

“ИДИ ВОН!” – И ВЫШЕЛ УМЕРШИЙ...”

(ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ РАБОТА ГОРЯ В СЕМЬЯХ
НАРКОЗАВИСИМЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ)

**Ю.ВЛАСОВА,
А.ЩЕРБАКОВ**

Специалисты, профиль которых – помощь наркозависимым и членам их семей, неминуемо столкнутся с проблемой ВИЧ-инфекции у своих клиентов, поскольку в последнее время основная часть ВИЧ-инфицированных представлена именно этой категорией больных. Статья адресована тем психологам и психотерапевтам, которые по роду своей деятельности имеют дело с наркозависимыми больными и членами их семей. Авторы делятся размышлениями об одной из реакций на известие о ВИЧ-инфицированности, которая все чаще наблюдается в семьях, где появился такой больной, и опытом психотерапевтической работы с самими больными и ближайшими их родственниками.

“Господи! Вот, кого Ты любишь, болен”
Иоан.11:3

“Господи! Уже смердит...”
Иоан.11:39

““Лазарь! Иди вон!” И вышел умерший...”
Иоан.11:43,44

Известие о том, что один из членов семьи стал носителем ВИЧ-инфекции, сопровождается не только глубоким эмоциональным потрясением, которое охватывает и самого больного, и его родных, но и выраженными психопатологическими реакциями. Слабая информированность, нагнетание негативных эмоций в прессе, страх огласки – таков далеко не полный перечень факторов, заставляющих ближайшее родственное

окружение больных находится в ситуации постоянного дистресса. Деструктивные процессы, жертвами которых становятся эти люди, в полной степени своего драматизма подвластны лишь опытному профессионалу, работающему с семьей как целостностью или с отдельными ее членами.

Авторы работают в области длительной психотерапии пациентов, страдающих наркозависимостью и созависимостью, отдавая предпочтение методам групповой терапии, в частности, психодраме.

Первое, с чем сталкивается психотерапевт, работающий с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми больными, – тяжелая аффективная реакция со стороны всех членов семьи, включая самого пациента. Период, во время которого он наркотизировался, уже создавал благоприятную почву для реакции подобного рода. Родственники больного на протяжении длительного времени неоднократно пробовали воздействовать на его личность, приспособиться к его недугу, пытались взять ситуацию под контроль, каждый раз убеждаясь в безуспешности своих попыток и все же не теряя надежды на восстановление утраченной стабильности в семье. Известие о ВИЧ-инфекции нередко служит последней каплей, отнимающей эти надежды.

Реакцию на известие о ВИЧ-инфицированности можно приравнять к переживанию чувства острого горя, со всеми сопутствующими ему характеристиками. Как известно, Линдемманн, изучая феноменологию острого горя, отмечает в процессе его переживания ряд фаз, или стадий:

- отрицание;
- негодование, гнев;
- сожаление, отчаяние, депрессия;
- примирение;
- принятие.

Симптом св. Лазаря – одна из форм патологического переживания, предвосхищающего реакцию острого горя. Он возникает как реакция на *возможную* гибель близкого человека. Нечто подобное, к примеру, может наблюдаться у женщин, чьи мужья находятся на войне, ежедневно подвергая опасности свою жизнь и здоровье. Под влиянием постоянного страха потерять мужа жена как бы заранее его хоронит. Все стадии нормальной работы горя при этом проживаются молниеносно, до времени вступая в завершающую стадию – принятия потери, вопреки тому, что близкий человек благоденствует и его смерть фактически не имела места. Линдемманн считает, что предварительная работа горя служит своего рода предохранителем от того подчас невыносимого страдания, которое постигает человека при известии об утрате кого-либо из близких ему людей. Тем не менее,

нельзя не признать справедливости и того факта, что предвосхищающие переживания способны нарушить взаимоотношения с оставшимся в живых человеком, чья смерть оказалась всего лишь продуктом фантазии, навешанным чрезмерной тревогой и страхом.

Члены семьи ВИЧ-инфицированных, как правило, проживают все характерные реакции горя. При этом необходимо понимать, что душевное состояние близких наносит самому заболевшему дополнительную травму.

Оказывая помощь нашим больным, уже выздоравливающим от наркотической зависимости, но оказавшимся перед лицом того непреложного факта, что они несут в себе ВИЧ-инфекцию, мы столкнулись, на наш взгляд, с наиболее драматичной формой реагирования близких, которая имеет сходство с предварительной реакцией горя. *Члены семьи начинают относиться к заболевшему так, словно он уже мертв и оплакан.* Мы сочли корректным выделить этот феномен в отдельный комплекс, воспользовавшись упомянутым выше названием “симптом св. Лазаря” (согласно библейскому сюжету, оплаканный и похороненный Лазарь, воскрешенный Христом, встает из гроба невредимым и выходит к близким).

Этот симптом (далее – ССЛ) чаще всего проявляется в семьях, где изначально отмечались нарушения в сфере межличностных, в том числе детско-родительских, взаимоотношений. Многие специалисты считают, что все семьи, где имеется человек, зависимый от психоактивных веществ, страдают подобными нарушениями. Поэтому, как видно, для описываемого нами феномена, помимо факта нарушений межличностных отношений, необходима еще одна особенность – определенный “некротический” настрой. В ходе своей работы мы неоднократно обращали внимание, что наиболее часто подобное явление встречалось в семьях, где в перинатальном, донатальном и неонатальном периодах переживалась фобия утраты ребенка. Имеются в виду случаи длительного бесплодия в анамнезе, беременности с угрожающими жизни плода осложнениями, патология и терминальные состояния у новорожденных. Возможно, что страх гибели ребенка стартовал намного раньше известия о ВИЧ-инфекции, практически был всегда, и появление объективных знаков считающейся неизлечимой болезни явилось критическим моментом для родителей, – страх потери ребенка достигает апогея, становится невыносимым и разрешается на интрапсихическом уровне: “Все, мой сын (моя дочь) умер (умерла)”. В трех наблюдаемых нами случаях феномена Лазаря при исследовании семейного анамнеза мы столкнулись с фактом наличия в семье так называемого “замещающего ребенка”, рождению которого предшествовала смерть стар-

шего брата или сестры и который как раз и был представлен ВИЧ-инфицированным пациентом.

Четко выраженный *ССЛ* мы наблюдали в 18 семьях. В 17 случаях носителями симптома были матери и жены, в 1 – отец. *ССЛ* часто стартует еще на фазе проверки иммуноблотинга, то есть клинических анализов, призванных либо окончательно подтвердить, либо отвергнуть диагноз ВИЧ-инфицированности. Ожидание решающего результата сопровождается молчаливым переживанием семьей тягостных опасений и дурных предчувствий с одновременной заторможенностью чувств. Близкие больного находятся в крайнем напряжении, но, как правило, делают вид, что все в порядке. Даже в день “вынесения приговора” никто не спрашивает пациента о результатах обследования. Переживания остаются неотреагированными вовне. Отреагирование происходит в неадекватных формах, например, с помощью алкоголизации (5 случаев из 18). При этом характерно отсутствие у членов семьи какой-либо надежды на возможность ошибочного диагноза.

Отец больного Ю., первым из членов семьи узнав о ВИЧ-инфицированности сына, на протяжении полугода старательно избегал темы болезни, делая вид, что ничего особенного не происходит. Он утаил известие о заболевании даже от собственной жены (отговорив от излишних признаний и сына), т.е. от матери больного, с которой обычно был достаточно откровенен. Жена, врач-терапевт, могла оказать сыну реальную помощь, поэтому утаивание было не просто ошибкой, но и абсурдом. Тема болезни стала открытой для обсуждения лишь тогда, когда у больного стали реально проявляться признаки иммунной недостаточности, и дальнейшее утаивание правды стало невозможным.

Разумеется, сообщать или не сообщать об окончательном диагнозе своим близким – дилемма, которую каждый ВИЧ-инфицированный решает самостоятельно, руководствуясь конкретными обстоятельствами собственной жизни и ведущими мотивами. Однако, на наш взгляд, попытки утаивания состояния своего здоровья от близких являются важными диагностическими маркерами, проявляющими степень психологического неблагополучия семьи. Надо заметить, скрытность – качество, которое всегда обнаруживается в семьях, где есть носитель *ССЛ*, и его проявления качественно деформируют семейную систему.

Даже если вся семья осведомлена о заболевании одного из своих членов, тема СПИДа и ВИЧ становится настолько табуированной, что избегается как внутри, так и за пределами семьи. Вместе с тем, обусловленное болезнью психическое напряжение находит выражение в постоянной озабо-

ченности некротической тематикой, которую инсталлирует в семейную реальность носитель *ССЛ*. В иных семьях открыто готовятся к похоронам, собирают деньги на поминки еще живого и неплохо себя чувствующего человека, прекращают оказывать ВИЧ-инфицированному поддержку касаясь планов на будущее – перестают, например, оплачивать обучение в вузе, не соглашаются оплачивать лечение зубов и пр. Если перед семьей встает необходимость долгосрочного финансового и жилищного планирования, принимаются такие решения, где больному уже не находится места.

Все описанное выше, конечно, – крайние проявления. Тем не менее, существует определенная совокупность признаков, которая четко прослеживается в подавляющем большинстве случаев, где семья пережила сначала наркотическую зависимость одного из своих членов, а затем в его же лице столкнулась с ВИЧ-инфекцией.

Типичные *проявления ССЛ* у членов семьи ВИЧ-инфицированного:

1. *Направленные внутрь:*

- одеревенение чувств, проявляющееся как эмоциональное уплощение;
- озабоченность темой смерти и похорон – “нам это скоро предстоит”;
- соматические страдания в рамках субдепрессивной картины;
- фригидность, снижение потенции (при условии ранее гармоничной сексуальной жизни).

2. *Направленные вовне:*

- избегание коммуникации с больным на всех уровнях, сокращение контактов до минимально необходимого в плане быта;
- отказ больному под разными предлогами в материальной поддержке;
- табуирование темы СПИДа и отказ от контактов с психологом и врачом больного, даже если ранее подобный контакт активно поддерживался;
- уход в замкнутые религиозные сообщества; но и там “острая тема” утаивается (может вызвать у других сочувствие, что способно “прорвать” относительно контейнированное горе);
- активная помощь тем, у кого умерли близкие, обмывание упокоившегося, то есть прямой контакт с чужой смертью (частичное отреагирование собственного горя – “когда это случится, я внутренне буду уже готова”, “репетиция” похорон или расчет на чужую помощь в будущем);
- трудность в принятии психологической помощи – страх перед открытием боли;
- враждебные реакции по отношению к другим наркозависимым (включая ремиссантов), особенно к тем, кому удалось избежать ВИЧ-инфекции;

– кошмарные сновидения, где повторяется тема бездны, темноты, и больной предстает в умершем виде.

Даже простое перечисление форм проявления *ССЛ* не оставляет места для сомнений в том, что ВИЧ-инфицированный оказывается в чрезвычайно тягостной семейной атмосфере. Страдают также и сиблинги ВИЧ-инфицированного. Мать больного, если она выступает носителем симптома, и сама ведет себя как “умершая”, требуя своим поведением поддержки от здорового ребенка, которую тот нередко не в силах оказать, поскольку с трудом представляет себе, в какой именно поддержке нуждается мать. Весьма часто здоровый сиблинг берет на себя роль “ребенка-героя”, психологически дефилируя между “Лазарем” и родителями. Но в той же степени можно ожидать, что он будет реагировать аддиктивной либо другими формами девиантного поведения (это предположение особенно справедливо для пубертатного возраста). К счастью, в конечном счете далеко не все члены семьи выступают носителями *ССЛ*. Адекватное поведение тех, кто составляет здоровую основу семьи, позволяет ей сохранить структуру и предупредить возможность острых психотических реакций со стороны больного, выступающего в роли Лазаря.

Ниже перечисляются наиболее типичные психотические реакции, которыми может реагировать больной в неблагоприятных семейных обстоятельствах:

– возобновление наркотизации, хотя уже и без сопутствующих ранее приятных ощущений;

– неосознаваемое стремление причинить себе повреждение (возможно, это просто попытка доказать окружающим и самому себе, что ты еще живой, поэтому данная тенденция сопровождается отказом от соматического лечения);

– агрессивное отношение к родным, включая и тех, кто не является носителем симптома *ССЛ*;

– авантюрное или криминальное поведение, не свойственное пациенту ранее;

– уход из дома, предпочтение маргинальной среды;

– избегание темы СПИДа, кошмарные сновидения (как и у родных), в которых нередко переживается смерть близких, с последующим чувством вины за причиненные им страдания;

– обострение психопатических черт и акцентуаций характера.

В основе этих реакций всегда лежит ощущение, что тебя заживо погребли. Поэтому поведение больного можно интерпретировать, как попытку крикнуть окружающим: “Я жив, не хороните меня, это ошибка!”.

У некоторых пациентов ремиссия в употреблении наркотиков оказывается под вопросом. Размывание самоидентификации – “Я живой или мертвый?” – ведет к глубоким нарушениям в интрапсихическом “Я”. Естественно, вслед за этим начинается поиск объекта (наркотика), в контакте с которым восстанавливается собственная автономия. Еще одна особенность: просто позитивные эмоции теперь не обеспечивают необходимой для больного остроты бытия. Поэтому нередки агрессивные реакции, направленные на близких. В основе агрессии – не зависть к здоровым, а месть за отношение к нему, “Лазарю”, как к мертвецу. И в соответствии с навязанной больному ролью, он изображает из себя такого монстра, зомби, опасного для окружающих.

В действие вступают очень сложные внутренние механизмы. Если окружение, которое составляют самые близкие, значимые люди, дает знать заболевшему, что он для них как бы умер, то “умерший” должен лишиться всяких ощущений. У него не может быть никаких ощущений, в том числе и сенсорных. Значит, получить их можно лишь через аффект другого человека. Мы предполагаем, что в этом случае через иммунную систему с аффектом связываются аутоагрессивные процессы, что может вести к более быстрому развитию СПИДа и преждевременной гибели больного.

Иногда больной начинает вести себя откровенно провокационным, небезопасным образом (мы дважды наблюдали подобные реакции), склоняя своего партнера или партнершу к сексу без предохранительных средств, разбрасывая испачканные кровью прокладки, намеренно “пачкая” кровью мебель и одежду при носовом кровотечении. Примечательно, что в условиях психотерапевтического контакта больные не сразу могли объяснить мотивы такого поведения и стыдились его. Следует отметить, что, при отсутствии грубой психопатологии, для наркозависимых, находящихся в стадии ремиссии, такое поведение совершенно не характерно. Более того, в семьях, где известие о ВИЧ-инфекции было принято членами семьи в определенном смысле адекватно, мы не наблюдали такого рода агрессивных реакций. Скорее, возникают реакции обсессивного характера, вызванные страхом заразить близких. Любопытно, что провокационные реакции, в тех случаях, когда они проявляются, как правило, *четко адресуются носителю ССЛ* и формируются, очевидно, как обратная связь на его отношение к больному. Например, один из наших пациентов, молодой человек, педантично соблюдал все правила гигиены в отношениях с супругой и членами ее семьи, где он проживал. Но его периодически навещал отец, выраженный носитель *ССЛ*. Именно в присутствии отца у больного внезапно открыва-

лось носовое кровотечение. При этом только отцовская одежда неизменно оказывалась выпачканной кровью.

Выраженность и тяжесть проявлений описываемого феномена зависит, видимо, не от состояния самих ВИЧ-инфицированных, а от внутренних психологических особенностей, которые отличают их близких. Психологи, работающие с наркозависимыми, хорошо знают, что подключить к психотерапии всю семью удастся далеко не всегда. Защитные механизмы, отличающие поведение созависимых, нередко труднопреодолимы. Помимо прочего, в российской глубинке семейная терапия приживается с известным трудом. В соответствии с традиционными культурными стереотипами здесь, скорее, стремятся не выносить “сор из избы”, и вторжение психолога или психотерапевта в семейную жизнь воспринимается в целом негативно. Тем не менее, это обстоятельство ни в коей мере не должно послужить поводом для отказа наркозависимому больному в психологической помощи. Мы все-таки обращаемся к семье, если один из ее членов – носитель симптома св. Лазаря. Наша основная задача – научить больного жить рядом с человеком-носителем *ССЛ*, изменив собственное отношение к его поведению и стараясь не снижать, насколько это возможно, качества собственной жизни.

Как уже говорилось, в работе с наркозависимыми мы применяем психодраму, поскольку этот метод ориентирован на активизацию в человеке скрытых позитивных ресурсов и, к тому же, отличается высокой динамичностью.

Задача помощи тем пациентам, семьи которых спешат их оплакать и мысленно похоронить, решается в четыре этапа:

- осознание и принятие ситуации;
- осознание собственных тягостных чувств (обиды, гнева, страха), возникших в качестве ответной реакции на соответствующее поведение близких;
- делегирование ответственности родным, переживающим преждевременный траур; тем самым несколько снижается собственное чувство вины и создаются предпосылки, необходимые для перехода на следующий этап: у пациентов зарождаются чувства жалости и сострадания к родным, оказавшимся неспособными к зрелой оценке реальности;
- прощение родных.

Опыт убеждает, что к психотерапии носителей *ССЛ* следует приступать лишь тогда, когда ВИЧ-пациент достиг стадии прощения, или, по крайней мере, стадии принятия поведения родных. Иногда нашим пациентам мы рекомендуем временную сепарацию от семьи, хотя бы на тот период, пока с

ними идет психотерапевтическая работа. К слову, простого удаления ВИЧ-инфицированного из собственного дома бывает порой вполне достаточно, чтобы ощутимо снизить остроту проявлений *ССЛ* в семье, поскольку сам больной, его реальное присутствие выступает триггером, вызывающим патологическое состояние у кого-либо из самых близких ему людей. В отсутствие больного проявления симптома смягчаются. К моменту заявки на терапевтическую работу клиент оказывается “разогрет” более чем в достаточной степени, и тогда можно начинать психодраматическую работу.

Авторы данной статьи используют в терапии наркозависимых психодраматическое разыгрывание мифов, сказок, метафор, даже песен и широко обращаются к собственному творчеству членов группы. Групповая работа длится достаточно длительный срок и становится возможной при условии соблюдения ряда твердых правил.

Разыгрываемое произведение по своему сюжету и тематике фрагментов должно быть созвучно предъявленной проблеме. Степень соответствия произведения проблеме оценивает протагонист. Он же выбирает, какую именно историю следует разыгрывать, самостоятельно определяет собственную роль и роли вспомогательных Я. По ходу действия у протагониста есть возможность побывать на любых ролях. Если директор сочтет нужным, используется прием монодрамы.

Избранное произведение должно быть знакомо директору, протагонисту и участникам группы. В случае, если оно малознакомо или неизвестно большинству, участникам группы предлагается принести текст и прочесть его во время первого часа сессии. Обсуждение не допускается. Директор может спросить о впечатлении лишь самого протагониста или предложить ему на выбор ряд вопросов: “Встречал ли ты подобный вариант в сказках ...?”, “Не похоже ли это на ... ?”.

Чувства, с которыми приходится встречаться нашим пациентам, легче отреагировать, действуя в проективной ситуации сверхреальности. Так, например, возможно разыгрывание даже таких сцен, как захоронение заживо с криком из гроба в финале или неожиданное появление среди родных вернувшегося домой призрака (“*Кладбище домашних животных*” С.Кинга). В волшебных сказках часто повторяется мотив, где некто считается умершим, но в финале оживает (“*Спящая царевна*”).

Одно из обязательных условий психодрамы – ресурсное завершение. И литература, к счастью, изобилует исполненными комизма сюжетами, где действует живой мертвец (примером может служить рассказ М.Зощенко “*Больница*”). Когда удастся инсталлировать юмор в болезненную тему – это огромная психотерапевтическая удача. Счастливого возвращения в

жизнь того, кого считали умершим, – достаточно часто повторяющийся мотив не только в народных сказках и в художественной литературе, но и в самой жизни. Живой российской историей написан не один семейный сюжет, когда наши без вести пропавшие сограждане, оплаканные и мысленно похороненные близкими, возвращались живыми и здоровыми домой. Словом, как правило, мы не испытываем особых сложностей при выборе сюжета с оптимистическим концом.

При таком развитии событий совсем уже не трудно подойти к следующему этапу терапии – прощению близких, помочь нашим пациентам увидеть в их глазах тоску и страх, дать им понять, что обстановка в семье – дело ответственности каждого, и кто-то должен первым сделать шаг к оздоровлению ситуации, а не играть в поиски виноватого. Мы исходим из того, что у пациента достаточно сил, чтобы самому начать менять свое отношение к родным, собственное поведение, что обязательно сдвинет в положительную сторону семейную ситуацию в целом. И тогда с “монстра” сползет страшная шкура (тема снятия чар, как, например, в сказке *Гауфа* о Карлике Носе, где герой сам совершил все необходимое, чтобы расколдовать себя).

Но иногда все же, как уже указывалось выше, требуется временная сепарация от семьи, когда ее заменяют более уравновешенные родственники, община и пр. (в отсутствие того и другого несколько часов в психотерапевтическом кабинете – тоже спасение).

Возникает вопрос: если *ССЛ* – необходимая психологическая защита, то не будет ли нанесена травма близким больного тем, что в результате психотерапии их страхи и душевные слабости станут осознаваемыми? Однако наблюдения показывают, что в случае реальной смерти того, кто выступал в роли Лазаря, у его родных, являющихся носителями описываемого симптома, возникает огромное чувство вины. Они начинают терзать себя тем, что не общались с больным как надо, пока он еще был жив, многих из них настигают суицидальные мысли. Вопреки ожиданиям, подлинная смерть больного не принимается носителями симптома легко. Следовательно, как защитный механизм избавления от боли этот симптом неэффективен и не достигает своей цели.

С целью иллюстрации мы приводим отрывок из протокола индивидуальной психотерапевтической сессии, которая традиционно проводилась с применением психодраматических техник.

К нам обратилась молодая женщина, назовем ее Наташей, чей супруг с диагнозом “героиновая наркомания” проходил реабилитацию и находился в стадии ремиссии. Месяц назад она узнала, что муж ВИЧ-инфицирован. В настоящее время Наташа отмечает, что ее отношение к мужу сильно

изменилось. Изменилось также ее общее состояние: она отмечала какую-то “замороженность” чувств, не покидающее ее ощущение тоски и тревоги, нежелание физической близости. Муж в процессе групповой терапии также жаловался, что жена стала хуже к нему относиться, избегает его, выходит из комнаты, когда он там появляется, боится к нему прикасаться. Он связывает это с брезгливостью, которая возникла у жены, после того как она узнала, что он ВИЧ-инфицирован. В процессе беседы с Наташей выяснилось, что она действительно в последнее время избегает оставаться с мужем в одной комнате, предпочитает не разговаривать с ним, хотя на его прямые вопросы отвечает, что все в порядке.

В процессе интервью выяснилось, что Наташа относится к мужу как к умершему. Она призналась, что, действительно, в течение первых двух дней, узнав о его болезни, постоянно думала о том, что он скоро умрет, размышляла, как она перенесет эту смерть, как это будет, – что это будет за смерть, будет ли она сопровождаться долгой болезнью, сможет ли она ухаживать за ним, зная, что он все равно умрет (сама Н. не была инфицирована). Чувства, возникающие от таких мыслей, стали невыносимыми, и однажды, буквально на 3-4 день, она почувствовала, с одной стороны, некоторую “замороженность”, отстраненность, с другой, как ни странно, – определенное облегчение. С этого момента она стала избегать общения с мужем. Испытывала явное облегчение, когда он уходил.

Мы работали с образами, и я задала вопрос:

– Как ты представляешь будущее?

И тогда возник образ “черной палаты”. Наташа представила себе темную палату, почему-то без окон, его (супруга), лежащего на койке, под капельницей, бледного, с синяками под глазами, жалобно смотрящего на нее и находящегося в таком состоянии, когда человек уже не в состоянии что-либо сказать.

– Не хочешь ли ты, Наташа, что-нибудь изменить?

– Я не знаю, что здесь можно изменить. Может, прорубить в палате окно и поставить цветы?

– Попробуй сделать это.

Она последовала этому совету, но картина стала еще более печальной. Наташа заплакала и сказала: “Я не знаю, что с этим делать”.

Для меня как для терапевта стало ясно, что здесь необходимо подключение некой ресурсной фигуры.

С Наташей я работала давно и знала, что в ее семье на протяжении трех поколений прослеживается определенный семейный сценарий. Наташина мама тоже вышла замуж за тяжело больного человека. Когда

Наташа была еще совсем маленькой, ее мама узнала, что муж (отец Наташи) страдает тяжелой двусторонней патологией почек и должен скоро умереть (хотя, благодаря соблюдению строжайшей диеты, ему удалось адаптироваться, и он живет уже достаточно долго). Я подумала о том, что Наташина мама, не только мужественный, но и веселый, неунывающий человек, могла бы стать ресурсной фигурой, но мне не хотелось навязывать Наташе собственный образ, и я спросила:

– Как ты думаешь, может, кто-то другой знает, как действовать в такой ситуации? У кого бы ты стала просить помощи?

– Я бы просила помощи у женщины, имеющей такого же мужа, но уже больного СПИДом.

– Мы представляем больницу. Несомненно, ты можешь здесь найти и увидеть такую женщину.

У Наташи возник очень интересный образ:

– Это как будто бы я, но постарше, в сером костюме. Женщина похожа на меня. Она веселая, приходит в палату бодрая, приносит продукты, кормит мужа, улыбается... У нее есть какая-то своя жизнь. Она воспитывает детей. И она не в трауре. Она уже приняла эту ситуацию.

Мы провели диалог Наташи с этой женщиной, используя прием обмена ролями. Сама Наташа из роли этой женщины сказала:

– Да, мой муж может умереть. Но сегодня он жив, хотя он слабый и больной. Но я рада и тому, что еще могу ему чем-то помочь, облегчить его страдания.

После этого диалога я спросила Наташу:

– Как ты себя чувствуешь?

– Гораздо легче.

– Что же мы будем делать с черной палатой?

– Я хочу перевести его в другую палату.

– Представь себе коридор и палаты. Сейчас ты можешь выбрать любую палату для своего мужа.

Она “находит” светлую палату с пальмой и цветами, с ярким постельным бельем, с мягкой мебелью:

– Я хочу перевести его сюда.

– Ты хочешь, чтобы он пошел сам? Или пусть его везут туда в каталке?

– Пусть он идет сам. Я буду его поддерживать.

В воображении Наташа помогла мужу подняться и проводила его до новой палаты. И я сказала ей:

– *Постой на пороге этой черной палаты (здесь “черная палата” – символический образ преждевременной скорби) и скажи ей свое последнее слово.*

В этот момент с Наташей произошло то, что называется катартическим отреагированием. Она разрыдалась, плача минут пять, а потом сказала:

– *Мне сейчас легче. Я выплакалась и оставляю в этой палате свои слезы.*

В воображении она закрыла дверь черной палаты, перевела мужа в новую, после чего я спросила:

– *Как изменился муж в твоём воображении?*

– *Он лежит слабый, бледный, но улыбается.*

– *Ты пришла навестить его... Что ты принесла ему?*

– *Яблоки, картошку с мясом.*

Далее было еще несколько ничего не значащих реплик, но сеанс можно было считать законченным. В этот же день Наташа поговорила с мужем, сказав ему о том, что избегание, вставшее между ними, было связано не с брезгливостью, а с тем, что она очень боялась его кончины. Их взаимоотношения восстановились, они вновь стали проводить время вместе, наладилась сексуальная жизнь. Поскольку муж в последнее время хорошо чувствовал себя и физически, и соматически, преждевременная работа горя прекратилась.

ЛИТЕРАТУРА

Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. – Amer. Journ. of psychiatry, 1944, v.101, № 2.