

## ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ С СОМАТИЧЕСКИМИ МАСКАМИ

Н.Г.ГАРАНЯН, А.Б.ХОЛМОГорова

### *Часть 2. Практическая реализация подхода (этапы, техники и приемы)*

Групповая психотерапия соматоформных расстройств проводится нами по следующей схеме: общая длительность – 3-3,5 месяца (90 часов), регулярность встреч – 2 раза в неделю (общее количество часов – 6), параллельно с групповыми встречами проводятся индивидуальные консультации, в среднем – 6 консультаций для каждого участника группы.

В теоретической части статьи были описаны основные особенности эмоциональной сферы больных соматоформными расстройствами, характеристики семейного и социального контекста. На основании этих данных были сформулированы основные принципы психотерапевтической работы с этими пациентами. Реализация этих принципов привела нас к выделению следующих этапов групповой работы:

- 1) мотивирующий этап;
- 2) этап работы с чувствами;
- 3) позиционный анализ – этап рефлексии;
- 4) этап проработки семейного контекста;
- 5) этап проработки личных проблем.

Мы не ставили перед собой задачи увязать выделенные этапы с традиционно выделяемыми фазами групповой работы (*Saretsky T.*, 1977), хотя учитывали их в практике работы. Нам представляется, что для специалиста по ведению групп это соотнесение будет достаточно очевидным.

Необходимость выделения специального *мотивирующего этапа* продиктована следующими особенностями данного контингента больных: преобладанием чисто соматических жалоб и отсутствием субъективного психологического дискомфорта и, следовательно, отсутствием прямого

запроса на психологическую помощь. Поэтому основная задача мотивирующего этапа состоит в том, чтобы убедить больных в важности психологического аспекта жизни и его действенной роли в возникновении их симптоматики и жизненных трудностей. Основным выводом, к которому надо подвести больного в ходе указанного этапа, является понимание того, что забвение психологической реальности непосредственно влияет на их жизнь, оборачиваясь телесным дискомфортом, усталостью и конфликтными, неудовлетворительными отношениями с людьми. Так мстит психологическая реальность за пренебрежение к себе.

Мы начинаем нашу работу с группой со специальной лекции, на которую приглашаем выздоровевших больных, готовых поделиться своим опытом борьбы с болезнью и рассказать о том, что дала в этой борьбе группа. На лекции мы, прежде всего, информируем больных о роли эмоций в возникновении соматических и невротических расстройств, в частности, рассказываем о трех экспериментально проверенных механизмах воздействия эмоций на тело.

1. О существовании телесного и психологического компонентов эмоций и их реципрокном соотношении – чем меньше эмоция представлена и переработана на психологическом уровне в виде осознаваемых чувств гнева, печали, тревоги и т.д., тем сильнее звучит ее телесный компонент в виде сердцебиений, потоотделения, одышки, мышечных зажимов, подчас ведущих к выраженным болевым ощущениям.

2. О суммировании эмоционального напряжения во времени – эмоциональное напряжение накапливается при отсутствии адекватной разрядки через осознание эмоций, их выражение, а, возможно, и реальные жизненные изменения. Тогда хроническая неудовлетворенность жизнью, накопившееся раздражение, давно подавляемая тревога сигнализируют о себе в нейтральных ситуациях головными болями, ночными сердцебиениями, спазмами желудка и т.д. Очень частая жалоба наших больных: «Но у меня же болит не тогда, когда нервничаю. Вот просыпаюсь ночью, ничего не произошло, а у меня сильнейшее сердцебиение!» Так возникает ошибочное представление о чисто соматическом происхождении неприятных ощущений.

3. О механизме «порочного круга» – о цикле вызывающих и взаимоусиливающих друг друга телесных и эмоциональных состояний: неприятное физическое ощущение – тревога – специальная «деятельность» по прислушиванию и отслеживанию – усиление неприятного ощущения – тревога и т.д.

Неспецифической для наших пациентов задачей мотивирующего этапа является снятие страха и стыда, связанных с диагнозом «невроз», путем информирования о распространенности неврозов в современной культуре и о многочисленных факторах невротизации. На этом этапе мы также коротко рассказываем о специфике психотерапии как особого вида помощи,

подчеркивая задачи самоисследования и самопонимания.

Между этапами нет четкой границы. Так, мотивирующий этап начинается с вводной лекции, а затем на первых встречах мы решаем его задачи с помощью соответствующих комментариев, разъяснений и интерпретаций, и, таким образом, он естественно переплетается со вторым этапом.

Второй этап – *работа с чувствами* (тренинг осознания и выражения чувств, освоение навыков управления чувствами) – является для данного контингента больных важнейшим и ориентированным на преодоление патогенетических факторов (см. часть 1). В ходе этого этапа решаются следующие задачи.

1. *Изменение ценностного отношения к эмоциям* как важной и действенной стороне человеческого существования, *снятие запрета на негативные чувства*. Важнейшим направлением в решении этой задачи является развенчание культуральных и невротических мифов, ведущих к запрету на эмоции. В первой части статьи мы уже упоминали две противоположные тенденции современной культуры: возрастание интенсивности эмоциональных нагрузок, с одной стороны, и запрет на осознание и выражение эмоций – с другой. Источники этих запретов коренятся в ряде ценностей современной культуры: ценности внешнего благополучия и успеха, культе «силы и мужественности» (Сталлоне и Шварценеггер как выражение этого идеала). Эти ценности блокируют осознание и внешние проявления «слабости» (особенно у мужчин) – страха, тревоги, печали и потребности в чьей-либо поддержке и участии. Другой источник запрета коренится в традиционных ценностях христианской культуры: ценности терпения и мягкого, уступчивого поведения, особенно у женщин, что блокирует осознание и проявление гнева. Эти полоролевые стереотипы мужчины – «стены» и женщины – «душегрейки» являются важным фактором эмоциональных и психосоматических расстройств. Вспомним, что согласно психоаналитической модели депрессии в основе депрессивного состояния лежит подавленный гнев (З.Фрейд, 1920) (корреляция депрессии с подавленным гневом находит и экспериментальное подтверждение). При этом принадлежность к женскому полу считается фактором риска по заболеванию депрессией, и имеются данные о том, что женщины в 5 раз чаще страдают этими расстройствами, чем мужчины (*материалы ВОЗ*, 1990). Можно также предположить, что современному мужчине легче пожаловаться на боль в сердце, чем на неудачи в жизни, неуверенность в себе. Это может быть одной из причин роста числа кардионеврозов, что отмечают как кардиологи, так и психиатры (Смулевич А.Б., 1992).

В практической работе с больными осознание этих стереотипов и их патогенной роли осуществляется с помощью следующих упражнений: портрет «идеального мужчины» и «идеальной женщины», «суд над эмоциями». В ходе первого упражнения группа разбивается на мужскую и

женскую подгруппы, каждой из них поручается составить собирательный портрет идеального представителя противоположного пола. Затем в процессе зачитывания таких характеристик, как «мягкая, уступчивая, ласковая, терпеливая, уживчивая» у «идеальной женщины» и «сильный, богатый, успешный, выдержанный, решительный, волевой» у «идеального мужчины» следует обратить внимание на чувства, которые возникают при этом у мужчин и у женщин. При достаточной степени открытости и те, и другие сообщают о страхе несоответствия этим ожиданиям и чувстве раздражения, связанном с необходимостью прятать истинные чувства и естественные человеческие черты.

Проведение этого упражнения, как в терапевтических, так и в учебных группах показало, что набор этих характеристик представляет собой клише, практически не зависящее от состава группы.

В ходе упражнения «суд над эмоциями» группе предлагается разделить на две подгруппы: «защитников» (которым предстоит отыскивать аргументы в пользу позитивной роли эмоций в разных сторонах человеческой жизни и важности их внешнего выражения) и «обвинителей» (которым предстоит изложить все аргументы, свидетельствующие о негативной, деструктивной роли эмоций и оправданности запретов на их выражение). Выбор подгруппы предлагается осуществлять по желанию и на основе собственной позиции в этом вопросе. Коллективно обсудив и записав все аргументы, каждая подгруппа выбирает спикера, начинается полемический диалог, в котором защита отвечает на обвинения. Смысл этого упражнения заключается в составлении «копилки» различных представлений и штампов, бытующих в обыденном сознании и приписывающих эмоциям и их внешним проявлениям негативную роль («Откроюсь – посмеются, буду уязвимым, не поймут», «переживание и проявление гнева чревато ответной волной агрессии, портит отношения с окружающими», «открытое проявление любви делает человека более зависимым и уязвимым», «эмоции разрушают здоровье», «открытое проявление чувств несовместимо с хорошим воспитанием» и т.д.). Ведущий проблематизирует для участников группы негативные последствия «отказа от чувств» и жесткого следования этим штампам и установкам, фактически присоединяясь к защите и усиливая ее. Мы не излагаем аргументы защиты, так как статья адресована специалистам, для которых не составит труда их реконструировать. Основное содержание этих аргументов сводится к следующему: эмоции выполняют сигнальную функцию, предупреждая о любой угрозе до того, как она осознана на интеллектуальном уровне; игнорирование эмоций в общении ведет к ошибочным оценкам людей с последующими разочарованиями и разрывами отношений; открытое проявление чувств – необходимое условие глубокого, теплого эмоционального контакта; эмоции презентуют в сознании наши истинные желания, потребности и мотивы, и их игнорирование ведет к ложным жизненным выборам; безэмоциональная жизнь пресна, лишена ощущения

ее «сока», радостей любви и творчества.

*2. Пробуждение интереса к эмоциональной жизни другого человека.*

Необходимость выделения этой задачи продиктована дефицитом способности к эмпатии, коммуникативными проблемами и трудностями понимания собственного эмоционального устройства у наших больных.

Приобщение к эмоциональной жизни другого человека происходит прежде всего через создание атмосферы доверия и открытости, облегчающих самораскрытие и возможность заглянуть во внутренний мир участников группы и увидеть сходство и различие между ними и собой.

Существует также ряд упражнений, которые убеждают участников группы в существовании трудностей в распознавании эмоций другого человека и развивают импрессивную способность. К ним относятся упражнения «Передача эмоции по кругу», «Кодирование и распознавание эмоций в тройках», распознавание состояния другого через имитацию его телесных проявлений, техника дублирования. В первом упражнении участникам группы дается инструкция сидеть в кругу с закрытыми глазами до специального сигнала – прикосновения партнера. После сигнала задача участника – понять, какая эмоция изображена на лице его соседа и, в свою очередь, мимически передать ту же эмоцию дальше по кругу. Ведущий группы первым мимически изображает эмоцию (например, страх, гнев, презрение) и передает ее соседу. Обычно в ходе этого упражнения становятся очевидными трудности распознавания и невербального выражения эмоций. Следует обратить внимание участников группы на то, какие конкретные эмоции труднее всего распознаются и выражаются (чаще всего эти затруднения вызывают эмоции презрения и гнева).

Во втором упражнении участников группы просят объединиться в тройки, имея ручку и лист бумаги. Каждому предлагается вспомнить жизненную ситуацию, вызвавшую сильную эмоцию и мысленно погрузиться в эту ситуацию. Затем дается инструкция записать чувства и образы, которые возникли. Затем – по очереди изобразить всплывшую эмоцию с помощью мимики, позы и жестов. В то время как один передает свое чувство, задача остальных – зеркалить позы, мимику и жесты, пытаясь таким образом вчувствоваться и распознать эмоциональное состояние другого человека. О пришедшей догадке не говорят, а записывают ее на бумаге. И только после того, как каждый в тройке передал эмоцию, обсуждают и сверяют возникшие догадки. Затем ведущий задает вопрос: «У кого было 100% угадываний? У кого 0%?» с целью маркировки трудностей в распознавании чувств другого. Инструкция подстроиться к позе и выражению лица кого-то из членов группы и определить его эмоциональное состояние может использоваться ведущим в разные моменты группового процесса с целью тренировки импрессивной способности и эмпатии.

Другим приемом, направленным на решение этих задач, является «дублирование». Если кто-то в группе затрудняется выразить свое чувство словами, другим членам группы предлагается посмотреть на него,

вчувствоваться в его состояние и передать его адекватными словами, встав за спиной данного участника группы.

3. *Развитие навыков самонаблюдения и эмоционального самовыражения.* Так же, как и при решении второй задачи, здесь важно подвести участников группы к пониманию трудностей в осознании и назывании собственных чувств и обсудить с ними последствия этих трудностей (см. 1 часть статьи). Этому служит ряд приемов и упражнений, одновременно направленных и на расширение имеющихся у больных средств и навыков самопонимания и самовыражения: процедура «шеринга» – обмена чувствами, упражнение «эмоциональный словарь», двигательные и образные метафоры своего эмоционального состояния.

В упражнении «эмоциональный словарь» участникам предлагается вспоминать все известные им слова, обозначающие эмоции. Упражнение проводится в форме игры в мяч, при этом каждый получающий мяч называет «эмоциональное слово». В ходе упражнения «эмоциональный словарь» больные начинают осознавать бедность словесной палитры для обозначения эмоций, с одной стороны, и редкость использования этих слов в обыденной жизни – с другой.

Шеринг или процедура «обмена чувствами» – основной инструмент для развития навыков самонаблюдения. Частое использование этой процедуры позволяет перевести локус внимания на внутреннее состояние и вырабатывает привычку к этому в повседневной жизни.

На первых этапах работы группы, когда словесный самоотчет об эмоциональном состоянии составляет известные трудности и зачастую подменяется пересказом внешних событий и рациональных соображений, инструкция подобрать движение или образ (пейзаж, время года, цвет) в соответствии с душевным состоянием облегчает контакт со своими чувствами и передачу их другим людям.

4. *Дифференциация эмоций в сложной гамме чувств.* Мы обращаем внимание больных на то, что они часто предъявляют жалобы на аморфные, тяжелые душевные состояния: «напряжение», «неудовлетворенность», «скованность», «зажатость», «тяжесть» и т.д. На самом деле за ними, как правило, стоит целая гамма вполне конкретных эмоций с отчетливым предметным содержанием. Например, за «напряжением» могут стоять переживания тревоги за будущее, недовольство собой и беспомощность, раздражение на эксплуатативное окружение и т.д. Для постановки задачи по дифференциации этих смутных чувств перед больными мы используем образ души как многоголосого парламента, каждый голос в котором – конкретное чувство. Чтобы деятельность «парламента» была эффективной и не приводила к срывам и катаклизмам, каждый парламентарий должен быть поименно представлен и заслушан. Для дифференциации чувств, их названия, отыскания конкретного предметного содержания, которое стоит за каждым из них, применяется гештальт-техника «пустых стульев»: клиент берет на себя роль собственного чувства и, садясь на пустой стул,

озвучивает это чувство, обращаясь к самому себе (ко второму пустому стулу, который символизирует его самого), например: «Я – твоё чувство беспомощности. Ты никогда не сможешь ничего добиться в жизни, потому что ничего не можешь делать один, без чужой помощи». Затем он возвращается на свой стул, а терапевт берет роль чувства на себя и предлагает больному послушать собственное чувство. При этом больному дается инструкция внимательно наблюдать за эмоциональной реакцией, возникающей в ответ на прослушивание. Процедура повторяется с новым «пустым стулом». По мере вычленения отдельных конкретных эмоций в тяжелом диффузном состоянии растет количество стульев. Затем терапевт, перемещаясь с одного стула на другой, дает больному послушать «послание» каждого из чувств.

Решению этих же задач служат когнитивные техники «заполнения пробела», озвучивающие полуосознаваемые автоматические мысли, сопровождающие эмоциональный процесс (*Beck A., 1979*). Одна из таких техник предполагает ведение дневника по особой форме – страница разбивается на три колонки: «ситуация», «чувство», «автоматические мысли», при этом больному дается инструкция на самонаблюдение в эмоциогенных ситуациях с последующим занесением результатов наблюдения в дневник. В групповых условиях вычленение предметного содержания различных чувств возможно путем моделирования эмоциогенных ситуаций и погружения в них пациента с инструкцией сообщать вслух возникающие при этом мысли и образы.

На этом этапе, на фоне повышающейся способности к самонаблюдению, дифференциации чувств и самоотчету о них, соматические жалобы больных нередко ослабевают, и на первый план выходит психологический дискомфорт в виде тревоги, тоски и беспомощности<sup>1</sup>. Важно разъяснить больным закономерность этих изменений, чтобы не возникло ложного впечатления о «вредном воздействии группы».

5. *Задача по управлению своими эмоциональными состояниями* ставится после отработки навыков самонаблюдения и дифференциации чувств. Для иллюстрации того, как ход наших мыслей и образов влияет на эмоциональное состояние, мы предлагаем больным поочередно вспомнить две ситуации с противоположным эмоциональным фоном. Вначале предлагается вспомнить жизненную ситуацию, когда было плохо, возникало ощущение беспомощности, невозможности справиться с жизнью. Затем походить по комнате и определить место, наиболее соответствующее этому состоянию, занять позу, лучше всего его выражающую. Назвать чувство и произнести короткую фразу, обобщающую смысл этого переживания. После шеринга, в котором члены группы делятся воспоминаниями о ситуациях и своими чувствами в них, предлагается вспомнить противоположную ситуацию, окрашенную чувствами

---

<sup>1</sup> Высокая коморбидность соматоформных, анксиозных и депрессивных состояний отмечается многими авторами (Смулевич А.Б. с соавт., 1992).

удовольствия, радости, благополучия. Поработав с этой ситуацией вышеописанным способом, участники группы в заключительном шеринге осмысливают, как менялось их состояние в ходе выполнения двух этапов задания, при этом они делятся результатами как самонаблюдения, так и наблюдения друг за другом. В это время участники упражнения нередко переживают инсайт, связанный с открытием закономерной смены эмоциональных состояний вместе с меняющимся направлением мыслей и образов.

На этом этапе, когда на первый план выходят эмоциональные проблемы, необходимо дать больным знания о некоторых психологических механизмах тяжелых эмоциональных состояний (тревоги, тоски) и способах их преодоления или управления ими. Используется прием терапевтического спектакля. Два терапевта разыгрывают перед группой спектакль в 4-х действиях под названием «Я и мои тяжелые душевные состояния». Один терапевт играет роль больного, второй выступает в роли его чувства. В действии первом («Игнорирование») назвавшееся тревогой «чувство» одолевает «больного», пощипывая различные участки его тела – сердце, голову, позвоночник.

«Больной» упорно игнорирует его, утверждая, что «все в моей жизни в порядке, только вот голова болит, сердце щемит, позвоночник заклинило». Таким образом иллюстрируются эмоциональные механизмы соматизации. В действии втором – «Вскармливание» – «чувство» и «пациент» поют дуэтом, усиливая голоса друг друга и подбрасывая друг другу аргументы в пользу опасности, безвыходности существования или собственной беспомощности (например, «Чувство»: «Вот сейчас рабочий день начнется, дел много у тебя». «Больной»: «Да-а, а ведь я слабый, сил у меня мало, ведь не справлюсь!» «Чувство»: «А ведь никто не поможет, время сейчас тяжелое. Люди своим все заняты, никому до тебя дела нет». «Больной»: «Господи, да еще и посмеются при виде моих неудач!» и т.д.). Таким образом иллюстрируются механизмы тревожных и депрессивных состояний. В обоих действиях терапевт, изображающий чувство, вначале стоит на корточках, а к концу действия вырастает в полный рост и наваливается на «пациента», символизируя тем самым, как «игнорирование» и «вскармливание» приводят к разрастанию тревоги и тоски и, в конце концов, к тяжелым, неуправляемым физическим и душевным состояниям. В диалогах «чувства» и «пациента» используются конкретные наблюдения за больными, их собственные жалобы и высказывания, что предельно облегчает больным узнавание собственного поведения в этих ситуациях.

Третье и четвертое действие посвящены способам внутреннего управления тяжелыми душевными состояниями. В действии третьем («Дистанцирование») пациент при первых проявлениях чувства замечает его, дает ему имя, маркирует его как всего лишь собственное чувство, тем самым четко проводя границу между ним и объективной реальностью. При



этом, внимательно выслушивая, а не игнорируя «доводы» чувства об опасности мира, безвыходности ситуации, собственной беспомощности и слабости, пациент конструктивно и по сути возражает им, сознательно придерживаясь альтернативной точки зрения (принцип Updog по Ф.Перлзу, 1995). Действие четвертое, «Самоисследование», практически повторяет сюжет третьего действия, дополняя его новым диалогом между чувством и пациентом. В этом диалоге пациент пытается выяснить, из каких тайников души и прошлого пришло чувство, и как оно влияет на его настоящую жизнь. Если в третьем действии пациент справляется с тяжелым душевным состоянием на симптоматическом уровне, волевым путем меняя позицию, то в четвертом действии он осуществляет это на глубинном уровне, пытаясь осознать истоки чувства в собственных установках, жизненной позиции, семейной истории. В сценическом решении совладание с тяжелыми чувствами выглядит как возвращение попытавшегося было разрастись (выпрямиться в полный рост) «чувства» к исходной позиции (на корточках).

Таким образом, в последних двух действиях терапевтического спектакля дается фактически «коллекция» техник или навыков управления своими эмоциональными состояниями:

- а) осознание чувства при малых степенях его интенсивности;
- б) название чувства и вербализация его содержания;
- в) маркировка чувства как субъективного состояния, не тождественного объективной реальности, и дистанцирование от него;
- г) отыскание ресурсных чувств и состояний;
- д) навык внутреннего совладающего диалога;
- е) соотнесение актуального эмоционального состояния с более широким жизненным контекстом.

В дальнейшей работе все эти навыки тренируются в конкретных упражнениях.

Один из основных приемов здесь – «озвучивание» чувств и совладающий диалог с ними. Материалом для него служат конкретные ситуации в группе и в жизни больных.

Установление контакта с собственными чувствами и более глубокое самопонимание, возникающие к концу второго этапа, приводят к тому, что больные начинают лучше и острее осознавать свои личностные проблемы, предрасполагающие их к невротическим и психосоматическим реакциям (культ силы и мужественного поведения или представление о себе как о слабом, зависимом, неспособном справиться с жизненными трудностями, постоянное сравнение себя с другими людьми при ориентации на самых успешных и совершенных, жесткое следование социальным нормам и стандартам, зависимость душевного состояния от одобрения со стороны других людей и т.д.). Таким образом, возникает необходимость перехода к следующему, неспецифическому для данного контингента больных этапу, направленному на осознание и проговаривание этих проблем – *этапу рефлексии*.

Этап рефлексии начинается с *позиционного анализа* – выявления позиции каждого в группе, отражающей позицию в жизни в широком смысле. Позиция представляет собой совокупность поведенческих паттернов (активность-пассивность, степень самораскрытия, умение поддержать других), отражающих глубинные жизненные установки (готовность к риску, доверие-недоверие, интернальность-экстернальность). Для того, чтобы больные смогли осознать эти паттерны и установки у себя и других, им предлагается ряд социометрических шкал, отражающих вышеперечисленные характеристики внешнего поведения и стоящие за ними установки. После того, как все члены группы определили и заняли свое место на социометрической шкале, каждый поясняет свой выбор. Эффективно также информировать больных о существовании жизненных защитных стереотипов поведения по В.Сатир (1992) («жертвы», «обвинителя», «компьютера» и «флюгера») и предложить им определить свой, вживаясь в каждый стереотип по очереди с помощью имитации соответствующих ему позы, жестов и мимики (последние задаются ведущим в виде соответствующих «скульптур»).

Проделанная работа помогает больным заполнить позиционную таблицу:

	по позиции в группе	по основному жизненном у стереотипу	по проблемам	по ресурсам
кто в группе похож на меня				
не похож на меня				

Заполнение этой таблицы становится естественным поводом для интенсивной обратной связи, синтезирующей различные впечатления и наблюдения друг за другом, накопленные в процессе работы группы. Как социометрия, так и заполнение этой таблицы предполагают многократные сравнения себя с другими людьми, что ведет к лучшему пониманию себя – своей позиции, проблем и ресурсов. Специально анализируются жизненные последствия той или иной позиции. Например, часто встречающаяся в группах позиция «лакировщика» (склонного избегать разговора о больном и трудном, о негативных чувствах, о конфликтных отношениях под предлогом деликатности, бережного отношения друг к другу или соблюдения приличий) приводит в отношениях к отсутствию искренности и правды, а, значит, тепла и подлинной близости, а также мешает конструктивному решению реальных проблем. Другой пример распространенной позиции – «несун» или «наблюдатель». В группе мало

проявляется, незаметен, пассивен, однако, предельно внимателен – преследует цель собрать побольше информации и решить свои проблемы по аналогии с чужими. Последствия такой позиции для контактов – их предельная формальность. Поскольку собственные проблемы фактически не предъявляются, то отсутствует их глубокое осмысление; отыскиваемые аналогии очень поверхностны, а решения иллюзорны.

Признак зрелой личностной позиции – ее сбалансированность (отсутствие крайностей), гибкость и реалистичность. Это выражается в соблюдении баланса между стремлением получать и давать, в умении видеть людей и явления в совокупности их позитивных и негативных характеристик без полярных оценок – «все или ничего», «всегда или никогда», «черное или белое». Тщательная маркировка всех высказываний и оценок, за которыми стоит упрощенно-поляризованное представление о людях и мире, подводит пациентов к осознанию этой особенности своей позиции. Обсуждаются также последствия такой позиции: сценарий «очарование-разочарование» в отношениях с людьми, конфликты на почве чрезмерно высоких требований к окружающим, пассивность (или делать блестяще или не делать вообще).

Специально прорабатывается также позиция «под» и «над», которая также выявляется посредством маркировки соответствующего поведения или высказываний (особенно ярко это проявляется в противопоставлении ведущих другим членам группы). Анализируются последствия такой позиции: подмена искреннего глубокого контакта борьбой за место в иерархии, бесконечным сравнением своих достижений с другими.

Подчеркнем еще раз, что в позиционном анализе важно не просто осознание и обозначение своей позиции, но и осмысление вытекающих из нее последствий, как для процесса психотерапии, так и для жизни. Именно это подводит человека к выбору и самоопределению – что-то изменить в своей позиции или сохранить ее со всеми вытекающими из нее последствиями. Особой задачей рефлексивного этапа является осознание каждым собственного вклада в протекание психотерапии и группового процесса – в этом смысле любая позиция может способствовать решению личных и групповых проблем или, наоборот, тормозить его. В результате происходит повышение интернальности, выражающейся в установке: «Моя позиция определяет то, что происходит со мной в группе и в жизни», – что является необходимым условием жизненного переопределения и самоопределения.

Итогом всей этой рефлексивной работы становится «копилка» индивидуальных и групповых проблем, которая обязательно дополняется набором ресурсов для их решения (например, упорство и активность в достижении цели, искренний интерес к другим, умение дать обратную связь и поддержать, смелость, способность к риску, стремление к изменениям в жизни и т.д.).

Этапу проработки личных проблем участников групп предшествует

особый этап, направленный на выявление истоков этих проблем в истории жизни пациента и, прежде всего, в семейном контексте. Мы выделяем следующие задачи этапа осмысления своего «психологического наследия» или проработки семейного и жизненного контекста.

1. Выявить родительское программирование, заменить его свободным самоопределением, соответствующим истинным интересам и потребностям. «Разогрев» на семейную проблематику хорошо проводить в тройках, предложив участникам группы обсудить семейные правила, традиции, любимые поговорки, за что хвалили и за что ругали детей в семье, как отмечали праздники, какие были ритуалы. Можно также предложить мысленно с закрытыми глазами пролистать семейный альбом, а затем с помощью других членов группы психодраматически реконструировать и озвучить наиболее яркие сцены из семейного фотоальбома. Весьма эффективным для выявления, осознания и вербализации родительского программирования является упражнение «Родительское напутствие» со следующей инструкцией: «Представьте себя совсем юного, выходящего на дорогу жизни. В начале этой дороги стоят ваши родители и напутствуют вас не только словами, но и всем своим поведением, всей своей прожитой жизнью. Что бы они могли сказать, если облечь это напутствие в слова? Что они говорят о жизни, которая вас ждет – какая она? Чего ждут и хотят от вас в этой жизни?» Эффективен здесь также метод геносоциогаммы, при котором вначале графически изображается семья в трех поколениях (построение генограммы для каждого участника группы осуществляется нами на индивидуальных консультациях), а затем в групповой работе озвучиваются различные «messages» и напутствия от разных членов семьи, на роли которых выбираются участники группы. Можно использовать также гештальт-технику, при которой различные семейные «голоса» озвучивает сам пациент.

2. Выявить тяжелые события и отношения, ставшие источником невротических переносов. Установить связь этих событий и невротических проблем. Наиболее адекватной формой проработки и отреагирования психотравмирующих событий в групповой работе является психодрама. При этом традиционный для психодрамы «шеринг» (обмен чувствами в группе после психодраматического изображения жизненных событий) дополняется рефлексивным осмыслением связи прошлых переживаний и актуальных трудностей.

Описанный этап чрезвычайно важен для осознания больными своего права на проблемы через уяснение их истоков, а также некоторого дистанцирования от них благодаря отреагированию и помещению в более широкий жизненный контекст.

Все это создает необходимые условия для перехода к заключительному этапу проработки личных проблем, на котором восстанавливаются уже созданные «копилки» проблем с учетом их истоков в жизненном контексте. Основные задачи этапа – выработка активного отношения к проблемам,

отыскание и укрепление ресурсов для их решения, апробирование новых способов поведения. Основным приемом здесь – поощрение пациентов к преодолению стереотипных реакций и способов поведения по принципу: «Делай то, что трудно, без собственных усилий ничего не изменится». Полезным является моделирование ситуаций, вызывающих трудности и апробирование новых способов поведения в них в форме ролевого тренинга. Важным способом преодоления пассивности и страха что-то изменить в своем поведении и в жизни является выведение в «updog» – путем отзеркаливания и доведения до гротеска стереотипных реакций и установок пациента вызвать стеническую реакцию раздражения и протеста против собственных стереотипов. При этом важно придавать ситуации игровой характер, чтобы юмор, веселье и поддержка других облегчали эксперименты с собственным поведением с целью расширить репертуар форм поведения и, главное, привести его в большее соответствие с собственными потребностями и чувствами. Таким образом, происходит смыкание задач этапа тренинга в осознании и выражении чувств с задачами решения личностных проблем и достижения позитивных жизненных изменений.

Как видно из описанной нами модели групповой работы, мы свободно использовали и сочетали на разных этапах разные психотерапевтические подходы и их техники. В теоретической части нами уже отмечалось, что большинство психотерапевтических подходов не противоречат друг другу, а лишь отражают разные грани человеческого существования. Основой их интеграции в данном случае является подведение клиента к осознанию и самостоятельной формулировке проблемы, исчерпание и развенчание связанных с ней поведенческих и ценностных стереотипов через рефлекссию и проигрывание последствий для психического и физического здоровья, контактов, общей удовлетворенности жизнью и переход к новым ценностям и формам поведения через осознанное самоопределение.

## **ЛИТЕРАТУРА**

*Перлз Ф. Гештальттерапия. Практикум. М., 1995.*

*Сатир В. Как строить себя и свою семью. М., 1992.*

*Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В.. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели). В сб.: «Ипохондрия и соматоформные расстройства» под ред. А.Б.Смулевича. М., 1992.*

*Фрейд З. Печаль и меланхолия. М., 1920.*

*Depression in Different Cultures», WHO Materials (ed. by J.Sartotius), 1990.*

*Saretsky T. Active Techniques and Group Psychotherapy, N.Y., 1977.*