

## ПСИХОТЕРАПИЯ УТРАТ НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (МЕТОД КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ)

О.К. РОМАНЕНКО\*

*Автор статьи развивает тему, представленную им в одном из предыдущих номеров журнала<sup>1</sup>. Центральной темой публикации являются особенности психотерапевтической работы с людьми, страдающими психосоматическими заболеваниями, прежде всего, — ревматоидным артритом. Подобная работа имеет свою специфику, связанную не только с самим заболеванием, но и с условиями ее проведения: стационар накладывает ряд ограничений на выбор целей и методов психотерапии. В связи с этим автор представляет разработанную программу психологической помощи больным ревматоидным артритом, основанную на гештальттерапии и подходе Б.Хеллингера и осмысляет результаты ее проведения. Важнейшей целью психотерапевтической работы, по мнению автора, должно быть воздействие на семейную систему и помощь в переживании опыта тяжелой душевной травмы.*

Любое незавершенное психологическое событие, даже по прошествии длительного времени, продолжает подспудно влиять на человека и его поведение. Испытывая душевную боль, люди стараются мужественно переносить ее и либо не проявляют своих чувств, либо проявляют их сдержанно. В результате эти чувства оказываются вытесненными из сознания, необходимая жизненная энергия связывается в зоне незавершенной ситуации, и человек в своих ежедневных делах испытывает недостаток сил. Вытесненные конфликты накапливаются, создают напряжение в теле и сказываются на физическом

---

\* *Романенко Ольга Константиновна* — научный сотрудник отделения психосоматических расстройств Отдела пограничной психиатрии ФГУ «ГНЦССП Росздрава».

<sup>1</sup> *Романенко Л.В., Романенко О.К.* Психотерапия больных ревматоидным артритом в условиях стационара // Московский психотерапевтический журнал. 2008. № 2.

здоровье людей. Это легко заметить по снижению иммунитета и обострению хронических заболеваний.

В случае тяжелой душевной травмы может снижаться общая чувствительность организма, возникать безразличие к окружающему, изменяться весь эмоциональный фон человека.

Психосоматические больные, вытесняя из сознания свои психологические проблемы, сталкиваются с ними позже в виде физических заболеваний. Это объясняет тот факт, что после проведения нами психотерапевтической работы с больными ревматоидным артритом наблюдается улучшение их психофизического состояния.

Работа, касающаяся терапии утрат, осуществлялась с пациентами из разных возрастных групп. Однако, несмотря на некоторые нюансы, связанные с возрастными особенностями клиентов, имевшиеся терапевтические отличия носили частный характер и были обусловлены проявлением структуры личности конкретного человека. В целом, описываемый в данной статье метод работы с потерями на примере больных ревматоидным артритом в своей основе является единым как для психосоматических, так и для других категорий пациентов.

Терапия утрат проводилась нами комбинированным методом, разработанным целенаправленно для проведения индивидуальных сессий с больными ревматоидным артритом, который сочетал краткосрочную системную семейную терапию Б.Хеллингера и гештальт-подход. Полученная комбинация возможностей позволила проводить личную терапию пациентов в рамках системы порядков и корректировать их частные нарушения в семейной системе больного (если таковые у него имелись). В результате комбинированной терапии число необходимых для психологического восстановления сессий сократилось, что является немаловажным при работе в условиях стационара, поскольку срок пребывания пациентов ограничен в среднем тридцатью днями.

Поскольку проведение развернутых, многодневных групповых занятий было сопряжено с рядом технических трудностей (дефицит свободных помещений и т.п.), диагностику и терапию методом Б.Хеллингера мы проводили в индивидуальной сессии с помощью специальных фигурок человечков, обозначающих членов семьи, или расставляя символические предметы в пространстве кабинета, что является не менее эффективным по сравнению с расстановками в группе.

Приемы и методики, отработанные и обобщенные нами на практическом материале терапии утрат с другими категориями пациентов были также использованы в данной работе.

Основные этапы процесса, необходимые для психологического восстановления людей, переживших смерть близкого человека, выглядят следующим образом. На начальной сессии терапевт классически с помощью гештальт-подхода выстраивал доверительные отношения с пациентом. Затем, на втором этапе, он осуществлял психологическое сопровождение больного в его индивидуальную историю отношений с ушедшим из жизни.

Основным психологическим шагом в терапии утрат было выделение достаточного количества времени для горевания, а также предоставление «места в душе живущего» ушедшему. Поэтому подробно обсуждался факт смерти и все, что с ним связано. Терапевт и пациент касались всех «мелочей» начала, развития и завершения отношений между близкими людьми.

Существенным моментом здесь является получение пациентом терапевтической поддержки при возвращении в травматическую ситуацию. Болезненный чувственный поток пациента теперь сохраняется, направляется и адекватно корректируется терапевтом. Сопровождая пациента в его «психологическую ситуацию», терапевт следит, чтобы он не механически описывал чувства, а вновь реально «проживал» случившееся. Терапевт «ведет» пациента к принятию им в себе глубокой печали и боли, что чуть позже сделает пациента свободным и открытым к будущей жизни. Скрупулезно следуя за ощущениями и эмоциями пациента, терапевт помогает ему прояснить все нюансы чувств, отреагировать наиболее болезненные моменты, осознать и озвучить все, что осталось скрытым от горящего человека. Таким образом, все вытесненные тяжелые состояния становятся осознанными и постепенно изживаются.

Третий основной этап терапии утраты касался позитивной стороны отношений пациента с ушедшим человеком. Эта часть работы позволяла пациенту «поднять» его скрытые душевные ресурсы и опереться на них, чтобы вернуться к текущей жизни. Среди обсуждаемых с пациентом вопросов были следующие: кем в его жизни был ушедший человек, какую роль он играл в жизни пациента, с чем навсегда расстался пациент, а с чем в душе остается, какой это был человек, что любил и какие имел привычки.

При этом важно также отметить, что в их совместной жизни было особенно хорошо. Какое воспоминание для пациента является самым светлым. Является ли это воспоминание источником позитивной энергии, опирается ли пациент на эти теплые чувства в нынешней жизни. Что люди приобрели в общении друг с другом, какой позитивный об-

мен состоялся между ними в их совместном прошлом, помнит ли живущий об этом. Для завершения полного обмена в процессе горевания необходимо все слова, мысли и чувства, которые были недосказаны близкому человеку при жизни, произнести ему в «образе». Подобный эмоциональный анализ «выравнивает психологические позиции» и позволяет завершить отношения на позитивных чувствах.

Четвертый основной этап — это выражение уважения ушедшему. Ритуальное выражение уважения, по Б.Хеллингеру, облегчает пациенту процесс переживания его глубинного душевного отношения к близкому, внутренне отделяет его от образа умершего, а терапевту помогает осуществить дифференциацию между пациентом и его близким человеком и завершить работу с конфлюенцией (если есть). Все это чрезвычайно важно для больного, поскольку ведет к принятию им своей судьбы и судьбы ушедшего человека, примиряет его с утратой и помогает избежать «переплетения» с прошлым. (Здесь сочетались два подхода одновременно.) Все это важно для продолжения пациентом нормальной жизни.

Последний, существенный этап терапии заключался в том, чтобы не дать больному «застрять в прошлом» и ориентировать его на дальнейшую жизнь. Терапевт создает психологические условия, при которых горящий пациент «ощущает любовь» к себе ушедшего. Он осознает ненужность для ушедшего собственных бесконечных страданий, делает для него в своей душе все, что считает необходимым (закрывает гештальт), прощается с ним и «отпускает с любовью» (терапия Б.Хеллингера).

Скорейшему обращению больного к жизни способствовало также установление терапевтом связи между жизненным вкладом ушедшего и настоящими делами и успехами самого пациента. В делах пациента сегодня может присутствовать вчерашний вклад близкого ему человека или сами успехи пациента являются продолжением дел этого человека. Таким образом, в память об ушедшем терапевт ориентировал пациента, пережившего утрату, на добрые дела в будущем и, тем самым, помогал ему полностью повернуться к жизни.

Характер, длительность, обязательность и вариативность описанных выше стадий терапии менялись в зависимости от особенностей конкретного случая. В каком виде и как будет протекать терапия, зависит от эмоционального состояния пациента в текущий момент, от тяжести хронического заболевания, от возраста пациента, от того, чью смерть приходится переживать ему, одинок ли он или живет в составе семьи, есть ли друзья и др.

Особенностью больных ревматоидным артритом является то, что внезапное душевное страдание происходит на фоне постоянно действующего физического болевого фактора и дополнительно усиливает недомогание. Поэтому наряду с терапией утраты с пациентами в обязательном порядке проводился комплекс медико-психологических мероприятий, направленных на лечение их основного заболевания.

Ряд больных отличало одинокое проживание и суженный круг общения, поэтому непосредственный контакт с терапевтом для них был особенно целительным. В этом случае процесс выхода пациента из тяжелого эмоционального состояния нами сознательно затягивался.

Если клиентом являлся пожилой человек, для которого уход близкого был особенно тяжел, то терапевт определенное время поддерживал иллюзию общения, сохраняя диалог пациента с ушедшим. Больному важно мысленно, наедине или на сеансах с терапевтом, рассказывать о своей жизни, делиться с родным человеком событиями текущего дня. После этого терапевт постепенно переключал внимание пациента на других окружающих. В этом случае проводились сеансы гештальт-терапии.

Хорошие результаты в работе с пожилыми людьми достигались приемом «переноса» радостных событий из прошлого в настоящее. Некоторые дорогие для пожилых пациентов события прошлого и традиции удавалось воспроизвести в настоящем. Это успокаивало людей и давало им энергию. Серьезное облегчение состояния наступало и тогда, когда терапевт акцентировал внимание пациента на полноценном проживании текущего момента жизни.

Особенное значение для пожилых людей имело осознание ими того факта, что продолжением их любви к ушедшему близкому им человеку является любовь к потомкам. Глядя на детей и внуков, они продолжали в них любить ушедшего. Пациенты могли говорить со своими детьми или внуками об этом человеке, рассказывать им о нем. Тем самым пожилые люди оставались верны памяти родного человека и в то же время осуществляли сегодняшнюю жизнь.

Комбинированная краткосрочная терапия утраты с больными ревматоидным артритом показала, что в их психофизическом состоянии происходят стабильные изменения.

В ходе работы снимался эмоциональный накал чувств, и спадало физическое напряжение в теле. Уходили тяжелые негативные состояния, и «закрывалась» травматическая ситуация, больные становились спокойнее. Терапевтическая проработка незавершенной психологической ситуации высвобождала связанную в ней энергию, а изживание тяжелых эмоций, ослабление напряжения во всем теле позволяло снять

депрессию и восстановить ощущение полноты жизни. Пациенты констатировали уменьшение болевых ощущений в суставах и окружающих их тканях.

При более продолжительной терапии диапазон психологической чувствительности больных ревматоидным артритом неуклонно возрастал, увеличивался приток энергии, восприятие жизни все больше приобретало естественные краски. Люди чаще устанавливали новые отношения, временами оживали их прежние, часто совсем забытые, контакты, постепенно происходило возвращение пациентов к полноценной жизни.

Итак, терапия утраты больных ревматоидным артритом делится на несколько основных этапов: период острого горевания (проживание чувств, отреагирование...), период завершения отношений и закрытие травматической ситуации (воспоминания, опора на позитив, личностная интеграция...), период перехода к новым отношениям в жизни (проживание настоящего, выстраивание будущего, установление связи прошлого, настоящего с будущим...).

Последовательное и тщательное проведение описанных выше этапов терапии для данной категории больных является обязательным, поскольку наличие дополнительного (к основному, физическому) постоянно и исподволь действующего травмирующего фактора у больных ревматоидным артритом негативно сказывается на течении основного хронического процесса. Наша работа показала, что снятие стрессового фактора ослабляет существующие психические напряжения больных, вызывает снижение мышечного тонуса и, как следствие, способствует уменьшению болевых ощущений в суставах и окружающих их тканях.

## ЛИТЕРАТУРА

- Вебер Г.* Два рода счастья: Системно-феноменологическая психотерапия Берта Хеллингера. — М.: Институт консультирования и системных решений, 2007.
- Гингер А., Гингер С.* Гештальт-терапия контакта.
- Гингер С.* Гештальт: искусство контакта. — М.: Per Se, 2002.
- Хеллингер Б.* Порядки любви: Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003.
- Хеллингер Б.* Порядки помощи. — М.: Институт консультирования и системных решений, 2006.