образует аффективно заряженные отщепленные комплексы – источники психической патологии. *Психотерапевтическая практика вновь и вновь убеждает нас в том, что личный опыт, не разделенный с другим человеком, не поддается интеграции, а удержание его в изолированном состоянии постоянно забирает часть наших душевных сил.*

Приведу в качестве примера случай ипохондрического расстройства, характеризовавшегося доминирующим переживанием страха смерти.

Молодая женщина, медсестра по профессии, обратилась с жалобами на острое чувство тревоги, связанное с состоянием своего здоровья. Обследования и заверения врачей, что у нее нет повода для опасений, ненадолго облегчали тревогу. Через некоторое время она возобновлялась с новой силой. Тревога по поводу тяжелого сердечного заболевания сменялась тревогой по поводу возможного рака горла. Поводом для начала переживаний мог послужить малейший прыщик на теле, любое неприятное ощущение в области сердца, живота, во рту или каком-то другом месте. После этого все мысли пациентки сосредотачивались на соответствующей области тела. Бесконечные прислушивания приводили к разрушению деятельности, еще большему росту тревоги и, в конце концов, депрессивному состоянию. После обследования возникало временное облегчение, которое вскоре сменялось новыми переживаниями. Пациентка проявляла достаточную критичность к своим страхам: “Я разыскиваю в себе болезни, я хожу по врачам, я все проверяю, я научилась вызывать боль в том месте, на котором я концентрирую свое внимание, комок в горле у меня фактически не проходит”.

В процессе когнитивно-бихевиоральной терапии пациентка начала вести дневник и отслеживать ситуации, когда тревога усиливалась. Она убедилась, что ее тревога не является постоянной, она возникает дома, после работы или в дороге, когда пациентка оказывалась наедине с собой. В тот же момент сознание концентрировалось на себе, на теле. Возникла мысль: “Может быть, со мной что-то не в порядке, я буду болеть и умру”.

Сбор информации об образе жизни больной показал, что основным занятием для нее было поддержание совершенной чистоты в доме – все

вещи должны были быть идеально выстираны и выглажены, лежать аккуратно по полочкам. Пол мылся практически каждый день, кухня должна была быть в образцовом порядке. Стремление к идеальному порядку и необходимость постоянно поддерживать его не оставляли времени на общение, на то, чтобы просто поболтать с мужем и сыном. Все отношения были завязаны на какие-то дела.

Первой мишенью работы стал депрессогенный образ жизни. После обсуждения того, что могло бы приносить удовольствие и разнообразить жизнь, было дано задание, касающееся проведения свободного времени и общения с другими людьми. Весьма эффективным средством работы оказались так называемые “совладающие карточки” и прием подсчитывания тревожных мыслей в течение недели с изображением их графика. Это позволило зафиксировать четкую связь между состоянием тревоги и мыслями о болезни и смерти: “Я поняла, что все у меня от мыслей, и когда записывала их, то почувствовала себя более уверенно, было ощущение контроля”. Тревога стала снижаться, однако эффект такой симптоматически ориентированной когнитивно-бихевиоральной работы был нестойким. Состояние колебалось, тревога периодически возвращалась.

В процессе психотерапии все более явно проступали черты нарциссического перфекционизма – высокомерие, потребность чувствовать себя выше других, быть во всем на высоте. Пациентке было дано задание подумать о присутствии у нее желания – быть выше всех болезней. Выполняя задание, она выделила три блока мыслей: 1) когда люди болеют, они плохо выглядят, а мне надо быть красивой, мне с детства внушали, что я хороша собой; 2) в болезни люди неопрятны, а мне с детства внушали, что у меня все должно быть в полном порядке, лучше всех; 3) больные люди говорят о болезнях, а в моей семье не принято было говорить об этом, меня приучили к тому, что болезни – это ненормально и недостойно. Пациентка вспомнила многие ситуации, в которых проявлялись эти убеждения: “Когда я впервые серьезно заболела и попала в больницу, у меня был страх, что другие люди скажут: “Видишь, ставишь себя выше всех, строишь из себя здоровую, спортивную, а сама вот заболела””. Это порождало сильное чувство стыда и тревоги. Таким образом, пациентка выявила свое глубинное правило или убеждение относительно здоровья: “Болезнь – это недостойно, болезнь принижает человека”.

Пациентка также отметила, что ей трудно позволить себе болеть, так как в этом случае в доме будет что-то не доделано, что-то окажется не в порядке. Более того, эти опасения мешали ей даже просто отдохнуть, переключиться на что-то, не связанное с делами: “Если лягу, что-то будет не доделано, а у меня все должно быть “супер”. Болезнь для меня – не-

позволительная роскошь, так как все будет не на уровне. Мне трудно это принять, что все будет не на уровне. Иногда страшно хотела почитать, но не могла этого себе позволить, ведь тогда что-то не будет сделано. Когда приходили гости, и нарушался порядок, меня это раздражало. Теперь проще стала относиться к беспорядку. С другой стороны, мне так трудно отказаться от удовольствия услышать от людей: “Ой, какая у тебя чистота!”. Я мою и стираю, а мысли о болезни преследуют меня. Тогда я проделала такой эксперимент: стала читать интересную книжку – и мысли уплыли. Получается выбор: читаю книгу или слушаю музыку и тогда думаю о том, что прочитала и слушала; а когда стираю, мою пол – думаю о болезнях. Как трудно отказаться от того, чтобы быть идеалом! Хотя я уже заметила, что люди не начинают хуже относиться к тебе из-за болезни или оттого, что прическа не сделана. Но так трудно отказаться от стремления к превосходству, быть как все, так не хочется стареть и болеть, все не оставляет мысль, что это недостойно меня”.

В процессе анализа истории жизни и раннего опыта пациентки выступили две когнитивные схемы – нарциссической исключительности и физической уязвимости. Рассмотрим первую схему. Ей соответствуют ситуации, в которых пациентку пугает мысль, что она окажется как все. Например, вечером чувствует усталость, нет сил убрать комнату, возникает тревога: “Если лягу, то что-то не доделаю, не все будет “супер”, буду “как все”. Если возникают сомнения в состоянии здоровья, то автоматическая мысль следующая: “Если заболēju, буду плохо выглядеть, не смогу должным образом поддерживать себя и привычный уровень жизни”. Общее значение автоматических мыслей: “Я не должна быть как все, я должна быть во всем на высоте и превосходить других людей”. Базисное убеждение, стоящее за этими мыслями: “Я – особая, у меня все во всем должно быть “супер”, должно быть лучше других”. Ряд производных убеждений и правил: 1) люди должны видеть меня и мою квартиру в идеальном виде; 2) другие люди хуже меня, они заслуживают критического отношения; 3) я должна всегда хорошо выглядеть, быть красивой; 4) болезни и смерть не должны иметь надо мной власти. Эти правила и убеждения для своей реализации требовали определенных компенсаторных стратегий. Такими стратегиями стали сверхконтроль и сверхстарательность, а также унижение других людей как способ самовозвышения. Усиленный контроль здоровья был прямо связан с неприятием идеи старения, болезней и смерти.

После выявления базового убеждения совместно с пациенткой был реконструирован ранний опыт, в котором оно сформировалось. Отец всегда гордился ею, любил больше других детей и считал, что она должна добиться успеха в жизни. Пациентка вспоминает, что часто он говорил



другим детям: “Моя дочка умнее вас всех, она вам всем покажет”. Расплатой за особую позицию в семье была жесткая критика за малейший неуспех, если не оправдывались ожидания родителей. Послание было такое: “Ты умнее всех, вот и добивайся, а не смогла, значит – дура”.

Вторая схема – физической уязвимости – была связана со столкновениями с болезнями и смертью других людей. Этот опыт никогда не обсуждала с другими людьми, так же как и собственные страхи и проблемы. В детстве в доме жила тяжело больная родственница. Ухаживала за ней мать, но запомнилось состояние беспомощности и жалкости больного человека. Череда смертей и болезней знакомых и родственников стала тем травматическим опытом, который сформировал схему уязвимости: ранняя смерть отца, смерть тетки от рака, смерть коллеги, с которой были хорошие отношения, болезнь двоюродного брата последовали одно за другим через относительно короткие промежутки времени. Убеждение, что любое неприятное ощущение в теле является сигналом опасности, что вероятность болезни и смерти чрезвычайно высока, сформировались на фоне этого травматического опыта. Выход слезам давала только в одиночестве, слушая грустную музыку. Никогда ни с кем не обсуждала тему смерти, а свои страхи и невротические симптомы тщательно скрывала.

Таким образом, у этой пациентки мы видим все основные источники страха смерти, которые были перечислены выше: нарциссизм, обсессивно-компульсивную потребность в контроле, сосредоточенность на себе и озабоченность идеей превосходства, дефицит трансценденции, смысла, задающего какую-либо значимую содержательную направленность ее жизни, наконец, массивный, не переработанный опыт столкновения со смертью.

Работа со страхом смерти у других пациентов, озабоченных нарциссической идеей превосходства, нередко приводила к редукации тревоги в тот момент, когда пациенты принимали интерпретацию о связи своего страха и пустоты их жизни. Даже не обретение смысла, а только лишь принятие идеи о необходимости его поиска переключало внимание пациентов, ослабляя фиксацию на себе и редуцируя тревогу. Экстернальный локус контроля, отсутствие идеи самодетерминации приводит к тому, что как хорошее, так и плохое ожидаются извне. Жизнь представляется как пустота, заполняемая извне. Человек живет как пассивно принимающий и перерабатывающий все хорошее и разрушаемый плохим – болезнями, смертями. Идея, что пустота жизни должна быть заполнена мной же самим, порожденными мною целями и смыслами, резко перемещает локус внимания на поиски этих целей.

Важнейшая задача психотерапии с пациентами, страдающими тревожным расстройством с доминированием страха смерти – восстановление их

связи с другими людьми. Зачастую может показаться, что эта связь есть, что у них имеется определенный круг общения. Однако углубленная работа вскрывает формальность и не подлинность этих связей, что позволяет говорить о не подлинности бытия, так как наше бытие становится подлинным лишь через его подтверждение другим человеком. Это то, что К.Юнг назвал страхом проявления своей самости, в свою очередь ведущее к срастанию с “персоной”.

Приведем пример пациентки, в картине болезни которой также резко доминировал страх смерти.

К моменту обращения пациентка страдала паническим расстройством, не работала, боялась выходить из дома, не могла пользоваться транспортом. Первоначальная работа концентрировалась вокруг главного симптома – панического страха, который сопровождался бурными вегетативными симптомами, мыслями о тяжелой болезни и близкой смерти от инфаркта или инсульта. Разъяснительная работа о природе панических атак, ведение дневника с обучением работе с автоматическими мыслями (см.: Холмогорова, Гаранян, 2000) привели к ослаблению страха: пациентка постепенно начала смелее выходить из дома, панические атаки случались все реже и не приводили к тотальному избеганию.

Когда панические атаки перестали быть центральной проблемой, встал вопрос о социальной дезадаптации, необходимости поиска работы. Постепенно на первый план стали выходить проблемы во взаимоотношениях с людьми. Пациентка стала отмечать, что поводом для тревоги становились ситуации контактов, где ее преследовали мысли о собственной непривлекательности и малоценности. Тревога была настолько сильной, что вела к сильнейшим вегетативным реакциям в виде потения, сердцебиения, мышечных зажимов. Опять возобновились панические атаки с сильным страхом смерти от удушья или инсульта. Однако на этот раз источник их возникновения был понятен и пациентке, и терапевту – это невыносимая тревога в социальных контактах, которая вела к многочисленным телесным ощущениям и привычной концентрации внимания на этих ощущениях.

Если первая пациентка, рассмотренная нами, выросла в семье, где культивировалась схема исключительности, то здесь был прямо противоположный случай. Пациентка имела в детстве тяжелый травматический опыт отвержения и критики. Первую пациентку разделяла с людьми идея исключительности и конкурентность, вторую – идея собственной ущербности и неотвратимости позора и отвержения со стороны критичных и враждебно настроенных к ней людей. В семье имела место алкоголизация отца. Мать стремилась устроить свою личную жизнь, и девочке уделялось очень мало внимания. Ей не у кого было научиться

многим, необходимым для девочки социальным навыкам. Мальчишки в школе могли дразнить ее за неопрятность, давали обидные клички. Таким образом, сформировалась схема дефектности и непривлекательности, хотя на самом деле девочка обладала очень хорошими внешними данными, глубоким умом и наблюдательностью. В качестве компенсаторной стратегии возникла стратегия избегания контактов и изоляции. Именно это стало причиной одиночества, отсутствия сколько-нибудь близких открытых отношений с людьми, которые могли бы стать подтверждением ее существования. Интересно, что в общении с робкими, незащищенными людьми, больная сама могла вести себя агрессивно и высокомерно. Проекция собственной враждебности была еще одним важным механизмом социальных страхов, нуждавшимся в специальной проработке в процессе психотерапии. Изоляция приводила к невозможности раскрыть свой потенциал, свои склонности и способности, вела к концентрации внимания на своем физическом “Я”, а, в конечном итоге, страху смерти.

Второй когнитивной схемой и важным источником страха смерти была схема физической уязвимости, которая сформировалась примерно тем же образом, что и у первой пациентки, – вследствие столкновения с тяжелыми болезнями близких (инсульт молодого еще отца, болезнь двоюродного брата, ранняя смерть бабушки). В семье не принято было говорить об утратах, выражать и обсуждать свои чувства. С собственными страхами и печалью пациентка неизменно оставалась наедине с собой. Компенсаторной стратегии, связанной со схемой уязвимости, стала стратегия контроля над своим физическим состоянием, сопровождавшаяся постоянным прислушиванием к своим физическим ощущениям. Другой компенсаторной стратегией была стратегия самоощажения – установка на избегание любых трудностей из страха подорвать свое здоровье: “Если я не буду перегружать себя, ничего не буду делать, то, может быть, сохраню свое здоровье”, “Если я не буду общаться с другими людьми, то смогу избежать негативной оценки, буду лучше себя чувствовать”.

В результате углубленного анализа своих автоматических мыслей и прошлого опыта сама пациентка формулирует базовые убеждения: “Я слабая, больная, никудышная, хуже других”, “люди высокомерны, уверены в себе, всегда готовы к осуждению и насмешкам”.

Длительное время велась параллельная работа с этими двумя схемами – дефектности и уязвимости. Использовались традиционные когнитивно-бихевиоральные методы; была также проведена детальная реконструкция раннего опыта. По мере проработки и решения этих проблем на первый план все больше выдвигалась жизненная пустота, отсутствие смыслов и целей. Если раньше эта пустота заполнялась ипохондриче-

скими страхами и заботой о здоровье, то теперь пациентка попыталась заполнить ее отношениями с мужчинами, которые начали проявлять к ней внимание по мере уменьшения социальных страхов и возникновения более свободного поведения в компании и на работе. Новые отношения некоторые время служили источником повышения крайне низкой самооценки. Однако в целом компенсаторная стратегия поиска любви и внимания со стороны мужчин была не менее дисфункциональной, чем преувеличенная забота о здоровье, и не только потому, что создавала новые конфликтные травматические ситуации. Сама пациентка зафиксировала, что у нее нет никаких собственных целей, которые давали бы ей чувство автономности и самостоятельности, служили бы источником самоуважения и удовлетворения при их достижении.

Таким образом, в обоих случаях психотерапевтическая работа приводила к необходимости осмысления своей жизни, поиску смыслов и ценностей, которые могли бы стать источником активности, удовлетворения и самоуважения. В рамках когнитивного подхода речь шла о выработке новых установок и убеждений взамен старых, дисфункциональных. Представление о своей дефектности и непривлекательности создает между человеком и другими людьми не меньшую пропасть, чем ложная цель личного превосходства и идея собственной исключительности. Эти убеждения одинаково несовместимы с базовой потребностью в общности с другими людьми, а также со свободным самораскрытием и поиском себя. Дополненные травматическим опытом столкновения с болезнями и смертью, они становятся мощным источником страха перед небытием. Длительная и глубокая работа с этими страхами неизбежно приводит к экзистенциальной проблеме смысла, которая и является важнейшей мишенью работы в процессе психотерапии большинства пациентов, испытывающих подобный страх. В этой работе психотерапевту необходимо помочь пациенту конфронтировать с такими патогенными, но очень влиятельными ценностями современной культуры, как индивидуализм, конкурентность, культ силы и совершенства, абсолютный контроль. Экзистенциальное одиночество человека требует от него идти своим путем и, в конце концов, одному встретить собственную смерть. Совмещение этой необходимости с глубинной потребностью каждого человека в общности с другими людьми – задача, которую приходится решать всю жизнь. Как нам кажется, именно в поддержании баланса этих двух модусов существования заключается важный ресурс для совладания со страхом смерти, а также один из секретов психического здоровья.

## ЛИТЕРАТУРА

- Адлер А. *Практика и теория индивидуальной психологии*. М., Фонд “За экономическую занятость”, 1995.
- Бунин И. *Господин из Сан-Франциско*. Собр. Соч. в 4-х томах, М., изд-во “Правда”, т.1, с.517-535.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. *Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели*. МПЖ, 1996, № 3, с.112-140.
- Монтень М., “Опыты”, М., “Правда”, 1991, с.63.
- Тихонравов Ю.В. *Экзистенциальная психология*. М., изд-во ЗАО “Бизнес-школа” Интел-Синтез”, 1998.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. *Когнитивно-бихевиоральная психотерапия*. В: “Основные направления современной психотерапии”, Москва, “Когито-Центр”, 2000, с.224-265.
- Шиньон Ж.М. *Эпидемиология и основные принципы терапии тревожных расстройств*. Синапс, 1991, № 1, с.15-30.
- Юнг К.Г. *Персона – 2* // В сб.: “Психология самосознания”, Самара, 2000, изд. дом “Бахарх-М”, с .543-564.
- Ялом И. *Экзистенциальная психотерапия*. М., Независимая фирма “Класс”, 1999.