

Август 2021 / Выпуск 2

ПредВЕСТНИК

Информационное издание Института психотерапии



17-й АПРЕЛЬСКИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ СЕМИНАР ПО ПСИХОТЕРАПИИ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Патология воли влечения и инстинктов. Постановка проблемы. *Назыров Р.К.*

Патология воли влечения и инстинктов с позиции психиатрии. *Егоров А.Ю.*

Когнитивно-поведенческий подход к пониманию патологии воли, влечений, инстинктов. *Бубнова И.В.*

Психоаналитический подход к пониманию патологии воли, влечений, инстинктов. *Соколов С.Е.*

Круглый стол

Презентация проектов: отчет о работе методической группы

Завершение семинара

ОСЕННИЙ ФЕСТИВАЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРАКТИК: анонс

Дорогие друзья!

С 1 по 6 апреля 2021 года под эгидой нашего Института состоялся 17-й Санкт-Петербургский Апрельский семинар по психотерапии и практической психологии. Несмотря на то, что тема семинара была выбрана еще к 2020 году, за пропущенный вследствие пандемии коронавирусной инфекции год она не потеряла своей актуальности. Семинар, посвященный патологии воли, влечений и инстинктов, состоялся, причем в очном формате, собрав более 50 специалистов из разных городов нашей Родины!

Вопреки сложившейся традиции в этом году Семинар прошел не в загородном отеле, а в центре Санкт Петербурга. В этом были свои плюсы: даже с учетом большой занятости и огромного количества мероприятий на самом семинаре участникам удавалось гулять и знакомиться с достопримечательностями Северной столицы. Здесь нужно отдать должное работе организационного комитета Семинара: Александр Александрович Климов, директор Центра образования Института, Артем Анатольевич Жариков, исполнительный директор, и Александр Евгеньевич Гуренко, специалист центра образования, сделали все, чтобы обеспечить максимальный комфорт всем гостям, начиная от четкого составления расписания, приема гостей и их сопровождения, модерирования мероприятий и заканчивая устройством приятных кофе-брейков. Большую роль в сопровождении гостей Семинара сыграли также участники лаборатории «Кристалл», наши компетентностные преподаватели.

Перед гостями Семинара стояло много интересных задач:

- освоить образовательную программу;
- прослушать доклады и познакомиться с различными взглядами на тему;
- придумать и реализовать собственные исследовательские проекты;
- разработать подход по компетентностному изучению темы патологии воли;
- доработать краткосрочную образовательную программу по психотерапии нарушений воли, привычек, влечений и инстинктов;
- исследовать на терапевтических группах собственные особенности, сложные желания, понять их причины и возможности коррекции.

Основными мероприятиями Семинара для гостей были ежедневное участие в терапевтической группе (динамической, группе когнитивной гипнотерапии или экзистенциально-гуманистической группе), теоретические доклады приглашенных спикеров и основных ведущих, методическая группа с составлением и реализацией исследовательской программы, разработка собственного проекта и круглый стол. Мы постарались подготовить для вас сообщение обо всех мероприятиях. Надеемся, что участники семинара с теплотой вспомнят, как это было, а те, кому не удалось посетить нас в этом году, получат как можно более полное представление о Семинаре, проникнутся его духом и обязательно приедут к нам в следующий раз!



Патология воли влечения и инстинктов: постановка проблемы

Равиль Каисович Назыров, докт. мед. наук, врач-психотерапевт, ректор Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского



Легкой, понятной и общепринятой теории, которую можно было бы применить к пациентам с патологией воли, влечений и инстинктов, к сожалению, нет. Именно поэтому каждый из нас, специалистов, работающих с людьми, вынужден либо разбираться с этой темой самостоятельно в силу своих возможностей, либо просто ее игнорировать... Психологи и психотерапевты диагностически исключают сексуальные расстройства и зависимости. При этом в методическом аспекте несколько важных вещей просто не поднимаются, например вопросы измененного состояния сознания или воли как таковой — в данный момент в действительности мы не очень понимаем, что это такое. Такого понимания нет и в обсуждении в нашем профессиональном мире и в зоне нашего ближайшего развития. Складывается впечатление, что происходящее можно объяснять какими-то иными способами. Это тема, с одной стороны, сложная, а с другой, возможно, никакой «воли» в таком понимании, как, к примеру, «когниция» или «поведение», вообще нет. Современные психологи-теоретики (например, известный специалист в области эмоций Кэррол Изард) показывают, что эмоциональных и когнитивных процессов по отдельности не существует, это лишь удобная

условность, которую мы можем использовать в практике.

Позиция нашего Института такова, что настоящий специалист не делает неизвестно что, а работает осознанно, воспроизводя результат. Задача, стоящая на сегодняшний день перед профессиональным сообществом, заключается не в том, чтобы доказать необходимость психотерапии — все понимают, что без психотерапии трудно представить и медицинскую, и немедицинскую работу. Задача в том, чтобы расширить в обществе понимание психотерапии как той специальности, которая и делает медицину медициной, создавая для нее важный социальный ракурс, потому что справиться с большинством болезней исключительно в биоцентрическом подходе невозможно.

Однако в современной психотерапии не все ясно. Существует целый ряд нерешенных вопросов, в которых нам бы хотелось вместе разобраться. Вот только некоторые из них.

• Психотерапевтические теории затрагивают только часть человеческой сущности...

Именно по этой причине существует так много разных психотерапевтических методов (не менее 800). Например, в некоторой парадигме ищут не «конфронтацию», а «конфротирование». Казалось бы, разница минимальна. Однако понятие «конфронтация» происходит из психодинамического направления, в то время как «конфротирование» — сайентологический термин. Подобные тонкости психотерапевты должны уметь различать. А чтобы их различать, нужно смотреть с научных позиций. К сожалению, не редки специалисты, смешивающие научные и псевдонаучные, и даже мистические, шаманские техники (некоторые коллеги, к примеру, все еще занимаются расстановками по Хеллингеру). С точки зрения нашего Института,

психотерапевту необходима фундаментальная подготовка по медицине, психопатологии, медицинской психологии и, конечно же, лингвистике. Современный психотерапевт — это и не врач, и не психолог, и не лингвист, а что-то новое, много больше, чем сумма трех составляющих.

● Не до конца понятно, что такое измененные состояния сознания...

... и как меняет язык в этих состояниях (Спивак Д.Л., 1986)...

Пользоваться измененными состояниями сознания трудно, но важно. Гипнотическая группа помогает понять, что происходит с человеком в терапии. Значение имеет при этом наблюдение за подходом и сопоставление с тем, как те же процессы и изменения происходят без наведения гипнотического транса. Попадание на место пациента тоже приводит человека в измененное состояние сознания.

● Мы не очень хорошо понимаем, что такое мотивация ...

... и почему у человека возникают сложные особые желания...

И здесь все тоже не просто. Существует масса теорий, например теория Прохазки–Ди Клемента, но и они не выглядят достаточно понятными и убедительными.

● Как у человека появляются типичные способы сложного поведения... (Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения)

● Почему человек может находиться в нескольких разных состояниях с разными личностными настройками...

Например, полярные состояния при болезни зависимости: не принимаю ПАВ — погружаюсь в «запой»... Это доктор Джекил и мистер Хайд Роба Стивенсона и их современные «потомки»... И примеры из повседневности: отказываюсь играть в невротические игры, но это опять происходит.

Воля и нарушение волевого регулирования

Воля — важнейшее качество человека (в широком смысле), дающее ему возможность

совершать выбор, нести за свой выбор ответственность и добиваться поставленных целей.

В психологии и психотерапии нет единого понимания того, как именно устроены процессы волевого регулирования у человека. Рассматривая волю в широком смысле (не с точки зрения того, есть ли для нее психологические механизмы или нет, а с точки зрения существующих на сегодня подходов), можно увидеть удивительное многообразие.

● Воля (в психологии) — свойство человека, позволяющее сознательно управлять своими эмоциями и поступками.

● Воля (в «нейронауках») — термин, обозначающий высшие **когнитивные процессы** или функции, связанные с контролем поведения.

● Воля (в философии) — феномен проявления субъектом своих желаний, формирования целей и их достижения.

● Воля (в юриспруденции) — способность лица руководить своими действиями.

Расстройства привычек и влечений

Другая сторона вопроса — расстройства инстинктов и влечений. Это группа психических проявлений, характеризующихся периодической неспособностью противостоять мощным импульсивным движениям, в том числе желаниям совершать опасные для себя и окружающих действия. Инстинкты и влечения как будто представляют собой что-то противоположное воле. Здесь можно вспомнить Марка Твена с его известным высказыванием о том, что «нет ничего проще, чем бросить курить — я сам делал это много раз». Расстройства инстинктов и влечений наблюдаются у множества людей (до 3% населения), в том числе у тех, кто не считает, что у них есть какие-то сложности. Это пробный камень психотерапии.

● Расстройства не обусловлены приёмом психоактивного вещества, соматическим, неврологическим заболеванием или другим психическим расстройством.

● Распространённость — 1–3% населения.

- Влечения являются важным компонентом структуры личности. Их нарушения могут выступать в качестве симптомов различных заболеваний, изредка их рассматривают как самостоятельное расстройство.

- К этой группе относят нарушения и извращения аппетита, изменение структуры пищевого поведения, импульсивные действия, импульсивные влечения и некоторые другие расстройства.

- Импульсивные действия могут являться признаками психического расстройства, могут возникать без видимой причины и контроля сознания. Они внезапны, стремительны, кратковременны (секунды, минуты). В это время лица могут совершать агрессивные поступки, куда-то бежать, наносить себе повреждения и т.д.

- Импульсивные влечения проявляются неосознаваемым, овладевающим рассудком стремлением к совершению поступков и действий, неадекватных существующей ситуации, не свойственных установкам личности и несовместимых с его интересами.

Вопросом остается то, чем следует правильнее считать следующие проявления — патологией или просто особыми желаниям. Встречаются пациенты (например, с дипсоманией), социально хорошо адаптированные и не имеющие каких-либо иных отклонений.

- Дипсомания — непреодолимое влечение к крепким спиртным напиткам.

- Дромомания — внезапно возникающее непреодолимое стремление к бродяжничеству, побегам из дома, скитаниям, «охота к перемене мест».

- Клептомания — импульсивное влечение к воровству, стремление украсть ту или иную вещь, которая на самом деле вору и не нужна, ибо воровство совершается ради процесса, а не результата.

- Пиромания — острое, внезапно возникающее влечение к поджогам.

- Мифомания — непреодолимая потребность к обману, мистификации окружающих, потребность во лжи, вранье.

- Нимфомания — женская гиперсексуальность, патологическое усиление полового влечения и повышение способности к переживанию оргазма.

- Эротомания — иллюзия, что человек любим кем-либо, как правило, незнакомым, имеющим высокий статус или знаменитым.

Сексуальные девиации — отклонение от общепринятых форм полового поведения. Психотерапевты и психиатры, как правило, обходят эту тему ввиду ее сложности и стигматизации. Трудно бывает разобраться в том, что перед нами — случай мазохизма или выдаваемое за мазохизм домашнее семейное насилие. Еще один пример — трансвестизм двойной роли, когда мужчина, одевая наряд женщины, как будто бы вступает с другой женщиной в гомосексуальные отношения. Сексология обязательно должна быть представлена в подготовке психотерапевта и любому специалисту необходим ликбез в данной области. Ведь при отсутствии научных знаний у психотерапевта и отказа в помощи клиентам с подобными вопросами появляются различные «специалисты» по «сексу и оргазмологии».

Так то же это в действительности: специфические прихоти, т.е. *норма*, или сексуальные девиации, *патология*?

1. Гомосексуализм — половое влечение к лицам того же пола.

2. Мазохизм — стремление получать от полового партнера во время сношения физическую боль или моральные страдания.

3. Фетишизм — использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и удовлетворения.

4. Геронтофилия — половое влечение к пожилым людям.

5. Эфебофилия — половое влечения к молодым девушкам.

6. Эксгибиционизм — половое удовлетворение в результате обнажения половых органов в присутствии лиц противоположного пола.

7. Трансвестизм — влечение переодеваться в одежду и принимать облик лица противоположного пола.

8. ...

Инстинкты: есть ли они у человека?

Инстинкт — совокупность врожденных тенденций и стремлений, выражающихся в форме сложного автоматизированного поведения. В узком смысле это совокупность сложных наследственно обусловленных актов поведения, характерных для особей данного вида животных при определенных условиях.

Большинство исследователей считают, что у человека нет инстинктивного поведения. Его практически нет и у высших приматов. Мы выбрали этот термин, чтобы рассмотреть некоторые сложные модели поведения человека в особых условиях...

Ну а все же...

Можно выделить несколько вариантов специфических форм поведения, напоминающих поведение инстинктивное. Их исследование необходимо для разработки психотерапевтических подходов.

- Поведение, направленное на самосохранение.
- «Материнский инстинкт».
- Альтруизм.
- Ориентировочная потребность и «исследовательский инстинкт».
- Лидерство.
- Свобода.
- Социализация.
- Иерархизация социальных ролей.
- ...

В ситуации решения вопросов жизни и смерти у человека включаются механизмы борьбы за себя самого. Однако эти движения могут быть и ошибочными, например при панической атаке. В обычной жизни человек как будто бы находится между жизнью и смертью, и возникающие мощнейшие импульсы часто ведут значительно глубже, чем психологические

и даже психические механизмы. Складывается ощущение процессов, пронизывающих человеческую субъектность. Нечто подобное наблюдается и с материнским инстинктом — иногда по каким-либо причинам он не запускается, в то время как в других случаях, наоборот, запускается без оснований: человек начинает считать другого своим ребенком, выстраивая сложные отношения (есть семьи, в которых женщина играет по отношению к мужу роль матери). С такими отношениями бывает не просто разобраться, тем более не понятно, что с ними делать... Другой пример — альтруизм. Казалось бы, это экзистенциальное понятие, гуманистическая позиция... Однако можно наблюдать, что некоторые люди просто на инстинктивном уровне движутся в его сторону (один из самых известных, но далеко не единственный, пример — Виктор Франкл, в лагере смерти спасающий других людей).

И со всеми этими вопросами надо попробовать как-то справиться.

Так в ходе Апрельского семинара 2021 года мы постарались исследовать современные теории понимания патологии воли, привычек, влечений и «инстинктов» и разработать психотерапевтические подходы для эффективной помощи пациентам при следующих состояниях.

- Нарушения пищевого поведения.
- Суицидальное поведение и суицидальная зависимость (например, ситуации, когда подростки настолько увлечены этой темой, что просто живут в ней).
- Жалобы на снижение сексуального влечения и «особые» сексуальные желания (при отсутствии патологического научения).
- Нехимические зависимости.

Породить нехимическую зависимость может любой копинг: здоровый образ жизни, компульсивные походы в спортзал с утра до вечера. Видимо, за этим стоит что-то важное, например надежда, что если я буду больше ходить в спортзал, моя жизнь изменится. Во всех формах нехимической зависимости скрыта мотивационная тайна: чего-то очень важного человек для себя не делает и пытается простыми способами это компенсировать.

- Другие формы отклоняющего поведения.

- Ну и конечно, целый набор «невротических» (или неврозоподобных?) феноменов: фобии, обсессии, компульсии, абулии, астении...

Таким образом психотерапевт должен быть и хорошим психопатологом, и понимать смысл происходящего.

Психология воли

В понимании психологии воли существует масса трудностей, современная психология идет очень извилистыми путями. Выдающийся отечественный психолог **Сергей Леонидович Рубинштейн** в своем общем философско-психологическом понимании определил волю «как действия, регулируемые осознанной целью и отношением к ней как к мотиву». Это и есть волевые действия. Данное креативное определение отличает и другие мотивационные движения. Желание — это сиюминутная вещь. Мотив — способ реализации потребностей, это опредмеченные потребности.

Важнейший вопрос — соотношение мотива и цели. Сегодня в психологии о мотивах говорят больше, а о потребностях — меньше. Считается, что они не осознаются и реализуются через спектр мотивов, которые могут быть более или менее осознанными, более реальными и менее реальными. В психотерапии мы и занимаемся именно тем, что выясняем, настоящий ли мой мотив, ту ли самую потребность он реализует. Совпадения цели и мотива в сознании субъекта означает, что субъект полностью управляет своей деятельностью, она не носит спонтанный характер — в деятельности имеет место воля.

Говоря о соотношении мотива и цели, следует упомянуть **Алексея Николаевича Леонтьева**.

- Совпадения цели и мотива создает ситуацию управления своей деятельностью: в деятельности есть воля.
- Отношение мотива к цели при их различии позволяет определить личностный смысл. Здесь может появляться экзистенциальная сложность.
- «Сдвиг мотива на цель» определяет волевой компонент деятельности. Из разных источников появляются разные нюансы, которые можно отрефлексировать и получить подход к этому механизму понимания волевого регулирования.

Если цель и мотив различаются, появляется смыслообразующая мотивация, смысл. А при их совмещении смысл как будто бы исчезает, и появляется волевой механизм регулирования.

Но где же находится «волевая регуляция»?

Некоторые психологи смешивают понятие воли как психической функции со способностью человека стремиться к достижению цели, в результате чего можно встретить такие определения: «Воля — сознательная регуляция субъектом своей деятельности и поведения, обеспечивающая преодоление трудностей при достижении цели...» (Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции. — Питер М-СПб, 2006). Это определение отличается от определения Рубинштейна. Во всех этих конструкциях смешиваются связанные с психическими процессами и личностные аспекты.

Таким образом, диалектика концепции воли включает личностный и психический взгляд. И это возможно в связи с существованием двух принципиально разных подходов к пониманию личности. Экзопсихический взгляд (В.Н. Мясищев, В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский) предполагает, что личность распределена в среде обитания и находится в межперсональном взаимодействии, а значит, и волю нужно искать там же (интересно, что все идеологи данного подхода — и Мясищев, и Бехтерев, и Лазурский — врачи-клиницисты). В соответствии с эндопсихическим взглядом, личность — это некий объект внутри головы человека. Подобного взгляда придерживаются следующие психологи:

- С.Л. Рубинштейн — «совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия»...
- В.А. Ганзен — «общественный индивид»...
- И.С. Кон — «человеческий индивид»...
- Б.Г. Ананьева — «субъект общественного поведения»...
- А.В. Петровский — «человек как индивидуум»...
- К.К. Платонов — «человек как носитель познания»...

● Г.В. Олпорт — «динамическая организация психофизиологических систем»...

● Г.Ю. Айзенк — «организация характера и темперамента»...

Именно поэтому путаница в понятиях и определениях неизбежна.

Для того чтобы эту путаницу немного развеять, следует разобраться в структуре психического. С позиции Эмиля Крепелина и проблемы так называемого *психофизиологического параллелизма* базой психических процессов является нервная ткань с ее неврологическими функциями (электрофизиологическое, нейроэндокринное, нейрохимическое и др. функционирование нервной ткани), однако прямого выхода на психические процессы (эмоции, мышление, память, восприятие, волевые механизмы) здесь не существует.

Но есть и другая проблема — *биосоциальная*: внутри психики по неясным причинам поселяется социальное пространство. И если рассматривать теорию Мясищева в аспекте решения биосоциальной проблемы, «личность — это система, сформированных и реализуемых в обществе отношений человека к действительности, субъектом которых он является».

Тогда получается, что психическое — не очень простой объект, а уровневый. Психическое — не один черный ящик скрытой мотивации, как понимали его бихевиористы, и не один черный ящик бессознательного в понимании психоаналитиков. Это три черных ящика, стоящих друг на друге: *ткань, психические процессы* и *эфемерная личностная структура*. Где же в этом случае находится воля? В этом случае воля пронизывает все уровни!

Она проявляется на уровне нервной ткани: у одного человека импульс, влечение более выражены, у другого — менее (это исследовано и на животных: некоторые бегут к миске, расталкивая других, остающихся позади). Ткань по меньшей мере отвечает за мощность волевого импульса. На уровне психики: психические механизмы привычек и влечений — реализация через поведение. Т.е. психофизиологически это импульс, а на уровне психических процессов — форма волевого регулирования. Если же мы рассматриваем личность, работающую в

четырёх личностных механизмах (рефлексия, социализация, идентификация и персонификация), получается, она формирует такую принципиальную вещь, как смысл или цель. И если читать существующие теории под таким углом, все встает на свои места. Нет никакой воли, есть три процесса, взаимодействующих между собой: целеполагание на уровне личности, форма реализации на уровне психики и сила импульса на уровне психофизиологии.

Где же в таком случае находится интервенция? И что же в этом случае может сделать психотерапевт?

В нейронауках разработаны способы стимуляции или торможения нервной ткани (например, активирование ретикулярной формации приводит к засыпанию, выключение — к пробуждению, отсутствию сна). Это не психотерапевтическая задача, а задача психоневрологии, психофизиологии. На уровне психики можно воздействовать на механизм привычек. Мизофобия с бесконечным мытьем рук, которая вроде бы является неврозом, может быть крайне устойчивой к психотерапии ввиду того, что обусловлена генетически и требует психиатрической коррекции. Даже гипноз не может подействовать на структуру бреда: можно поменять семантику, но не форму мышления. Психотерапевту тогда остаются мотив и личностный смысл. Целеполагание — безусловно психотерапевтическая история. При этом цель можно сформулировать, увеличив нейропластичность в гипнозе, а потом предложив ему какие-то движения когнитивного свойства. Динамическая группа помогает преодолеть препятствия на пути к цели. Цель может формулироваться и через погружение в экзистенциальный механизм бытия. Получается три важных инструмента.

Можно выделить четыре типа феноменов.

- Патология воли.
- Расстройства привычек и влечений.
- Расстройства на уровне «инстинктов».
- Психомоторные нарушения.

Патология воли в свою очередь включает (В.А. Жмуров. Психопатология, 1994):

- нарушения активности (гипобулия, абулия, гипербулия);
- нарушения влечений;
- нарушения мотивации поведения (парабулия);
- психомоторные нарушения;
- другие нарушения воли.

Парабулии: патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов. Это:

- импульсивные, реактивные, нелепые и прозектические действия кататонических пациентов;
- неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом (психозы);
- снижение уровня мотивации, регрессия личности (алкоголизм, наркомания);
- избыточный уровень мотивации, когда индивидуум ставит себе сверхзадачи, перфекционизм (психастеники);
- защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание (отказ от дела, боязнь трудностей, маскируемые разнообразными формами психологической защиты);
- преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость (конформные).

Нарушение влечений:

- дипсомания,
- дромомания,
- пиромания,
- клептомания,
- мифомания,
- копролалия,
- гиперсексуальные приступы (нимфомания, сатириазис),
- влечение к азартным играм (гемблинг).

Расстройства на уровне инстинктов

Встречаются разные нарушения врожденных влечений:

- сексуального,
- пищевого,
- инстинкта самосохранения,
- родительского инстинкта.

Психомоторные нарушения

- Негативизм.
- Автоматическая подчиняемость.
- Эхопраксия.
- Стереотипии.
- Акинезия.
- Ступор.
- Паракинезии.
- Двигательное возбуждение.

Как же смотрит на расстройства воли, влечения и инстинктов современная психотерапия?

С точки зрения **динамической психотерапии**, человек не совершает какой-либо поступок, потому что его мотивация противоречива. Так, пациентка может хотеть уйти от матери, потому что мать ведет себя с ней, как с маленькой девочкой, и одновременно не может, так как одна воспитывает ребенка, нуждается в помощи матери и опасается без этой помощи не справиться. Казалось бы, волевое нарушение обладает в действительности мощным психогенным смыслом: женщина не может ни с матерью жить, ни без матери обходиться. Психодинамическая психотерапия помогает сделать явными такого рода феномены и производить с ними разные действия. Методы динамической терапии направлены на исследование и разрешение интрапсихических конфликтов, генез которых происходит из детского травматического опыта. Основные методы работы:

- интерпретация свободных ассоциаций;
- анализ источников сопротивления;
- анализ переноса и контрпереноса

В современном **когнитивно-поведенческом** направлении используют:

— когнитивные приемы (работа с когнициями и убеждениями, работа с восприятием, ожиданиями);

— поведенческие приемы (минимальное действие по формированию нового навыка/тренировка поведенческих приемов);

— экспериментальные техники (от англ. experience — опыт, переживание, испытывать что-то, извлекать) — работа с воображением, направленное воображение, визуализации, рескриптинг (переписывание эмоционального опыта).

Третья волна когнитивно-поведенческой психотерапии включает также гуманистические тенденции.

Принципы когнитивно-поведенческой психотерапии хорошо позволяет понять схема А-В-С-Д-Е, использовать которую пациента обучают для решения его сложностей!

● **А** — это **АКТИВИРУЮЩЕЕ СОБЫТИЕ**. Здесь нужно определить: время, когда это происходит (чем конкретнее, тем лучше), и пространство — место. При этом чем больше деталей клиент вспомнит (что видел, что слышал, что происходило вокруг), тем больше вероятность запуска тех же нейронных связей, что и непосредственно в ходе события.

● **В** — это **МЫСЛИ**. Фиксируются все мысли, которые крутились в голове — и касающиеся ситуации, и не связанные с ней. 5–10–15 мыслей

● **С** — **ЧУВСТВА** (негативные чувства и переживания), возникшие в тот момент, когда в голове крутились указанные мысли. Фиксируют эмоциональную схему (хотя бы 2–3 чувства с названием). После этого их необходимо прошкалировать, т.е. определить их интенсивность, в баллах или процентах (это очень важно, так как согласно теории эмоционального интеллекта, управлять своими чувствами человек может, только умея называть его и определять его интенсивность).

● **Д** — фиксируемое (наблюдаемое) **ПОВЕДЕНИЕ** или действие в тот момент: что конкретно человек делал. Клиента можно попросить рассказывать о поведении так, как оно бы выглядело, если бы его снимала камера без звука со стороны.

● **Е** — **ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ**. Чувств без физиологических реакций (жар, холод, онемение, сжатие, напряжение — нужно спросить, где) не бывает, поэтому важно уметь разделить эмоцию и то, что было в теле.

Данная схема позволяет выработать навык самонаблюдения — один из первых навыков самоэффективности!

Парабулии, с точки зрения **экзистенциальной психотерапии**, — это патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов. Импульсивные, реактивные, нелепые и прозективные действия кататонических пациентов можно рассматривать в аспекте принятия собственной инаковости, растерянности, беспомощности... Именно об этом вся гуманистическая психотерапия. Наличие неправильных действий вследствие обманов восприятия и бреда (психоза) сопряжено с кризисными реакциями после осознания нелепости своих поступков. Их часто переживают пациенты, в то время как специалисты упускают из внимания. Отсюда стигматизация и нарушение адаптации. При снижении уровня мотивации, регрессии личности, характерных для алкоголизма и наркомании, следует разобраться, как они нарушают целеполагание пациента и мешают его жизнеустойчивости. Избыточный уровень мотивации, когда индивидум ставит себе сверхзадачи (например, перфекционизм психастеника) поднимает вопросы соотношения главного и второстепенного. Защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание (отказ от дела, боязнь трудностей, маскируемые разнообразными формами психологической защиты) — отказ от социального взаимодействия... социальная «смерть», упущенные возможности. Преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость (проявления конформности) — поиск смысла вовне.

Лингвистическая терапия здесь также обладает рядом возможностей.

Основные технические приемы в лингвистической психотерапии.

● **Экстернализация проблемы** (вынесение проблемы вовне) — представление проблемы в форме текста в рамках нарративной метафоры.

- Деконструкция — поиск оснований для идей и позиций клиента. Восстановление участия (remembering): к работе, реально или виртуально, привлекаются другие люди, дающие дополнительную точку зрения на человека и его историю с целью создания сообщества поддержки предпочитаемой истории.

- «Мифологизация» — конструирование и написание (переписывание) новой истории, отвечающей критериям «успеха».

- Работа с внешними свидетелями — «тестирование» нового мифа у независимых представителей референтной группы.

Клинико-психотерапевтический подход имеет отдельное важное значение. Клиническая психотерапия в каждом событии, в каждом диагнозе видит определенные гипотетические смыслы, дающие объяснительную схему происходящего с пациентом. Например, нелепые действия кататонических пациентов могли бы быть объяснены через гипотезу о наличии хронического психического расстройства, которое не является тотальным. Если у человека хроническое психическое расстройство, и он не имеет способа реадaptации, мы можем постараться понять, почему он так себя ведет. Отсюда вытекает идея парковой терапии, когда пациент обучается вести себя так, чтобы на улице не отличаться от здоровых. Задача подобного антипсихотического научения подразумевает, что пациенты идут в общественные места под руководством социального специалиста, и когда в них не угадывают психически больных, они получают определенный ресурс для реадaptации. Исследования показывают, что в самых трудных ситуациях кататонии, если погружать пациентов в реальную жизнь, некоторые из них могут вернуться к нормальному функционированию. Здесь важно наличие позитивной креативной гипотезы, откуда берутся психические расстройства. Тогда клиническая психотерапия находит у пациента слепые пятна, с которыми может справиться. Пациент с хроническим психическим расстройством может быть не адаптирован, например, потому, что не имеет своей социальной ниши и не опирается на собственные возможности. Опыт социального наблюдения показывает, что даже самые тяжелые пациенты с психическим

расстройством при погружении в реальную жизненную ситуацию вполне способны адаптироваться. И психотерапия может предложить такой вариант помощи вместо одного лишь фармакотерапевтического лечения.

Можно выделить следующие типы психотерапевтических гипотез при парабулии.

- Импульсивные, реактивные, нелепые и прозективные действия кататонических пациентов — гипотеза хронического психического расстройства.

- Неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом (психозы) — гипотеза при шизофрении. Такая гипотеза дает возможность понимать, каким образом развивается шизофренический психоз: какие-то структуры мозга не справляются с обилием сигналов. Сегодня, однако, для шизофрении доказано наличие и психогенных механизмов. Если мы не можем вылечить пациента с шизофренией, в том числе подействовать на его мозговые структуры, мы точно можем снизить его перегрузку, убрать условия для церебральной дезадаптации за счет социального научения, обучения распознаванию чувств, создания экологических ниш, дозирования коммуникативной нагрузки. В качестве примера можно привести пациента с психозом, которого психиатры считали очень тяжелым: в течение двухгодичного наблюдения он переживал психотические приступы несколько раз. Однако при более глубоком исследовании оказалось, что психоз у него развивается в том числе потому, что форма его жизни неадекватна и неудачна: он регулярно включается в особые отношения с родственниками, борясь против родителей за невмешательство в их с женой отношения, вынужден работать без выходных с утра до вечера в плохих условиях, чтобы доказать родителям, что способен выживать самостоятельно. У этого пациента была цепочка сложных психозов, где эндогенные механизмы сочетались с экзогенными, которые стимулировали эти психозы. Приход в лечебную бригаду психотерапевта положил конец этой истории: пациента научили (естественно после перехода в ремиссию) другому режиму дня. И когда удалось создать гармоничное соотношение отдыха и работы с

осторожным вовлечением пациента в рабочий период он вышел в устойчивую ремиссию. Таким образом, есть церебральная недостаточность, есть шизофрения, но есть еще масса всяких сложностей, касающихся неадекватного поведенческого стиля, который приводит к колоссальной перегрузке и церебральным сбоям, и слабое звено этого пациента удалось отыскать благодаря вмешательству психотерапевта. Если психотерапевт отказывается от таких пациентов, боится с ними работать, когда выясняется, что это эндогенный психоз, и оставляет пациента психиатру, ремиссия не может стать устойчивой: медикаментозной терапией психиатр выводит больного из психоза, но психосоциальные факторы заболевания остаются, пациент продолжает жить по-прежнему, а значит, повторное ухудшение неизбежно. Поэтому психотерапевтическая работа необходима.

- Снижение уровня мотивации, регрессия личности (алкоголизм, наркомания) — гипотеза аддикции. Данная гипотеза также дает качественные психотерапевтические подходы. Это суммарное сочетание потребностей, которые человек оказался не способен реализовать в своей жизни, плохое устройство личности, невозможность распознавания чувств и постановки личностных целей. Как только такой пациент начинает распознавать, рефлексировать, возникают ремиссии (иногда даже спонтанные)

- Избыточный уровень мотивации, когда индивидуум ставит себе сверхзадачи, перфекционизм (психастеники) — гипотеза личностного расстройства. Характерна триада Ганнушкина–Кербикова — тотальность, стабильность и социальная дезадаптация. Человек не способен накапливать опыт. Если он попадает в поле зрения врача в декомпенсации, у него нет шанса изменить свои собственные настройки. Лечиться он должен в ситуации адаптации, состоянии компенсации. И если обеспечить ему длительную психотерапевтическую программу, есть реальная возможность справиться с его проблемами.

- Защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание (отказ от дела, боязнь трудностей, маскируемые разнообразными

формами психологической защиты) — гипотеза невротического расстройства.

- Преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость (конформные) — гипотеза психологических трудностей.

*Соответственно типам гипотез можно выделить и **типы психотерапевтических стратегий**, т.е. способы работы и механизм действия психотерапии.*

- Импульсивные, реактивные, нелепые и прозективные действия кататонических пациентов — гипотеза хронического психического расстройства — сохранение оставшихся ресурсов, суппортивная психотерапия (ее часто недооценивают).

- Неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом (психозы) — гипотеза при шизофрении — системная работа по принятию расстройства и компенсации факторов этиопатогенеза (предполагаемая длительность — 3–5 лет). В патогенезе большая доля психосоциальных механизмов.

- Снижение уровня мотивации, регрессия личности (алкоголизм, наркомания) — гипотеза аддикции — системная работа по принятию расстройства и обеспечению доступа к фрустрированным чувствам и желаниям (предполагаемая длительность — 1–2 года). Чтобы человек перестал использовать переживание как способ совладания со стрессом, он должен научиться справляться с этими трудностями.

- Избыточный уровень мотивации, когда индивидуум ставит себе сверхзадачи, перфекционизм (психастеники) — гипотеза личностного расстройства — компенсация личностного дефицита (предполагаемая длительность — 1–3 года)

- Защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание (отказ от дела, боязнь трудностей, маскируемые разнообразными формами психологической защиты) — гипотеза невротического расстройства — коррекция нарушенной системы отношений (предполагаемая длительность — 6–9 мес).

- Преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость (конформные) —

гипотеза психологических трудностей —
актуализация и развитие копингов
(предполагаемая длительность — 2–3 мес).

Патология воли влечения и инстинктов с позиции психиатрии

Алексей Юрьевич Егоров, врач-психиатр, докт. мед. наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии Медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета.



Данная лекция содержит азы психопатологии и описывает психиатрическое понимание расстройств воли, влечений, инстинктов. Следует отметить, однако, что данная сфера не ограничивается непосредственно нарушением воли, влечений инстинктов, она гораздо шире: проявления этого нарушения наблюдаются практически при всех психических расстройствах.

Разберемся для начала с основными понятиями.

- **Инстинкт** — врожденная способность совершать целесообразные действия по непосредственному, безотчетному побуждению.
- **Мотивация** — совокупность разных факторов, определяющих поведение.
- **Желание** — субъективное ощущение потребности, в том числе и биологической.
- **Мотив** — формулировка причины, соображение, которыми индивидум руководствуется в своих действиях.
- **Побуждение** — цель, ради которой совершается поступок. Истинная цель может быть установлена лишь после того,

как действие осуществилось (цель часто заменяется псевдоцелью, особенно на сознательном уровне).

- **Потребность** — это «нужда» в том, без чего организм не может нормально развиваться и существовать.
- **Влечение** — внутреннее состояние, толкающее к определенному действию.
- **Импульс** — динамическое проявление инстинкта, врожденной потребности.
- **Воля** — способность к планомерной, организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей

Именно для удовлетворения потребностей все это и необходимо: инстинкт удовлетворяет потребности базовые, а воля — вторичные.

Первые дошедшие до нас высказывания на тему потребностей принадлежат Эпикуру (III—IV век до н. э.). Он классифицировал человеческие потребности на три группы:

— естественные и необходимые (в еде, питье);

— естественные, но не являющиеся необходимыми (половые желания);

— не являющиеся ни естественными, ни необходимыми (желание славы, патологически усиленные потребности первых двух типов — страсти).

Самая известная классификация человеческих потребностей принадлежит Абрахаму Маслоу («пирамида потребностей»). Она включает следующие группы.

1. Физиологические потребности (в пище, воде и др.), без удовлетворения которых никакие другие не имеют побудительной силы.
2. Потребность в безопасности (в защищенности, уверенности в завтрашнем дне и др.), удовлетворение которой делает

возможным развитие потребности в хорошем отношении.

3. Потребность в хорошем отношении (быть любимым, принятым в обществе, в группе, где с тобой считаются и др.).
4. Потребность в самоуважении, желание утвердить себя в деле, а не во мнении властей или большинства.
5. Потребность в самореализации, которая превращает человека в творческую личность, способную заботиться о других людях, обществе и человечестве.

Здесь происходит постепенный переход от потребностей биологических к эпикритическим.

Базовые **инстинкты** человека: самосохранения, пищевой и половой. Форм проявления инстинктов описано больше:

- материнский инстинкт;
- инстинкт самосохранения;
- инстинкт смерти;
- иоловой инстинкт;
- иобственнический инстинкт;
- иерархический инстинкт;
- территориальный инстинкт;
- инстинкт сосуществования.

У животных основные инстинкты — пищевой, половой, борьбы, родительский, территориальных отношений, ухаживания, сна.

Зигмунд Фрейд, размышляя об инстинктах, выдвинул дуальную гипотезу. Первоначально он описал инстинкт жизни, Эрос, либидо, но под впечатлением от пережитой войны, зная о многочисленных жертвах, добавил инстинкт смерти, Танатос. Таким образом, согласно Фрейду, по мере онтогенеза сильное либидо вступает в конфликт с танатосом.

Согласно некоторым другим систематикам, человек имеет до 170 инстинктов и более.

Нарушения **инстинкта самосохранения** могут иметь три формы:

- а) повышение — беспокойство за свою жизнь, боязнь смерти, нередко проявляющаяся навязчивыми страхами, сверхценными и бредовыми

ипохондрическими идеями (крайне тревожный человек);

б) понижение — безучастность, безразличность при угрозе жизни, апатия, потеря чувства ценности жизни (депрессия, шизофрения);

в) извращение (самоповреждение, влечение к суициду, *рискованное поведение*).

Нарушения инстинкта самосохранения у матери сказываются на развитии ребенка.

- Повышенная тревожность матери, ощущение страха на ранних этапах развития: ребенок все время испытывает ощущение страха — повышенная тревожность матери передается ему, и он вырастает со страхами, с проблемами.

- Если мать гармонична (надежный проводник ребенка в большой мир), у ребенка формируется естественный тип характера.

- Если ребенок испытывает частое ощущение опасности, а мать своевременно не оказывает ему помощь, у него формируется недоверие к миру — враждебность, избегательный тип характера.

Воля

Волевой акт имеет интеллектуальный и мотивационный компоненты. При этом происходит следующая последовательность событий.

Возникновение мотивов деятельности (потребность, влечение, желание, стремление) → **борьба мотивов** → принятие решения, постановка цели, разработка плана действия → реализация плана действий, волевое усилие → удовлетворение потребности.

Борьба мотивов очень важна. К примеру, пациент с зависимостью понимает, что алкоголь, игра — плохо, однако в силу кататимности мышления побеждает правое полушарие. Влечение настолько сильное, что побеждает разум!

Другие авторы выделяют следующие этапы волевого действия: выбор цели – выбор средств

для достижения цели – достижение цели (исполнение) – оценка результата (анализ).

Этапы волевого действия по С.Л. Рубинштейну:

- 1) возникновение побуждения и предварительная постановка цели;
- 2) стадия обсуждения и борьба мотивов;
- 3) решение (с окончательной постановкой цели);
- 4) исполнение.

Выделяют три **вида деятельности**:

- 1) произвольная (под контролем воли, осознанная и целенаправленная, требует активного сосредоточения внимания; примером такой деятельности может быть решение серьезной задачи, требующей большинства ресурсов);
- 2) автоматизированная (подкорковая, непроизвольная, она тоже целенаправленная и осознанная, но не требует активного внимания; когда вы идете или едете на работу, вы тоже реализуете волевое усилие, но делаете это на подсознательном уровне);
- 3) инстинктивная (направлена на удовлетворение витальных потребностей).

Психопатология воли включает следующие типы нарушений (В.А. Жмуров. Психопатология, 1994):

- нарушения активности (гипобулия, абулия, гипербулия);
- нарушения влечений;
- нарушения мотивации поведения (парабулия);
- психомоторные нарушения;
- другие нарушения воли.

Абулия — отсутствие стремления к деятельности, пассивность, аспонтанность, адинамия.

Абулия наблюдается при различных патологических процессах, в частности при далеко зашедшей, резидуальной шизофрении (описанная Конрадом «утрата энергетического потенциала», «динамическое опустошение»,

«структурная деформация»). Порой доходит до нарушения витальных потребностей. Блейлер считал, что прогрессирование заболевания может приводить даже к утрате инстинкта самосохранения. Адинамия как специфический лобный феномен («синдром сломанного пера») заключается в бедности или полном отсутствии стремления действовать. Диапазон возникающих при этом расстройстве симптомов достаточно широк: от некоторого обеднения мышления и речи (которая становится односложной, эмоционально не окрашенной) до полной обездвиженности — акинезии.

Ослабление импульсов к действию или вялость (в просторечии — «лень») определяются терминами «*гипобулия*», «*гиподинамия*». Степень снижения активности может быть разной — от незначительной, переживаемой скорее субъективно, до граничащей с аспонтанностью. Это этап абулии, абулия, не достигшая своего расцвета. Однако к абулии гипобулия приводит не всегда. В какой-то момент ее развитие может остановиться, и она не всегда связана с шизофренией, может быть следствием выраженной астении и др.

Гипербулия — состояние избыточной активности с обилием разнообразных, часто сменяющихся побуждений к деятельности, а также импульсивным стремлением к немедленному достижению цели.

- Растормаживаются природные влечения.
- Деятельность в целом оказывается малопродуктивной из-за быстрой замены одних целей другими, преобладания ситуативных реакций (полевое поведение).
- В относительно легких случаях подъема активности продуктивность занятий может быть повышена (продуктивное гипоманиакальное состояние может быть проиллюстрировано болдинской осенью Пушкина: поэт не знал, что у него гипомания, считал, что это влияние места, но приезжая еще два раза уже не смог в это состояние войти). При резком увеличении активности возникает состояние хаотического психомоторного возбуждения.

Примером поведения маниакального больного в крайнем варианте может служить полевое

поведение при болезни Альцгеймера: услышал голос — пошел, где-то зажгли лампочку — пошел туда. Еще одним заболеванием, включающим проявления гипербулии, является синдром гиперактивности с нарушением внимания (СДВГ). Его симптомы:

- общее беспокойство,
- раздражительность,
- неусидчивость,
- обилие лишних движений,
- ослабление активного внимания,
- незаконченность поведения,
- порывистость, импульсивность поступков,
- нарушение семейной и школьной адаптация,
- задержка развития.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности может пройти самостоятельно, но иногда является проявлением более тяжелого заболевания.

Парабулия — патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов. Парабулии включают:

- импульсивные, реактивные, нелепые и прозектические действия кататонических пациентов (эти действия не имеют цели);
- неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом (наблюдаются при психозах, кажутся нелепыми со стороны, так как мы не видим и не слышим того, что слышит больной);
- снижение уровня мотивации, регрессия личности (наблюдаются при алкоголизме, наркомании; важной становится только удовлетворение потребности в приеме психоактивных веществ, ставшей базовой);
- избыточный уровень мотивации, когда индивидуум ставит себе сверхзадачи (перфекционизм психастеника);
- защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание (отказ от дела, боязнь трудностей, маскируемые разнообразными формами психологической

защиты; невротические пациенты с сохранным мышлением);

— преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость (конформные; сами не решают, но со всеми соглашаются).

Амбигенность — феномен, связанный с нарушением эмоций, амбивалентностью. Характерны следующие проявления.

- Двойственность движений, действий, поступков, невозможность выбрать один из них, одновременное проявление противоположных тенденций в движениях.
- *Симптом последнего слова* по В.П. Осипову (1923): больной не отвечает на вопросы или шевелит губами, делая усилие для ответа. После окончания опроса, больной отходит, произносит одно-два слова, делая два-три шага за врачом.

Амбигенность характерна для шизофрении, часто сочетается с *амбивалентностью*.

Примером амбигенности-амбивалентности может служить поведение пациентки с гебефренической шизофренией: «Глазки, красивые глазки, выдавить». Здесь одновременно можно видеть и положительное отношение, даже восхищение, и агрессию.

Нарушения влечений

- Импульсивные влечения направлены на отвергаемые сознанием цели, реализующиеся без сопротивления, хотя и с последующей критической их оценкой (стимул — реакция).
- Импульсивные влечения возникают приступообразно, неодолимы, длятся несколько часов, дней, нередко периодически повторяются.
- Во время приступа пациент обычно захвачен влечением, оно идентифицируется с его «Я». Побуждения здоровой части личности заторможены, вспоминаются как нечто далекое, чуждое, если вспоминаются вообще.
- По выходе из болезненного состояния влечение воспринимается чуждым

личности, чем-то посторонним, ей несвойственным.

Классификация

● *Дипсомания.*

Это неодолимое влечение к потреблению алкоголя, которое не следует путать с алкоголизмом. Такие пациенты запираются, чтобы их не видели, пьют, потом приступ прекращается. Отличие от алкоголизма заключается в том, что тяга к алкоголю вне приступов отсутствует, и вне приступов такие люди могут употреблять алкоголь, как здоровые.

● *Дромомания.*

У подростков уходами из дома может проявляться любая психопатология. Именно поэтому обязательно нужно уточнить причину и характер ухода: маниакальное состояние — «дома скучно и нечего делать»; депрессия — «утомили вопросы, дома не спрятаться»; зависимость — «дома не употребить»; невроз, школьный страх — «дома будут ругать, что не готов»; амбулаторный автоматизм, эпилепсия — «не помню как, не знаю зачем»; шизофрения — бредовые идеи.

● *Пиромания.*

● *Клептомания.*

● *Мифомания* (псевдология, рассказывание, характерно для нарциссических личностей, истероидных пациентов).

● *Копролалия* (синдром Туретта).

● *Гиперсексуальные приступы* (нимфомания, сатириазис) и другие парафилии,

● *Влечение к азартным играм* (гемблинг).

Оценивая данные проявления следует помнить, что в работе с ребенком и подростком все другое. Чем младше ребенок, тем больше психосоматики, по мере роста больше проявляются поведенческие расстройства, и именно за поведенческими симптомами скрывается нозология, которая у взрослых выглядит иначе (ребенок с депрессией не

рассказывает, что он чувствует, он проявляет поведенческий эквивалент).

Импульсивные действия и влечения (А.В. Снежневский, 2008)

● **Импульсивные действия** — сложные двигательные акты, поступки, которые возникают и совершаются больными внезапно, без борьбы мотивов, без их взвешивания, без осмысливания. Классический пример — импульсивные действия кататоников.

● **Импульсивные влечения** отличаются от навязчивых прежде всего тем, что пациенты их осуществляют, в то время как навязчивые влечения не реализуются. Больной с навязчивыми влечениями борется с ними. При импульсивных влечениях больной принимает все меры к тому, чтобы они реализовались. Импульсивное влечение постепенно охватывают все помыслы больного.

Дипсомания

● Импульсивное влечение к пьянству; проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями. Начало запоев связано с аутохтонными сдвигами настроения.

● По выходе из запоя нередко выявляются обширные провалы памяти, поскольку значительную часть времени пациент пребывает в глубоком опьянении. Вероятно, амнезия отчасти обусловлена действием механизмов вытеснения. Запой купируется самопроизвольно.

● Дипсомания расценивается в качестве симптома некоторых заболеваний (циклотимии, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии) — существует термин «эпсилон-дипсоманический алкоголизм».

● Влечение к алкоголю между приступами отсутствует.

Подобные проявления встречаются у больных с биполярным расстройством, которые употребляют алкоголь в депрессивную фазу, а также у больных с эпилепсией (эквивалент амбулаторного автоматизма).

Дромомания (синдром уходов и бродяжничества)

- Это периодически возникающее неудержимое влечение к перемене мест, скитаниям, бродяжничеству.

- Синдром уходов и бродяжничества встречается при некоторых заболеваниях (шизофрении, эпилепсии, слабоумии), но чаще наблюдается при неврозах, психопатии, нарушениях развития личности. **В детском возрасте нозологической специфики нет.**

- В динамике указанного синдрома иногда существует определенная этапность. Первый, реактивный этап выражается ситуационно обусловленными и психологически понятными уходами. Второй этап характеризуется привычными, фиксированными уходами; появление таких уходов объясняют также патологически повышенными влечениями. На третьем этапе уходы и бродяжничество становятся непреодолимыми, импульсивными.

Пиромания — непреодолимое и немотивированное влечение к поджогам.

Клептомания — периодически и внезапно возникающая страсть к бесцельным кражам. Украденные вещи, обычно не имеющие большой ценности, затем выбрасываются либо возвращаются владельцу. Кражи совершаются в открытую, без принятия типичных для банального воровства мер предосторожности, так что обнаруживаются почти сразу же, как и лица, их совершившие.

Мифомания (*псевдология, синдром Мюнхаузена*) — непреодолимая потребность к обману, мистификации окружающих. Подобно kleптоманам, мифоманы не преследуют цели выгоды, более того, своим поведением сильно подрывают себе репутацию.

Копролалия — непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства. Встречается при синдроме Жиля де ля Туретта. Появление брани у пациентов, ранее ее избегавших, свидетельствует о регрессии личности.

Нимфомания и сатириазис

- Импульсивно возникающие эротические влечения. Сексуальная активность во время таких приступов может носить неукротимый и беспорядочный характер, сопровождаться насильственными действиями по отношению к партнеру.

- Половые контакты не снижают интенсивности влечения, не приносят удовлетворения. Более того, они могут ухудшить самочувствие, в связи с чем пациенты предпочитают их избегать.

- Высокая интенсивность сексуального влечения не является отклонением, если при этом нет физиологических нарушений. Значительно чаще, нежели нимфомания и сатириазис, встречается «эротомания» — доминирование сексуальных ценностей.

Следует отметить, что сейчас границы нормы значительно расширились. То, что раньше считалось патологией, теперь считается непатологической девиацией или вариантом нормы.

Расстройства на уровне инстинктов

Встречаются разные нарушения сексуального, пищевого инстинкта, инстинкта самосохранения и родительского инстинкта

Нарушение сексуального инстинкта

«Нормальный секс» — типичный.

«Патологический секс» — атипичный.

Выделяют количественный и качественный критерии (нетипичность поведения, потребностей и ориентации на основе социокультуральных стандартов, моделей, эталонов поведения). Разумеется, что сексуальное поведение зависит и от социума, в связи с чем возникает понятие «социальной нормы».

Расстройства полового влечения разделяют на:

- *количественные* расстройства, представленные усилением либидо (гиперсексуальностью) и его снижением (гипосексуальностью);

— *качественные* расстройства, которые могут носить как патологический, так и непатологический характер.

Сексуальные девиации

Это одна из пяти форм девиантного поведения. Главное здесь — отклонение от социальных норм, которые различаются в разные эпохи.

- *Патологические девиации* (извращения, перверзии, парафилии) выделяют с помощью медицинских критериев и трактуют как заболевания.
- *Непатологические девиации* (сексуальные отклонения) рассматриваются с социально-психологических позиций. Они представляют собой отклонения от социальных и моральных норм в сексуальном поведении здоровых людей.
- *Сексуальные дисфункции* – нарушения на одном из этапов или боль во время полового акта.

Критерии перверзий:

- доминирование извращенной формы сексуального поведения;
- патологическая зависимость от сексуальных переживаний, носящих характер навязчивостей или компульсий;
- ограничение круга эротических реакций (возбуждение, желание реализации только при таком способе удовлетворения);
- выраженность сексуальных фантазий, стимулирующих половую изощренность;
- отсутствие функционального единства между партнерами, обесценивание партнера до уровня сексуального раздражителя;
- промискуитет и анонимность половых актов;
- учащение половых актов с одновременным ослаблением чувства удовлетворенности после них (рост толерантности — по существу это сексуальная аддикция);

- периодичность возникновения сексуальных потребностей;
- прогрессивность течения, в результате чего извращения становятся стереотипом полового поведения;
- рецидивы — попытки контролировать и уйти оканчиваются неудачей.

Сексуальные девиации по Мастерсу и Джонсон классифицируют следующим образом

ОСНОВНЫЕ ДЕВИАЦИИ

1. Фетишизм.
2. Трансвестизм.
3. Вуайеризм.
4. Эксгибиционизм.

Ранее эксгибиционизм считался чисто мужским расстройством; однако в ходе исследований обнаружилось, что его критериям постановки данного диагноза отвечают около трети стриптизерш. При этом для них характерно своеобразие полового поведения: задача женщин с эксгибиционизмом — максимально увлечь, продемонстрировать все, но не допустить полового акта.

5. Непристойные телефонные звонки.
6. Садизм-мазохизм.
7. Зоофилия.
8. Педофилия.

У всех лиц с девиациями выявлены изменения межполушарной асимметрии в форме более выраженного правополушарного доминирования. Позитронно-эмиссионная томография и другие методы нейровизуализации показали также, что у мужчин-транссексуалов гипоталамус имеет женские особенности, т.е. транссексуализм — чистая органика.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ

- **Апотемнофилия** (сексуальное возбуждение от вымышленной или реальной потери конечностей или иной части тела).
- **Копро- и урофилия** (достижение полового возбуждения при

манипулировании каловыми массами или мочой партнера).

- **Клизмофилия** (достижение полового возбуждения при использовании клизмы или при других манипуляциях в анальной области).
- **Фроттаж** (это предпочтение сексуальной активности через прикосновение или трение телом о постороннего человека через одежду в переполненных общественных местах).
- **Некрофилия** (девиантное сексуальное предпочтение, направленное на сексуальное удовлетворение с помощью трупов).

Качественные отклонения расстройства полового влечения по К. Imielinski (1982) включают:

- отклонения в отношении объекта — педофилия, или эфебофилия, геронтофилия, зоофилия, фетишизм, трансвестизм;
- отклонения в способе реализации — садизм, мазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм;
- нетипичные отклонения — *гомосексуализм*, транссексуализм, кровосмешение (инцест).

В то время как подавляющее большинство гомосексуалистов эгосинтонны, есть небольшая группа эгодистонных гомосексуалистов: им показана терапия, так как у них есть запрос.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) сексуальные расстройства входят раздел *расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F60-F69)*

F65. Расстройства сексуального предпочтения

65.0 Фетишизм.

65.1 Фетишистский трансвестизм.

65.2 Эксгибиционизм.

65.3 Вуайеризм.

65.4 Педофилия.

65.5 Садо-мазохизм.

65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения.

65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения (фроттеризм, скатофилия, зоофилия, апотемнофилия, некрофилия, синдром сексуальной асфиксии и т.п.)

Нарушения пищевого влечения

классифицируют следующим образом.

- **Анорексия** — утрата чувства голода.
- **Булимия** — усиление влечения к пище, необычайная прожорливость, повышенное и неутолимое чувство голода.
- **Полифагия** (физиологическая и патологическая) — стремление есть то, что не относится к пищевым продуктам.
- **Парарексия** — пищевые прихоти, обусловленные сверхценным или бредовым отношением к пище.
- **Полидипсия** — неутолимая жажда. Встречается в основном при эндокринных заболеваниях, межпочечно-гипофизарной патологии. Реже отмечается психогенно обусловленная разновидность полидипсии. Повышенное потребление воды свойственно маниакальным состояниям, в депрессии, напротив, выявляется олигодипсия.

Анорексия

Сейчас наблюдается увеличение количества больных мальчиков. Для всех случаев расстройства характерен единый механизм — дисморфофобия.

- В пубертатном возрасте, чаще у девочек, встречается **нервная анорексия** — первоначально намеренное воздержание от еды, которое позже влечет угасание чувства голода, отвращение к пище («я толстая, у меня диета...»).
- Анорексия встречается при некоторых эндокринных заболеваниях (синдром Симмондса, синдром Шиена).
- Нередко наблюдается при психических заболеваниях — психическая анорексия:

- при шизофрении (бред отношения, преследования),
- в острых психотических состояниях,
- при депрессии,
- при кататонии.
- Алкогольная анорексия — исчезновение чувства голода в опьянении и абстиненции у больных алкоголизмом.
- Эмоциональная анорексия — избирательное отношение к пище, непереносимость некоторых пищевых продуктов вследствие принудительного кормления в детстве.

Булимия

- Встречается также при психических расстройствах:
 - *как форма нервной анорексии*, компульсивное влечение у больной нервной анорексией
 - у пациентов с кататоническими нарушениями,
 - при прогрессивном параличе,
 - глубокой умственной отсталости.
- Может быть симптомом межучточно-гипофизарной патологии, ряда эндокринных заболеваний. При синдроме Кляйн-Левина (синдром спящей красавицы) сочетается с приступами повышенной сонливости.
- Избыточное потребление пищи может быть обусловлено психогенными факторами: еда становится способом удовлетворения других, не пищевых, потребностей («заедание тревоги»).

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) данные нарушения входят в рубрику **F50. Расстройства приема пищи.**

- F50.0 Нервная анорексия.
- F50.1. Атипичная нервная анорексия.
- F50.2. Нервная булимия.

- F50.3. Атипичная нервная булимия.
- F50.4. Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами.
- F50.5. Рвота, связанная с другими психическими расстройствами, например при диссоциативных расстройствах (F44.-), ипохондрическом расстройстве (F45.2).
- F50.8. Другие расстройства приема пищи (включаются: поедание несъедобного неорганического происхождения у взрослых; поедание несъедобного, извращенный аппетит у взрослых; психогенная утрата аппетита).
- F50.9. Расстройство приема пищи неуточненное.

По Коркиной и соавт., 1986, выделяют следующие формы нервной анорексии: с классической картиной и в виде приступов булимии.

Критерии диагноза нервной анорексии по МКБ-10

Следует помнить, что больная формально дееспособна, у нее нет психоза, поэтому кормить ее через зонд можно только с согласия.

- Масса тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого или индекс массы тела (соотношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах) составляет 17,5 и ниже. В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста.
- Потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и/или мочегонных.
- Искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой сверхценной идеи, и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес.

- Общее эндокринное расстройство, включающее ось «гипоталамус – гипофиз – половые железы» и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин — потерей полового влечения и потенции. Возможны снижение уровня гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина.

- Заболевание начинается в препубертатном возрасте. Проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы). При выздоровлении пубертатный период часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Критерии диагноза нервной булимии (МКБ-10)

- Постоянная озабоченность пациентов едой и непреодолимая тяга к принятию пищи; больной периодически не может удержаться от переедания, когда за короткое время принимается большое количество еды.

- Больной пытается противодействовать эффекту ожирения от съеданной пищи с помощью одного из следующих приемов: вызывание у себя рвоты, злоупотребление слабительными средствами, периоды голодания, использование препаратов, в частности подавляющих аппетит, тиреоидных препаратов, препаратов, связывающих жиры в кишечнике, диуретиков. Если булимия развивается у больных с сахарным диабетом, они могут пренебрегать инсулиновой терапией.

- Психопатологическая картина включает болезненный страх ожирения, и больной устанавливает для себя четко определяемый вес тела, который намного ниже преморбидного веса, представляющего собой в глазах врача оптимальный или нормальный вес. Часто, но не всегда, в анамнезе отмечаются эпизоды нервной анорексии с ремиссией между двумя расстройствами от нескольких месяцев до нескольких лет. Предшествующий эпизод

может быть полностью выраженным или протекать в легкой скрытой форме с умеренным снижением веса и/или транзиторным периодом аменореи.

Полифагия

- Встречается при умственной отсталости, деменции, прогрессивном параличе, шизофрении.

- Вариант полифагии — копрофагия, т.е. поедание испражнений, спермы, мочи. Нередко дополняет нарушение полового влечения, особенно у серийных сексуальных преступников, у которых максимально нарушена сфера влечений.

- При синдроме Мюнхаузена поедание предметов происходит с целью подвергнуться операции, при депрессии — с суицидальной целью, при наркомании — добиться назначения наркотических веществ.

Нарушения инстинкта безопасности (самосохранения)

- Страх.
- Агрессия.
- Суицидальное поведение.

Психомоторные нарушения

- Негативизм.
- Автоматическая подчиняемость.
- Эхопраксия.
- Стереотипии.
- Акинезия.
- Ступор.
- Паракинезии.
- Двигательное возбуждение.

Негативизм — бессмысленное противодействие требованиям ситуации, а также собственным побуждениям к деятельности («внутренний негативизм», амбивалентность).

- При **активном негативизме** совершаются поступки, обратные

адекватным. При **пассивном негативизме** наблюдается отказ от выполнения целесообразных действий. Негативизм может проявляться не только моторными актами, но и в речи (**мутизм**).

- При тотальном (генерализованном) варианте негативизм распространяется на всех окружающих и самые различные ситуации. Элективный негативизм выражен в отношениях с отдельными людьми и связан с относительно узким кругом ситуаций.

- В норме негативизм наблюдается у детей в возрасте 3–4 лет — **физиологический негативизм**. Последний указывает на появление автономии, «самости» личности, знаменуя важный этап в развитии самосознания.

- Негативизм свойствен незрелым личностям, сосуществуя с повышенной внушаемостью, сопутствует различным болезненным состояниям. У кататоников, в отличие от прочих пациентов, лишен мотивации.

Автоматическая подчиняемость (проскинезия Леонгарда) — безусловное подчинение всем требованиям, как бы неприятны или неприемлемы они ни были. Встречается у кататоников. Относительно легкие формы подчиняемости соответствуют повышенной внушаемости, конформности.

Эхопраксия — произвольное, иногда многократное повторение движений, действий, поступков окружающих. Нередко сочетается с **эхолалией**.

Стереотипии — в поведении: больной постоянно находится в одной и той же позе, совершает одни и те же действия, занимает строго определенное место в палате, повторяет какое-либо движение несколько раз подряд (двигательные итерации). При речевой стереотипии пациент изо дня в день повторяет с неизменной интонацией одну или несколько фраз, не говоря ничего другого.

Акинезия — обездвиженность вследствие прекращения произвольных движений с сохранением способности действовать при побуждении извне.

Ступор (обездвиженность, оцепенение) может быть:

- **Кататонический** — включает обездвиженность, мутизм и повышение мышечного тонуса (может проявляться, например, долгим стоянием в неудобной вычурной позе);
- **депрессивный** («мрачное оцепенение») — двигательное торможение, связанное с депрессией (витальная депрессия);
- **психогенный** — обездвиженность, возникающая в ответ на действие шоковой психической травмы («остолбенел от страха»);
- **галлюцинаторный** — обездвиженность, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций;
- **бредовой** — оцепенение, являющееся бредовой формой поведения;
- **экстатический** — обездвиженность, возникающая на высоте экстатического аффекта (экстатическая солнечная мания);
- **экзогенный** — состояние обездвиженности, возникающее в результате токсического или инфекционного поражения стриопаллидарных отделов мозга;
- **апатический** — состояние аспонтанности в сочетании с полным безразличием, наблюдающееся при лобных поражениях, затяжных симптоматических психозах, кахексии, черепно-мозговых травмах, прогрессивном параличе, шизофрении.

Кататонический ступор характеризуется следующими симптомами.

— Застывание в однотипной позе (часто нелепой — с поднятой ногой, поднесенной ко рту ложкой).

— Симптом восковой гибкости (каталепсии) — длительное сохранение приданной позы. Одно из проявлений — симптом «воздушной подушки».

— Негативизм — пассивный и активный

— Мутизм, симптом Павлова (больные реагируют только на шепотную речь).

— Симптом хоботка, эмбриональная поза (при выраженной ступоре).

— Вегетативные расстройства (сальность кожи, гиперсаливация, акроцианоз).

— Регресс навыков опрятности.

Паракинезии (парапраксия)

• Манерность, вычурность, карикатурность движений и действий. Больные гримасничают, говорят ломаным языком, принимают неестественные позы, по-особому ходят (например, только на пятках), необычным образом выполняют какие-либо действия (например, снимают шапку рукой, протянутой под коленом). Искажение формулы движений и действий носят в данном случае характер неокинезии. Наблюдаются данные проявления чаще при гебефренической шизофрении («бездарный актер играет ребенка»).

• Двигательные новообразования, наблюдающиеся также в детском возрасте (синдромы раннего детского аутизма), показывают, что психологическую основу паракинезии составляет наиболее ранняя форма фантазирования — двигательные фантазии, предшествующие более сложным патологическим игровым фантазиям.

Двигательное возбуждение (гиперкинезия):

- **кататоническое** — двигательное возбуждение с преобладанием моторных и речевых стереотипий, паракинезии, импульсивных, реактивных, нелепых и выразительных действий (больной при этом может проявлять большую силу);
- **депрессивное** (меланхолический раптус) — связано с состоянием мучительной, непереносимой тоски, безысходного отчаяния;
- **тревожная ажитация** — немотивированное двигательное беспокойство, связанное с состоянием тревоги и аффективного напряжения;

- **маниакальное** — повышение двигательной активности, свойственное маниакальным состояниям (возможна агрессия, но внимание таких пациентов легко переключить);
- **галлюцинаторное и бредовое** (обусловлено галлюцинациями и бредом);
- **эпилептиформное** связано с приступом глубокой дисфории, экстатического аффекта или сумеречного помрачения сознания;
- **эретическое** — эпизоды бессмысленных разрушительных, агрессивных или аутоагрессивных действий во время психоза у пациентов с умственной отсталостью;
- **психогенное** — паническое возбуждение, наблюдающееся при аффективно-шоковых реакциях;
- **в состоянии помрачения сознания** (при делирии, аменции);
- **речедвигательное** — повышенная говорливость, речевой напор маниакальных пациентов;

Кататоническое возбуждение характеризуется следующими симптомами.

— Однообразная ходьба из стороны в сторону («маятникообразная»), раскачивание («яктация»).

— Однообразный бег по кругу («манежный бег»).

— Другие стереотипные движения (однообразные подпрыгивания, хлопанья в ладоши).

— Бессмысленное рифмование слов или слогов (вербигерация), многократное их повторение.

— Импульсивные действия.

— Повторения слов, мимики, действий окружающих (эхолалия, эхомимия, эхопраксия).

Выделяют степени психомоторного возбуждения.

1. Повышенная активность пациента в целом соответствует направленности личности (непсихотические варианты возбуждения). На верхней грани такого возбуждения появляется быстрая смена ориентации деятельности, что указывает на появление растерянности.

2. При более тяжелом психомоторном возбуждении действия пациента направляются ложными представлениями или вовсе не имеют мотивации (галлюцинаторно-бредовая, кататоническая,

сумеречная, связанная с делирием и онейроидом формы возбуждения).

3. Последняя степень возбуждения представлена крайней дезорганизацией психической энергии, предельным дроблением, хаосом в потоке мыслей, действий, слов, что отражает распад ткани сознания. В дальнейшем возбуждение приобретает гиперкинетический характер — это беспорядочное чередование простейших движений и звуков, как, например, при аменции.

Когнитивно-поведенческий подход к пониманию патологии воли, влечений, инстинктов

Ирина Викторовна Бубнова — клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, руководитель направления «Клиническая (медицинская) психология» Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского



Взгляды врача и клинического психолога на собеседника (даже если еще не ясно, клиент это или пациент, а может быть, даже родственник, жалующийся на своего близкого) различаются: врач слушает жалобы и верит «на слово», в то время как клинический психолог смотрит на другое. Клинический психолог, наблюдая за собеседником, пытается получить представление о его эмоционально-волевой

сфере, фиксируя его поведение, анамнез, беседуя, анализируя продукты его деятельности и даже профиль в социальных сетях!

Клинического психолога интересует развитость или сложность эмоционально-волевой сферы клиента, вне зависимости от произносимых им слов и озвучиваемых жалоб.

В клинической психологии используют два основных метода.

- **Клинико-психологический:** наблюдение, сбор информации/анамнеза, беседа, анализ продуктов деятельности.
- **Экспериментально-психологический:** патопсихологические, нейропсихологические пробы, опросники (тесты), проективные методики.

При этом психолог смотрит на работу психики и структуру личности.

Эмоционально-волевую сферу оценивают по следующим показателям.

1. Психомоторный/сенсомоторный темп и способность осознанно на него влиять. К примеру, клиент жалуется на депрессию, в

то время как психолог смотрит, как быстро он говорит, с какой скоростью формулирует мысли, подстраивается ли под собеседника, т.е. на функционирование его психики. Грамотный психолог не читает историю болезни, где приведено то, что сказал пациент, он наблюдает за живым человеком, деятельностью его живой психики. Таким образом специалист делает предварительные выводы еще до начала патопсихологического исследования.

2. Регуляторные функции психических процессов (восприятие, внимание, память, мышление). Клинический психолог внимательно наблюдает за клиентом, а при наличии сомнений и для подтверждения своих выводов проводит исследование. Например, на разных стадиях выгорания состояние регуляторных функций будет различным: если это только начало процесса, функции в норме, в фазе напряжения могут быть сложности субъективного плана (объективно специалист этого не увидит), но если человек находится в фазе истощения, нарушения регуляторных функций проявятся в исследовании — клиент будет дольше формулировать ответ, скакать с одной темы на другую и т.д.

3. Наличие нарушений эмоциональной сферы (тревога, депрессия, астения, эмоциональная лабильность). Важно не только то, что клиент говорит, но и то, что специалист может заметить в мимике, экспрессии (проявляются ли там астения, тревога, депрессия, эмоциональная лабильность). Пациенты невротического регистра часто предъявляют субъективные жалобы на то, чего объективно у них нет. Если пациент заявляет, что у него «ужасная память», поэтому он не работает, ни с кем не может общаться из-за панических атак, депрессии и замыкания в себе, но при этом в течение нескольких часов рассказывает про свои симптомы с живой экспрессией и мимикой, специалист понимает, что депрессия, тревога и аутизация, которые клиент декларирует, не совпадают с тем, как работает его психика сейчас. И это рассогласование станет тем более явным при патопсихологическом исследовании.

4. Биологически обусловленные черты (темперамент). Это очень важный пункт. Часто сложности у людей возникают потому, что социально обусловленные черты (самооценка, характер, уровень притязаний) не соответствуют темпераменту. И если привести в соответствие уровень притязаний (к себе или, например, к ребенку-подростку) и темперамент, многие проблемы решаются. Подростки с соматоформными расстройствами, поведенческими расстройствами и другими сложностями коммуникации часто имеют меланхолический или флегматический темперамент и активную маму, на фоне требований и замечаний которой у них формируются представление, что они ленивые, недостаточно умные, несообразительные. Детско-родительская коррекция отношений помогает наладить коммуникацию и приводит к устранению половины симптомов. В последние 5 лет основная сложность состоит в том, что люди сами не понимают, что их темперамент и представления о себе, мире, людях, о том, что они должны уметь делать и как быстро, не соответствуют друг другу. Важно, что разглядеть это за 5 мин нельзя, необходима длительная беседа.

5. Социально обусловленные черты — личностные особенности (самооценка, локус контроля, акцентуация характера, уровень притязаний).

6. Защитно-компенсаторные механизмы (напряженность психологических защит и конструктивность копингов). То, как в поведении и беседе проявляются механизмы психологической защиты, как часто пациент их использует, — важнейшая информация, помогающая специалисту определить, какого регистра перед ним пациент. Например, здоровый человек, даже если у него жизненный кризис (в том числе патологический, с которым он не справляется и имеет выраженные сложности), даже если он эмоционально истощен и находится в состоянии выгорания, все равно чаще всего включает зрелые механизмы — рационализацию, интеллектуализацию, компенсацию, сублимацию, т.е. те, которые болезненную

информацию в сознание допускают, но сильно ее трансформируют, например переворачивают из плохого в хорошее. Пациент психопатического регистра включает незрелые защитные механизмы — регресс, отрицание, обесценивание, вытеснение и т.д. Клинический психолог обязан уметь видеть в поведении и контакте работу этих защит, а также конструктивность и неконструктивность используемых пациентом копингов.

7. Мотивационно-потребностная сфера (иерархия ценностей и потребностей). Здесь возможны разные варианты вплоть до полной несформированности этой системы (дефицитарные личности психопатического регистра и психотические пациенты). Таких клиентов бесполезно просить брать на себя ответственность (они не понимают этого вопроса), они не знают, что для них важно, какое место они занимают или хотели бы занимать (мозаично-дефицитарная личность). У здорового человека данная сфера сформирована, даже если порядок там не наведен: что-то осознается, что-то — нет, реальные ценности могут зашориваться стереотипами, убеждениями и пр. (возможна некоторая незрелость при полном психическом здоровье). Деструкция ценностей и потребностей характерна для здоровых людей с элементами личностной незрелости: клиент думает, что то, чего он хочет, действительно для него важно. Он легко может осознать неосознаваемое, но это для него болезненно.

8. Система значимых отношений и способность регулировать социальную адаптацию. В первую очередь клинический психолог смотрит на способность осознанно управлять социальной дистанцией, способность клиента улавливать, как он выстраивает дистанцию, и ее регулировать. Сепарация предполагает не обрыв отношений, а их формализацию, увеличение дистанции. В отношениях должно быть такое место, где человеку лучше, чем было, — более эмоционально насыщено, более близко или наоборот. Для здоровых людей этого может быть достаточно.

Таким образом, разговаривая с человеком, клинический психолог поддерживает,

проясняет, но все упомянутое удерживает у себя в голове. Особенно, если клиент жалуется на патологию воли!

Регистры поражения и индивидуальная психотерапевтическая программа

Многим психиатрам достаточно узнать совокупность симптомов, поставить формальный синдромальный диагноз и выписать фармакотерапевтическое средство. Психотерапевту этого мало. Если на прием приходит человек с обсессивно-компульсивным расстройством, генерализованным тревожным расстройством или синдромом раздраженной кишки, психотерапевт не может выстроить индивидуальную психотерапевтическую программу и начать терапию, если не будет знать, в рамках какого заболевания все это происходит. Поэтому специалист, который будет заниматься психологическим сопровождением, коррекцией и психотерапией, должен хорошо разбираться в психопатологических регистрах.

● **Здоровые люди с расстройством адаптации.** Возможны невротические/вегетативные/функциональные/поведенческие симптомы продолжительностью от нескольких дней до 2–4 мес, возникающие в период жизненных кризисов, легко купирующиеся как фармакотерапией, так и психотерапией, либо проходящие спонтанно. В таких ситуациях здоровые люди ищут информацию, делегируют обязанности, обращаются за помощью.

● **Невротический регистр:** невротические вегетативные симптомы от 4–12 мес и более, даже если человек пытается с ними справиться, при отсутствии структурных органических нарушений отдельных органов и/или систем организма. Психиатрический диагноз может быть таким же, но для психотерапевта эти случаи требуют совершенно разной тактики. Нарушения сложнее поддаются коррекции, хронизируются и деформируют личность при отсутствии психотерапии.

● **Психосоматические заболевания:** системные физиологические симптомы, т.е. есть органические поражения органов и/или систем организма. В МКБ-11 была попытка

выделить данные нарушения в своеобразное расстройство личности. Психосоматические заболевания не выделяют в отдельный регистр, но они глубже, чем невроз, но легче (в т.ч. потому, что пациенты успешны и адаптированы), чем психопатии. У пациентов есть системные физиологические симптомы и органическое поражение органов, но по своей незрелости, ригидности они похожи на психопатов. Декомпенсация проявляется только рецидивом заболевания. Характерны алекситимия, антагонистические ригидные убеждения. Такие пациенты распознают сверхинтенсивные эмоции («все бесят, все не так»), но не распознают тонкие оттенки чувств (растерянность и обескураженность, негодование и досада; не распознают обеспокоенность, грусть и т.д.).

Все эти три группы не имеют аномалий личности!

● **Психопатический регистр:** есть невротические, поведенческие, психосоматические и/или психиатрические симптомы, систематически повторяющиеся, которые сглаживаются в период компенсации и усиливаются в период декомпенсации. Возможен весь спектр любых симптомов и синдромов (вплоть до реактивных психозов)! Нарушения сглаживаются в период компенсации, когда пациенты не отличаются от акцентуантов (выявить особенности можно при экспериментально-психологическом обследовании), но видны в повторяющихся фазах декомпенсации.

● **Психотический регистр:** наличие психического/органического заболевания с выпадением в психотическое состояние. Это заболевания головного мозга, при обострении такие пациенты выпадают в психотическое состояние.

Современные методы психотерапии, в том числе КПТ, имеют протоколы и стратегии работы со всеми этими регистрами.

● **Здоровым** показана *симптом-центрированная проблемно-решающая психотерапия*. Часто достаточно провести когнитивные техники без подключения поведенческих и экспериенциальных. У

КП-терапевта множество инструментов и надо решить, какие и когда применить. Когнитивные техники включают работу с мыслями, установками, убеждениями, ожиданиями. Примером поведенческих техник могут служить экспозиция, поведенческие эксперименты, экспериенциальных — майндфулнес, управление вниманием и помощь себе через воображение. Иногда достаточно фармакотерапии, которая возвращает таких клиентов в адаптационное русло. Если же у клиента возникает зависимость от таблеток, это признак аддиктивной личности, а значит, речь идет не о здоровом человеке!

● **Невротический регистр** требует работы уже всеми инструментами, всем арсеналом. Первое, что обязан сделать КП-терапевт — обучить пациента техникам самопомощи для снижения стресса и напряжения (в первые 10 встреч, иначе пациент оборвет контакт и уйдет). Только после этого можно разбираться с внутриличностным конфликтом (или внутренним противоречием, например желанием сепарироваться от родителей и конфликтами с ними и невозможностью уйти из-за страха, удобства и др.). Индивидуальная психотерапевтическая программа после стабилизации состояния должна включать супружеские или семейные встречи, индивидуальную терапию, направленную на систему отношений в том числе с самим собой. Обязательна динамическая группа (до нее может быть группа когнитивно-поведенческая). Психотерапия может проходить параллельно с фармакотерапией (например, когда тревога достигает такого уровня, что дезорганизует пациента). Однако до пациента необходимо донести, что таблетки нужны только для стабилизации состояния, чтобы он легче воспринимал те технологии, которым его будут обучать в психотерапии, лекарства не лечат невроз, и если просто снять один симптом, ему на смену придет другой (уходят панические атаки, наступает депрессия, и наоборот).

● **Психосоматический регистр.** В первую очередь пациентам нужно дать инструменты снятия напряжения и

облегчения физического состояния. Они прекрасно реагируют на первый этап — упражнения на снятие стресса (когнитивно-поведенческая группа, майндфулнес, аутотренинг и т.д.). Далее необходимо проводить доращивание любыми средствами эмоциональной сферы, способности к самонаблюдению, самоисследованию и пр. У пациентов с психосоматическими заболеваниями недостаточные копинги: для них характерны превентивная агрессия (контроль над всем), либо избегание с пассивно-агрессивными формами поведения. Часто у них проблемы в микросоциальном окружении. Психотерапия после обучения снятию стресса среднесрочная и долгосрочная.

• **Психопатический регистр.** Самое сложное — наладить с пациентом контакт, чтобы он остался в терапии. 98% пациентов с зависимостью имеют аномалии личности. Работа с этой клинической категорией трудная. Основная задача — быть с ними в контакте длительное время, создавая безопасную, в первую очередь для себя, обстановку. Пациенты с психопатией проваливаются в аффект, поэтому нужно уметь работать с аффектами, чтобы уберечь себя и помочь им проработать аффект конструктивно. При заключении контракта следует обговаривать, что независимо от терапевта у пациента будут срывы, независимо от его стараний будут выпадания в фазу декомпенсации. Главное — усиливать и удлинять фазы компенсации и помогать пациенту оставаться в них. Нужно закладывать в контракт минимум три декомпенсации на ближайшие 1,5–2 года работы. В фазе компенсации нужно достигать максимального накопления навыков, а фазу декомпенсации — учиться распознавать (иногда пациенты делать этого не умеют) и максимально быстро из нее выходить. Показаны психообразовательная, когнитивно-поведенческая группы и только через 2–3 года работы — динамическая и экзистенциальная.

• **Психотический регистр.** Основная тактика — обучение адекватной внутренней картине болезни, различение

рецидива и ремиссии и выработка стратегии действия. В ремиссию применяют все возможные технологии.

Когнитивно-поведенческое направление психотерапии (современная КПТ) признает наличие предсознательных нейрохимических процессов — некоторые импульсы оцениваются и классифицируются прежде, чем они поступят в сознание (в фокус внимания/сознания человека). Основная задача КП-терапевта — помогать человеку сделать так, чтобы эти импульсы и переживания не только оценивались в предсознании, но и поступали в фокус внимания, и дальше решать, что с ними делать. Клинический КП-терапевт обязательно должен оценить биопсихосоционотические аспекты.

• **БИО** (нарушения нейрохимии или биохимии). Например, у пациента с биполярным аффективным расстройством в любом случае будет выпадение в манию или депрессию из-за нейрохимических нарушений. Корректировать их будет лечащий врач-психиатр, в то время как задачей психотерапевтического вмешательства будет помочь пациенту научиться жить с этим заболеванием — распознавать ухудшение, максимально быстро выбираться из обострения и т.д.

• **ПСИХО** (нарушения психических процессов/эмоций/характера/личности).

• **СОЦИО** (нарушения системы значимых макро- и микротношений, самоотношения).

• **НОЭТИЧЕСКИЙ ПОДХОД** (дефицит и деструкция смыслов/ценностей/потребностей).

Здоровая личность характеризуется адаптивным (РАЗНООБРАЗНЫМ! ГИБКИМ! РЕАЛИСТИЧНЫМ!) восприятием, реагированием и поведением.

Расстройство (расстройство воли) — результат неадаптивного (ОДНООБРАЗНОГО! ФИКСИРОВАННОГО! ПРИВЫЧНОГО! НЕРЕАЛИСТИЧНОГО!) поведения, сформировавшегося в результате такого процесса социализации, который зафиксировал искаженный способ восприятия, оценки стимулов, реагирования и поведения.

В современной когнитивно-поведенческой психотерапии терапевт на всех сессиях будет стремиться к развитию у пациента этих навыков. Мало все знать про себя, нужно уметь эту информацию анализировать, оценивать и ей пользоваться — выбирать людей и проекты, держать нужную дистанцию. К примеру, пациент с зависимостью дает себе противоречивые инструкции: утром — «это был последний раз», в обед — «да пошло оно все»...

Наличие и развитость следующих **навыков самоменеджмента (самоэффективности)** обуславливают способность решать проблемы/адаптироваться благодаря навыкам (компетенциям) организации жизни, анализа и решения проблем в настоящем и будущем:

- самонаблюдение/самоисследование;
- самооценивание/самоанализ/саморефлексия;
- самоинструирование;
- самокоррекция/саморегуляция;
- самоподкрепление/самосострадание/самоподдержка;

Это очень важный навык; если человек обращается к себе грубо, в приказном порядке — это не самомотивация, а самоизбиение. У некоторых пациентов такого навыка нет в принципе. Более того, у них есть убеждение, что если они расслабятся, то вообще перестанут что-либо делать.

- владение техниками самопомощи.

Эти техники нужно дать пациенту прежде всего остального, иначе дальнейшая работа будет невозможна! Пациенту с личностным расстройством, например, нужно показать, что с ним можно быть в контакте, и что вы не боитесь его аффекта. В дальнейшем такие пациенты боятся, что терапевт их оставит, так как никто не может с ними быть долго. Нужно донести до них, что это они могут в любой момент уйти от терапевта и в любой момент вернуться. Для них это опыт эмоциональной безопасности, они получают пример стабильности в ответ на свое нестабильное состояние.

Диагностический этап психотерапии подразумевает получение ответов на следующие вопросы.

• **БИО** (болезнь или психогенная природа проблемы?)

• **ПСИХО** (есть ли нарушения психических процессов/эмоций/характера/отдельных структур личности?)

• **СОЦИО** (есть ли нарушения системы значимых отношений и самооотношения?)

• **НОЭТИЧЕСКИЙ ПОДХОД** (дефицит и деструкция смыслов/ценностей/потребностей).

При доминировании биологического фактора выбирают следующие мишени психотерапии:

— психообразование и психокоррекция (изменение внутренней картины болезни), в том числе у родственников;

— принятие факта расстройства/заболевания (и подстройка образа жизни всей семьи с конкретным прописыванием, кто, что и когда делает);

— оценка факторов, влияющих на рецидив и ремиссию заболевания;

— обучение учету и влиянию на факторы ремиссии-рецидива.

В работе всегда учитывают возраст пациента и ближайшее окружение!

При доминировании психосоциальных факторов выбирают следующие мишени психотерапии:

— внутренняя картина болезни и ее влияние на пациента;

— система представлений и отношение к себе (система убеждений о себе/людях/мире);

— ранний эмоциональный опыт;

— копинг-стратегии;

— модели/паттерны/схемы поведения.

Мишени психотерапии при доминировании социальных факторов:

— при психогенной природе проблемы симптомы патологии воли — это своеобразная ширма, которая скрывает нарушения в системе межличностных/внутриличностных

отношений (напряженность, неудовлетворенность, неопределенность, противоречие, отсутствие договоренности в каких-либо отношениях);

— от нерешенного социального фактора внимание оттягивается на симптом (проблему);

— решать нужно не проблему-«ширму», а реальную сложность.

Ноэтический факторы включают дефицит и деструкцию смыслов, ценностей и

потребностей. Практически все, что говорит пациент, нужно прояснить, т.е. выяснять индивидуальные смыслы и значения и связывать с симптомом (проблемой). К примеру, пациент может считать тождественными понятия «успех» и «счастье», «нужность» и «покой», «любовь» и «отсутствие проблем», «цель» и «защищенность». Специалист помогает пациенту получить информацию и опыт, развести эти смешанные понятия и/или переоценить их.

Психоаналитический подход к пониманию патологии воли, влечений, инстинктов

Сергей Евгеньевич Соколов, психолог-психотерапевт психоаналитической ориентации, супервизор и тренинговый аналитик, член Европейской Ассоциации Психотерапии (Австрия), канд. психол. наук.



Современный психоанализ многообразен. Мы попробуем остаться в одном пространстве психоаналитической теории и рассмотреть волевые усилия с точки зрения британской школы независимых аналитиков, представителями которой являются Фейрнберн, Балинт, Гантри, Винникот, Боулби, а в настоящее время — Столароу и Этвуд. Эта школа несколько отличается от классического психоанализа: если для вскрывшего значение Эдипова комплекса в лечении истерии Зигмунда Фрейда нарушение влечений являлось основой психопатологии, то британские авторы пошли дальше, разделили влечения и потребности и стали исследовать их по-разному. Следствием этого стало понимание, что нарушение влечений является всегда симптомокомплексом, а не причиной патологии.

Психоанализ — не медицинская модель. Немецкие психоаналитики пытаются привязать его к медицине, но в полной мере медицинским и научным он никогда не станет, поскольку не имеет четкого алгоритма проведения терапии. Это сложная система взаимодействия двух людей, в результате которого у одного должно что-то измениться (со вторым, т.е. самим аналитиком, тоже происходят изменения, но корректировать их он должен в своей профессиональной среде). Психоанализ — это встреча двух личностей, развитие отношений которых незапрограммированное, и никто не знает, в какую сторону оно может пойти. Разные аналитики с одним и тем же пациентом проведут разный анализ. И результат будет разным. Все зависит от личности аналитика, поскольку у психотерапевта аналитического направления иного инструмента, кроме собственной психики, нет. Не существует четких приемов, гарантирующих единообразный результат, нет и установленных заранее манипуляций, которые влияют на человека заведомо известным способом. Это всегда непредсказуемый процесс. Юнг говорил, что чем больше аналитик знает теории, чем больше знает подходов к терапии, тем лучше. Но когда он входит к человеку, о них нужно забыть. И лишь потом на семинаре можно осмыслять встречу с пациентом с точки зрения разных подходов.

Что такое влечение?

С легкой руки Фрейда влечение — это инстинкт. Но одно ли это и то же? Здесь возникает путаница, когда слова используются как синонимы. Инстинкт — это всегда реализация каких-то инстинктивных побуждений. Однако мы называем инстинктом все то, что происходит у обезьяны, а все, что происходит у человека — влечением. Инстинкт проявляется в нашей первой природе (где работала эволюция, где есть инстинктивное поведение). На каком-то рубеже человек выделился из природы и создал вторую среду своего существования — культуру. Реализация инстинкта в пространстве культуры и составляет влечение. Это важно, так как дальше у инстинктов появляется определенная судьба (по Фрейду), совершенно другая среда, в которой они реализуются. Человек реализует инстинкты: два больших дарвиновских инстинкта — самосохранения и размножения — он будет реализовывать, несмотря на то, хочет он этого или нет. Фрейд свое учение построил на рассмотрении этих двух инстинктов как влечений в пространстве культуры. Пространство культуры — это место, где появляется миф. Нет мифа, нет культуры. Миф — это то, что структурирует наши переживания и наше поведение. Сказка — это то, через что мы живем в этом мифе, это ритуал. Мы все живем в бесконечном количестве ритуалов, каждый из которых отражает какой-то миф. Как только ритуалы отмирают, миф превращается в сказку. Сказка — это мертвый миф. Соответственно, наше поведение, система переживаний, реализаций инстинктов построена на определенной мифологии. Например, даже если бы было 40 градусов тепла, никто не пришел бы на данный семинар голым. Мы следуем ритуалам. Каждый наш шаг — вхождение в определенный ритуал. Есть только два пространства, где мы выходим за рамки ритуалов (они и обусловлены дарвиновскими влечениями) — война и секс. Здесь мы следуем только инстинкту. Понятие «секс» психоаналитики используют достаточно широко, различая секс и коитус. Секс — взаимодействие полов, все ритуальные пляски, направленные на продолжение рода. Начиная от момента появления влечения, это уже не инстинкт. Мы не продолжаем род, как в природе. У людей всегда существовали брачные обряды. Меняется форма ритуала, суть остается

той же, брачный обряд был всегда каким-то образом узаконен, и мы ему следуем, а за отказ от следования обряду существует прописанное наказание.

А что же такое потребность?

Влечение — величина векторная, у него есть источник происхождения, в том числе биологический, работа наших гормонов. Влечение реализуется в социальной среде. При определенном развитии влечения добавляется когнитивный элемент в культуре, когда мы можем так или иначе отслеживать, что мы делаем — появляется саморефлексия.

Потребность — не векторная величина, у нее нет объекта. О потребностях мы узнаем, когда нас их лишают. Пока мы себя хорошо чувствуем, наши потребности удовлетворены. Мир потребностей невидим до тех пор, когда пока они удовлетворяются. Нам как будто бы ничего не надо, нам хорошо, мы просто живем. Но как только удовлетворение какой-либо из потребностей прекращается, нам становится плохо.

У человека два рождения — биологическое и после появления слова «Я». Когда ребенок рождается, этого «Я» еще нет. И нет его до 1,5 лет: в это время физиологически человек существует, а когнитивно — отсутствует, он не субъект. Если нет субъекта, не может быть влечения. И на этом этапе должны реализоваться главным образом потребности. Если потребности удовлетворены, то влечения усиливают личность; если не удовлетворены — влечения приводят к диссоциации. Ребенок кричит — это аффект, который имеет биологическую природу. Только потом у него появится социальная составляющая, когнитивная составляющая. Когда ребенок кричит, появляется кто-то и что-то с ним делает. Если кричит снова, опять появляется кто-то и что-то с ним делает. Каждый такой контакт (который повторяется бесчисленное множество раз) оставляет за собой след: боль — встреча с миром — исчезновение боли (голод, холод или иное — ребенок не дифференцирует). И только в таком большом процессе ребенок начинает говорить, холодно ему, голодно. Начинает складываться психологическая структура. Закон Мюллера-Геккеля гласит, что в онтогенезе мы повторяем филогенез (на этой основе Юнг вывел архетипы). Психологическая структура

будет развиваться до того момента, пока ее масштаб не достигнет такого качества, когда ребенок сможет отделить себя от внешнего мира и сказать «Я», пока он не заявится как субъект. И когда он заявится как субъект, начинается его история. Предшествующую историю он проживает, где-то она запечатлевается, но он никогда о ней ничего сказать не сможет.

Здесь задается определенное направление. Что такое наша психика или что такое ее основа, то, что в психоанализе называют «самость»? Это система связей субъекта с внешним миром. Теперь мы вступаем в плоскость выхода за пределы физиологии и биологической науки. Мы говорим, что психология работает над определенной системой связей между мозгом и внешним миром. Если один из передатчиков сломается, появляются искажения в этой системе и физиологические причины нарушения психической жизни. Если человек попадает в культуру, где он не адаптирован, он тоже становится полусумасшедшим: не знает, как проявлять влечения или реализовывать потребности в рамках другого мифа и оказывается не у дел. Все, что существует в психиатрии, так или иначе представляет собой уход от какого-то эталона. Эталон в определенной культуре, мифологии — это то, как должно (поступать, вести себя, думать и др.). Когда человек от него уходит, его объявляют либо преступником, либо больным и должны куда-то деть. Если эта система связи сложилась нормально, человек живет, ничего не замечая.

При сложении самости у человека начинают реализовываться влечения. Одна из заслуг Фрейда состоит в том, что он сказал о существовании сексуальности с младенческого возраста и до гробовой доски. Пока человек жив, эта энергия работает в разных формах. И когда сложилась самость, он может начинать реализовывать эту энергию. Фрейд выделил стадии психосексуального развития. Он говорил не о физиологических (оральный, анальный) аспектах, а о том, что на каждой стадии человек решает определенные психологические проблемы. На каждой из стадий он должен усложнить эту систему определенным образом. И если она определенным образом усложняется, человек развивается нормально. Способ проявления влечений и реализации потребностей усложняется с каждым днем.

Хотим мы этого или нет, усложнение нам предлагает культура. Если в процессе развития что-то не складывается, человек попадает в ситуацию, когда не может сделать то, что должен: нужно сделать то, что было вчера, сегодняшний день требует усложнения, а у него не закончено еще старое. Если же он переходит в следующую стадию, задача увеличивается еще больше: нужно делать то, что должно было быть сделано позавчера, вчера и сегодня. Становится проще отказаться, чем делать. Человеку надо как-то выживать. И вот тут начинает работать психоаналитическая теория: Фрейд говорит, что человек не сделанное вытесняет и оставляет или расщепляется, формируя мир фантазий, в котором как бы делает необходимое, т.е. делает это не в пространстве культуры, а в пространстве фантазии.

Но что такое фантазия?

Фантазия — это продукт психики, который статичен по содержанию и динамичен по форме. Когда не случилось чего-то необходимого для развития, человек защищается, реализуя это в фантазии. Если это не случилось и позже, такая патологическая фантазия существует всю жизнь. То, что не сложилось в 2 года, человек реализует в 50. И здесь человек сталкивается с тупиком и порождает психопатологию: взрослый мужчина может желать, чтобы с ним общались как с двухлетним, но и принять этого не может, ощущая такое общение как суррогат.

Дональд Винникот говорил об этом так: «Здоровый взрослый — это тот, кому в детстве дали побыть богом, а потом вовремя объяснили, что он не бог». На начальной стадии развития ребенок ограничен в своих проявлениях — он может только орать, биться ножками и ручками и все. По Винникоту на этой стадии ребенку нужно дать возможность проявлять все, что он может проявлять, и нужно только стараться понять, чего он хочет. Это сложно, обречено на массу неудач, но ни один человек, которого пытались понять, никогда не сходил с ума. Он должен почувствовать «я могу», «я делаю», «этот импульс исходит от меня». Этот импульс бесформенный, он не понятен, но это не значит, что он не имеет права на существование. Если дать ребенку время, он понимает, «я управляю этой реальностью», «я кричу, а здесь все движется». Даниил Штерн проводил следующий эксперимент. Ребенок в возрасте

двух недель находится в диалоге с матерью. Ребенок кричит, появляется мать, начинает с ним играть. Он перестает кричать. Потом отводит глаза и начинает кричать снова. Мать уходит, ребенок замолкает. Ребенок глазами управляет контактом и показывает «мне хватит».

Постепенно все эти недифференцированные, неструктурированные, бесформенные импульсы превращаются или облекаются в форму, которая принята в нашей культуре. Мы начинаем их символизировать, т.е. входим в символическое пространство. Символ — это то, благодаря чему мы взаимодействуем. То, благодаря чему можно прейти дорогу и не погибнуть под колесами машины. То, благодаря чему можно досыта поесть. И если вдуматься, то только в символическом пространстве мы члены этого сообщества. Символ — это то, в чем можно встретиться с другим. Фантазия — это то, что меня уводит от другого. Если ребенку дали побыть богом, у него появилось ощущение, что он управляет миром («период всемогущества» по выражению психоаналитиков). После этого ребенку начинают давать понять, что жить нужно по определенным правилам. И если делать это с раннего возраста, это проходит легко без проблем.

Однако такой идеальной картинке не бывает. Эмпатия — способность посмотреть на мир глазами другого, попробовать понять, что он чувствует, максимально проникнуть в глубину его личности. В эмпатии всегда есть элемент когнитивности. Не бывает идеальной картинке, когда все импульсы одеваются в символическую форму, какие-то остаются и мы с ними живем. И культура придумала, как с ними обращаться. Это те самые потребности, которые не являются влечениями. Двое влюбленных идут смотреть кино. Они пытаются через это прочувствовать то, что просто так до другого не донести. Они смотрят фильм, потом обмениваются впечатлениями, но они говорят не о кино, а через кино о себе, обмениваются какими-то частями себя, которые не лезут в символы.

Еще один аналитик Уилфред Бион разделил продукцию на альфа- и бета-элементы. Альфа — все то, что символизировано и создает почву. Бета — те неструктурированные элементы, которые в нас остались. Чем больше

бета, тем сложнее человеку социализироваться и найти себя в мире, тем чаще он испытывает космическое одиночество и сложности в построении близких отношений. С этими бета-элементами человек приходит в терапию. Бион вывел следующую теорию: мать на этапе раннего развития является контейнером, вбирая все, что предлагает маленький ребенок, и выдавая, возвращая ему символизированную энергию: боль в желудке — голод, дрожь в теле — холод. То же происходит в кабинете — работа в символическом пространстве. Пациент все время хочет увести аналитика в воображаемое, а тот его возвращает в символическое. Психоаналитики не работают с симптомами. Пока есть симптом, есть с чем работать, задача снять симптом не стоит. Соответственно нет и диагностики: когда главный инструмент — собственная психика, аналитику нужен живой человек, если же его профиль определен, происходит общение с профилем, а не с человеком. Когда мы не диагностируем человека, мы оставляем открытым свое восприятие, и человек за 45 минут встречи путешествует по уровню здоровья с невротического уровня через психотический и до пограничного. И задача аналитика — откликаться. Если он не откликается, он остается со своим диагнозом и теряет человека. Если с клиентом все понятно, нужно бежать на супервизию. Если не понятно, плохо, значит работа проходит нормально. Живой человек не может быть понятным. Если аналитику все понятно, значит он защитился от непереносимости неизвестности, придумал клиента и дальше общается со своим фетишем, а не с живым человеком. В современном психоанализе нет предельных смыслов, каковым для врача является диагноз, нет шкал. Любая форма поведения, любое проявление человека всегда скрывает смысл, про который мы не знаем. Самое главное — не скатиться: подготовка позволяет специалисту **придумать** смысл или, используя знания, наделить каким-либо смыслом человеческое поведение. Самая сложная задача — воздержаться от этого, чтобы дать возможность клиенту во взаимодействии с терапевтом с этими предельными смыслами столкнуться.

Если говорить об инстинкте продолжения рода, сексе в человеческом сообществе и разграничении инстинктов и влечений, нужно

отметить следующую разницу. Животное хочет тело, хочет бросить сперму и произвести потомство. Человек же хочет не тела, он хочет желания другого. И на этом построена вся ритуалистика, вся мифология. Человек хочет встретиться с партнером на уровне желаний. И лишь потом, перешагнув этот уровень, когда начнется коитус, человек выпадает из пространства культуры и становится животным.

Про волю хорошо высказался Шопенгауэр: «У нас есть свобода воли для реализации и форм реализации наших желаний, у нас нет свободы воли в выборе желаний». Употребление наркотиков, к примеру, — это симптом. Симптом в психоанализе называют компромиссным образованием между влечением, социальной средой и защитными механизмами. Например, быть хирургом — компромиссное образование. Быть Чикатило — тоже компромиссное образование. Быть филателистом, мыть 500 раз в день руки с навязчивостью филателиста — тоже компромиссное образование. Соответственно, компромиссные образования бывают злокачественные и незлокачественные. Психоаналитик меняет структуру психики, а следовательно, соотношение энергии влечения, защитных механизмов и социальной среды. Его задача — поменять защитные механизмы и шире увидеть среду. Человек не может увидеть того, что он не знает, а в процессе аналитической терапии он начинает видеть то, чего раньше не замечал. Например, после психоанализа человек может начать видеть красоту проспекта, по которому ходил всю жизнь!

Все живые существа, в том числе разные человеческие индивиды, видят мир по-разному. Каждый человек живет в своем мире. И будучи терапевтом, это разнообразие нельзя упускать из внимания.

Противопоказания к психоанализу

Психоанализ не работает с моносимптомом. Если человек пришел, чтобы бросить курить, лучше отправить его к специалисту по НЛП. За моносимптомом всегда что-то скрывается, но если человек этого не видит, а хочет только бросить курить, в психоанализ его лучше не брать. Психоанализ за пределами стационара

практически не работает с пациентами психотического регистра, так как ответственность в этом случае слишком велика. Он плохо работает с алкоголиками и наркоманами, игровыми зависимостями: техники психоанализа регрессивны, а такие пациенты, регрессируя, могут уйти в болезнь безвозвратно. Однако следует отметить, что «психотический» с точки зрения психиатра и с точки зрения психоаналитика — разные понятия. Человек с психотической структурой личности может быть «нормальным» (чаще их относят к пограничным). Чем более нарушена структура личности у пациента, тем больше ответственности у терапевта за степень его регресса и построение своего поведения в ходе терапии.

С точки зрения психоанализа гомосексуализм следует разделять на истинный (сбой на 8 нед беременности; такие лица не приходят в терапию, не ходят на парады и т.д.), ложный (сбой в отношениях с матерью в первые недели жизни; как правило, это гармоничные личности, но иногда они не могут найти себя и находят в терапии) и патологический. К последнему типу относятся бисексуальные лица, которых раздражает и одно, и другое: живут с мужчиной — «не так», с женщиной — «тоже не так». Именно они ходят на парады, участвуют в акциях и пр. Причина расстройства — несформировавшаяся полоролевая идентификация (они травмированы в 4–7 лет). С точки зрения психоанализа все люди в какой-то степени бисексуальны и гомосексуальны, составляющая очень помогает жить: открыв ее в себе, человек не перестает быть гетеросексуалом, но его гетеросексуальная жизнь становится намного ярче.

Человек живет в пространстве смыслов. Невозможно сказать, что есть единый психологический смысл для всех людей, но если жизнь человека окрашена личным смыслом, даже если ему осталось жить три месяца, это будут наполненные три месяца. Если же смысла нет — он будет считать минуты. Человек живет в постоянном парадоксе — он смертен, причем часто скоростижно, и знает об этом, но при этом считает, что будет жить вечно. Тот же парадокс проявляется в браке: и «буду любить вечно», и «если будет плохо, разведусь».

Круглый стол

Важным мероприятием прошедшего Апрельского семинара был круглый стол, посвященный разбору клиентского случая. Данный случай был выбран из целого ряда кейсов, представленных участниками семинара, как наиболее интересный. Предлагаем и вам ознакомиться как с самим случаем (разумеется, в целях сохранения конфиденциальности некоторые данные в нем были изменены), так и с мнениями специалистов в различных направлениях психотерапии о том, какова природа состояния обратившегося за помощью пациента, а главное, какую помощь ему необходимо оказать.

Описание кейса

Пациентка 36 лет обратилась с жалобами на отсутствие чувств к детям, трудности в общении со старшим ребенком, который замыкается в себе (общение происходит опосредованно, в присутствии друзей и одноклассников; при общении наедине возникают холодность, отчужденность, трудности контакта).

Замужем, муж ровесник. В семье четверо детей — двое сыновей, 12 и 8 лет, и две дочери, 10 и 3 лет. Пятый ребенок умер 2 года назад в возрасте 4 лет после безуспешного лечения от врожденного заболевания. До момента смерти в течение 10 месяцев он непрерывно находился в отделении реанимации в состоянии комы, женщина за ним ухаживала и жила в лечебном учреждении. После смерти ребенка семья отказалась от любых выражений горя, объясняя это тем, что ему будет тяжело за их печалью и слезами наблюдать. После похорон во дворе их частного дома они установили небольшой памятник, к которому приносят игрушки, конфеты. При этом об умершем ребенке между собой, с другими детьми и другими людьми говорят как о живом.

Материально-бытовые условия семьи очень хорошие, доход очень высокий, обеспечивает семью муж. Из наблюдаемых у мужа симптомов следует отметить, что он периодически плачет в одиночестве в своем кабинете. При этом он указывает, что порой делает это преднамеренно, провоцируя

самого себя на слезы, потому что «стал реже о нем вспоминать». Некоторое время назад муж употреблял наркотические вещества (кокаин), но под давлением семьи от них отказался. Отношения супруги оценивают как хорошие, сексуальная жизнь в паре не нарушена. Отношения семьи с друзьями, социальным окружением после смерти ребенка претерпели изменения, многие социальные контакты были ограничены или утрачены. По национальности пациентка русская, муж имеет восточные корни.

Родители женщины разведены. Отец страдает алкогольной зависимостью, в детстве пациентки часто исчезал из семьи, а потом вновь возвращался; у брата игровая зависимость.

Родители супруга вместе, отец властный, его мнение имеет очень большое значение для сына (по определению представляющего случай врача-психотерапевта, они находятся в созависимых отношениях). Брат страдает наркотической зависимостью, проходит реабилитацию.

Пациентка была на приеме у специалиста трижды. Один раз на прием приходил ее супруг. В ходе взаимодействия со специалистом несколько менялось ее состояние, а также ее внешний вид — она стала одеваться ярче (на первые встречи приходила в темной одежде), вести себя свободнее, казалась веселее.

Мнения специалистов (преподавателей Института Карвасарского)

Омельченко Денис Андреевич — врач-психотерапевт, гипнотерапевт

Данный случай достаточно типичен — это ситуация утраты и реакция на утрату, прежде всего со стороны матери. Он необычен своими деталями, которые создают канву — специфическая семейная система, зависимая семья, дисфункциональная в нескольких поколениях. Все участники истории имеют личностные особенности. В целом для меня ситуация выглядит, как изоляция аффекта пациенткой, которая не смогла отреагировать потерю, что трансформировалось в определенный ритуал. Поскольку в этой семье (в том числе из-за высокого материального статуса; подобное часто наблюдается там, где есть большие деньги) не очень хорошая коммуникация, у мужа есть нарциссические черты и отсутствует навык делиться чувствами, пациентка не смогла получить поддержку от своих близких, отреагировать свои чувства, а потому изолировалась в аффекте. А поскольку этот аффект она изолировала, остальные чувства ей также пришлось «отключить», поскольку все чувства отключаются одним «рубильником».

Что касается интервенции, я часто сталкиваюсь с такими ситуациями, когда человеку нужно помочь отреагировать потерю, справиться с пролонгированным горем. Гипнотерапия и схема-терапия предлагают для этих целей технику смертного одра. Выполняется она в состоянии гипнотического транса, т.е. на фоне предшествующей индукции, в измененном состоянии сознания. В данном случае после соответствующей индукции можно предложить пациентке представить умершего ребенка напротив себя и высказать ему все, что она чувствует («гипногештальт»). Далее выполняют смену позиции, и пациентка отвечает от имени ребенка. Нужно организовать диалог и «раскачать» его, чтобы произошел выплеск эмоций, некоторое опустошение.

Если смотреть на ситуацию в аспекте патологии воли, влечения и инстинктов, следует отметить, что данная семья зависимая, и ситуацию «удержания» ребенка также можно рассматривать как вариант зависимости.

Бубнова Ирина Викторовна — клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт

Я бы пригласила обоих супругов на серийную консультацию психообразовательного характера. Я бы просто информировала их о том, что такое горевание, что такое изоляция чувств как механизм психологической защиты, в том числе о том, что когда изолируется одно чувство, все остальные чувства также перекрываются — так работает психика. Следующее, что я бы сообщила, — какую роль изоляция чувств у матери как одного из самых значимых членов семьи может

оказывать на поведение детей. Я бы рассказала о том, что когда один из членов семьи перекрывает свои чувства (обязательно добавляя, «что похоже на ваш случай»), другим, естественно, тоже приходится с этим справляться (например, плакать в одиночестве). И третье, о чем бы я их информировала, — возможный вариант работы: женщину нужно вести в формате кризисной терапии, при этом мужу следует быть готовым к тому, что на какое-то время ее, возможно, придется госпитализировать в

отделение невротиков или использовать фармакотерапию (здесь нужно постараться понять и оценить ресурсы семьи). В случае их согласия в индивидуальной работе с пациенткой основной задачей я вижу разворачивание аффекта через приближение ее к переживанию («как это было», «как он умер», «что вы чувствовали», «что происходило», «что чувствуете сейчас»...). И конечно же, сама была бы готова к разворачиванию патологического аффекта, в том числе к возможной необходимости продолжить сессию на час, два, три — на столько, на сколько будет нужно.

Следует отметить биопсихосоциальные составляющие данного случая. Эта

женщина родила пятерых детей через достаточно короткие промежутки времени (2 года), поэтому ее гормональное состояние, скорее всего, не вполне стабильно. Кроме того, перед нами семья, в которой плохо поставлена эмоциональная коммуникация, а сама пациентка эмоционально и личностно незрелая (о чем свидетельствует неготовность к смерти ребенка, в то время как было известно о его болезни, недостаточная подготовка и информированность по поводу лечения, магическое мышление, табуирование темы смерти). Здесь имеет место патологический кризис матери, распространившийся на всю семью.

Базарова Екатерина Николаевна — врач-психотерапевт, психоаналитик, заслуженный врач Республики Карелия

Это весьма неблагополучная семья со спутанными дисфункциональными отношениями по меньшей мере в трех поколениях. Она кажется богатой и успешной, на самом деле такой не является. Употребление мужем наркотических веществ и отказ от него под давлением семьи продемонстрировали наличие в семье рычагов воздействия. Если бы не было этого увековеченного горя, семье пришлось бы принимать какое-нибудь серьезное решение. Это симптом, который, пусть и безусловно уродливо, служит великолепной защитой. В данной ситуации страдание выступает своего рода индульгенцией. Женщина регрессировала в некрофильную тематику, хотя, возможно, и изначальный

уровень ее личностного развития был невысоким. Она остается на стадии отрицания, поэтому в терапии ее нужно подвести к стадии принятия. Здесь нет болезненной психической анестезии, о которой можно было бы подумать, исходя из ее жалоб, здесь замыкаются бесконечные круги заблокированных аффектов. Для траура двухгодичный цикл достаточен, поэтому сейчас подходящий этап для вмешательства, и эффективная интервенция вполне возможна. Можно предложить несколько форматов, в том числе индивидуальную работу с матерью с подведением ее к принятию. Возможны и парадоксальные интервенции: предложить ставить для умершего ребенка тарелку и т.д.

Соболевская Алина Равильевна — клинический психолог, руководитель Центра психотерапии на Басковом 34

Как клиническому психологу мне не хватило диагностического этапа, чтобы понять, с чем мы имеем дело. Первое что следовало бы исключить — психоз. Это может быть послеродовой психоз или психоз, связанный с шизофреническим

процессом, либо посттравматическое стрессовое расстройство, патологическое переживание кризиса у особой личности. Еще одна версия — идентифицированная пациентка в сложной патологической семейной системе. Это версия основная, но

вот с тем, что с пациенткой происходит и за счет чего это страдание проявляется, нужно разбираться. По всей видимости с ней тяжело устанавливается контакт, поэтому отправлять ее сразу на диагностику было бы неверно — она бы просто исчезла. Для установления контакта необходимо 4–6 встреч, после чего следует запланировать емкий диагностический модуль: 2–3 встречи с врачом-психиатром и патопсихологическое обследование. На диагностический этап обязательно нужно пригласить супруга и других взрослых членов семьи, чтобы получить максимум

информации об их микросоциальной среде и в целом посмотреть, что в этой семье с перерабатыванием аффекта, ведь переживание подобного патологического горя стало для данной семьи необходимым симптомом. Однако для меня оно все же отдает некоторой неадекватностью, поэтому возможные психотические процессы, гормональные нарушения также нужно рассматривать. После того, как мы разберемся с клиническим состоянием пациентки, в центре работы должна быть семья.

Никулин Александр Вадимович — клинический психолог

Иметь с этим случаем дело без психиатра я бы не стал, этот случай обязательно требует психиатрического контроля и участия. Для работы с данной семьей подходят техники парадоксальной психотерапии, связанные с усилением имеющейся симптоматики: на ум приходят принятые в различных странах культы мертвых, этой семье также можно предложить, например, сделать куклу и

общаться с ней до тех пор, пока кто-то один из них не поймет, что это не нормально и не остановится. Работа с данным случаем как с кризисным подтвердит героическую позицию, а если она рентная (а похоже, что это именно так), то эти регалии не вынешь. Им надо либо поклоняться, либо пациентка и семья откажутся от взаимодействия («вы меня пытаетесь изменить»).

Климов Александр Александрович — клинический психолог, директор Центра образования Института психотерапии

Мне кажется, здесь три объекта. Первый — сама женщина. Это объект самостоятельный, поскольку жизнь в лечебном учреждении, отделении реанимации в течение многих месяцев в отрыве от семейной системы сама по себе безусловно способна привести к кризису, не говоря уже о болезни и смерти ребенка. Именно поэтому один из неотъемлемых компонентов лечения — индивидуальная кризисная терапия, направленная на отреагирование (изменения кризисная терапия не предполагает). Второй объект — семья, он, она и их дети. Следует отметить, что они идеальные инстинктивные люди, которые продолжают работать, обеспечивать безопасность, сохраняют сексуальные отношения даже на фоне этих

безумных двух лет. Третий объект — расширенная семья, в которой была угроза утратить лидирующее положение. Хорошо бы четко выяснить, есть ли в действительности у мужа наркотическая зависимость. Если смотреть с этой позиции, то на самом деле получается, что этот ребенок и его смерть решают все проблемы. Хочется привести пример из смежной области. Представители православия говорят, что у человека есть врожденная потребность в религиозности. И если он не находит нормальные ее формы, начинаются патологические. В данной семье случилось так, что из умершего ребенка они создали «хранителя дома», прекрасно решающего ряд функций. Во-первых, это удержание лидерства данной малой семьи в рамках

большой. Во-вторых, оптимизация эмоционального напряжения (слезы мужа в кабинете могут быть некоторым эквивалентом потребления наркотиков, который позволяет ему удерживаться в трезвости). И третья функция — семейный миф, который позволил данной семье всю систему подвернуть под себя: в соответствии с этим мифом они все немного героические люди, и разрушение мифа было бы опасно. Вовлекать в работу детей, скорее всего, не нужно, так как они просто вписываются в существующие правила.

Таким образом, первым этапом должна быть обязательная кризисная терапия самой

женщины с четкой установкой, что попыток ее изменить нет, а есть попытки просто ее поддержать. Вполне возможно, что больше никаких вмешательств не потребуется: кризис пройдет, семья оставит какие-то остаточные обрядовые действия, которые позволят им на самом деле сохранить лидирующую позицию в большой семье, градус неадекватности снизится, и перенесенное горе останется просто на уровне упоминания. Если же с отреагированием кризиса начнут обостряться другие проблемы (аддикции, конфликты с большой семьей), потребуется семейная психотерапия.

Шляхетко Елена Владимировна — врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, гештальт-терапевт

Женщина, переживающая болезнь и смерть ребенка, находящаяся длительное время в реанимации, безусловно переживает кризис. Если говорить об этой семье, она действительно дисфункциональная, многие члены страдают различными зависимостями. Зависимость с точки зрения гештальт-терапии — это уход от реальности. И этот феномен в семье действительно существует. Старший ребенок реагирует на горе тем, что замыкается, не идет на контакт; т.е. также уходит от реальности. Похороны, на которых люди не позволяют себе плакать и грустить, — игра с уходом от реальности, в которую вовлечена вся семья. Смерть ребенка — одно из самых тяжелых переживаний, и любой человек сочувствует, проникается, даже глядя просто со стороны. Для отца слезы в кабинете — связь с реальностью, возможность оставаться живым, что-то чувствовать. Мать же незрелая, но при этом очень социально ориентированная. И от отрицания до

принятия она должна пройти все стадии горевания. В качестве варианта помощи я предложила бы кризисную терапию через социальный аспект. Я бы начала не про эмоции, которые ей сложно обработать, а через образ «матери, которая потеряла своего ребенка»: как это, как это быть в обществе, быть в семье. Пациентка отказалась от общения с друзьями, поскольку она не понимает, кто она теперь. Ее социальная роль в данный момент не определена. Если помочь ей получить эту определенность, понять свое социальное место, это послужило бы для нее опорой. А уже далее ее нужно проводить по стадиям горевания, а после этого — работать с парой, с ней и ее мужем, чтобы они попытались вдвоем понять, что они «семья с умершим ребенком». Старшего ребенка тоже можно привлечь к работе вопросами о его чувствах, он был свидетелем жизни и смерти младшего брата, тоже его помнит и тоже горюет, замыкаясь и уходя в игры.

Кадюкова Мария Ивановна — клинический психолог, методист ректората Института психотерапии

Мне кажется важным вывести семью в функциональное состояние. Объектом для меня в первую очередь является женщина — у нее есть запрос, именно она обратилась за помощью. А уже в процессе ее терапии нужно смотреть, что происходит с семьей. Вторым объектом является муж: если у него появится запрос, и если семейная система будет меняться, ему тоже потребуется помощь в переживании горя.

Важно помочь их паре обрести новый статус, интегрировать опыт, ориентируясь на то, как оба они изменятся в ходе психотерапии.

И конечно же, должно быть полипрофессиональное взаимодействие, присутствие психиатра рядом, поскольку мы не знаем, насколько сильно их состояние будет меняться.

Назыров Равиль Каисович — врач-психотерапевт, доктор медицинских наук, ректор Института психотерапии

Моя задача — расставить акценты, чтобы мы, сталкиваясь с подобным случаем в практике, как специалисты не попали в трудную ситуацию. Представляемый случай очень многомерен и показывает всю сложность современной медицинской психологии и психотерапии. Здесь возникает масса возможностей, которыми мы должны разумно распорядиться.

Первое, что нужно иметь ввиду и с чего стоит начинать: мы столкнулись с человеком, у которого есть какая-то подтвержденная трагедия, утрата. Коллеги пользуются более щадящим словом — «потеря», но я считаю, что мы должны вспомнить классиков — Кюблер Росс, Креславского — и говорить именно об утрате и трагедии. Это значит, что психолог, находясь во взаимодействии с женщиной, которая жалуется на какие-то простенькие как будто бы недовольства («не так чувствует»), должен понимать, что здесь, во-первых, может быть неосознавание настоящего кризиса, а во-вторых, просьба о пробном взаимодействии, чтобы узнать, возьмется ли специалист за ее случай и справится ли. Поэтому главное, что должен сделать психолог, — вступить в контакт и в этом контакте получить максимум информации. Здесь на конференции мы можем позволить себе рассуждать, иногда даже с иронией, о культурном уровне, зрелости пациента и его семьи. Однако, когда мы заходим в кабинет, мы должны

снять пиджак, халат, освободиться от собственных взглядов и в чистом виде предстать частью личности пациента, чтобы служить ему. И как только я сталкиваюсь с кризисным элементом (а кризис здесь однозначен — болезнь и смерть ребенка, жизнь в условиях реанимации на протяжении многих месяцев), я превращаюсь в кризисного психолога — никаких анамнезов, обследований, мудрствований, советов по жизни! Я просто активно слушаю! Слушаю, слушаю и слушаю до тех пор, пока не высохнут слезы, со стороны пациентки не будет попыток обратиться к другим, более актуальным вопросам (при возможности говорить на тему утраты), пока она не перестает молчать и не начнет словами описывать феномены, которые происходят, видеть мир и другие его явления (например, говорить о любви к другим своим детям). Здесь важно быть внимательным: в этом случае должно быть не меньше 10 сессий кризисной терапии. Пациентка может делать вид, что все в порядке (макияж, наряды). Но когда мы проколем пузырь с этим болезненным опытом, на его отреагирование может уйти и час, и два, и три. В нашем опыте есть нахождение пациентки на сеансе кризисной терапии после смерти ребенка в течение суток! При прочих равных условиях нам нужно исходить из того, что это кризисная пациентка, а все остальное отложить на потом.

Обилие объектов — особенность современной психотерапии. От ракурса взглядов может быть выбрано разное количество объектов: сама пациентка, супружеская пара, семья, включая детей и других домочадцев, большая семья, муж, дети.

Принципиальный вопрос — диагностический модуль. Главный партнер клинического психолога — не врач-психиатр, а врач-психотерапевт (психиатр не найдет видимой патологии и назначит антидепрессант для улучшения состояния, который приведет к хронизации страдания!). Именно психотерапевт обладает и психотерапевтическим видением, и психиатрической подготовкой и осуществляет связи с другими специалистами.

После кризисной терапии должна быть сделана пауза — в 80% случаев после кризисного вмешательства все стабилизируется. Чтобы уточнить необходимость в дальнейшем лечении пациентку нужно вызвать через две недели и спросить, следует ли продолжать психотерапию дальше. И только в случае ее желания и запроса нужно проводить настоящий диагностический модуль, обследуя и пациентку, и семью в целом и других ее членов. И работу следует строить согласно этапам кризисной терапии по Амбрумовой с апробированием новых факторов (копинг-тренинг), обсуждением происходящего в ее жизни, семейной терапией.

Решение такого сложного случая может быть только совместным с вовлечением как психолога, так и врача-психотерапевта.

Мнения представителей рабочих групп участников семинара

Группа №1

Мы решили, что в поведении клиентки есть неосознаваемая выгода: муж зарабатывает, преумножает благосостояние, принося тем вклад в семью. А какой вклад вносит жена? Ее вклад — скрепление семьи невидимым чувством вины: ее муж, родственники, дети и даже родители в той или иной степени это чувство испытывают. Вероятно, клиентка — глубоко инфантильная женщина, при этом достаточно стеничная, поскольку вовлечь такое количество людей в подобную систему своим поведением можно только обладая большими ресурсами. И если осознания вторичной выгоды не будет, психотерапия будет малоэффективной и симптоматической. Конечно же, нельзя сбрасывать со счетов и горевание, и кризисную терапию, и здесь возможно использование любого метода — КПТ, гипноз и др., в зависимости от предпочтений специалиста. Однозначно должна переплетаться и индивидуальная терапия, и супружеская терапия (возможно при этом использование гибкой схемы). Прямо высказывать семье такую версию, конечно, не стоит, но держать ее в голове нужно однозначно. Вопрос в том, будет ли держаться семейная система, если все члены семьи избавятся от этого чувства ... Семью придется воссоздавать на новых началах, а это очень непросто.

Группа №2

В данной ситуации однозначно нужна кризисная терапия. Все мы говорили о незрелости пациентки. Но хочется отметить еще и то, что она с детства видела, как уходил, пропадал, а потом возвращался ее отец, в то время как мать была отключенной, «мертвой». Эта травма фиксировалась, и всю свою жизнь пациентка проигрывает ситуацию, когда она мертва, а потом возрождается. И после кризисной терапии на этом нужно сделать акцент.

Группа №3

Объект терапии — это прежде всего сама женщина. На втором этапе — женщина с ребенком, с которым она пришла, который вступает в препубертатный период. На третьем этапе — присоединение других членов семьи. Гипотеза нашей группы такова: перед нами клиентка в остром кризисе и, возможно, послеродовой депрессии и переживании после достаточно длительной психотравмирующей ситуации нахождения в реанимации. Еще один важный момент — русская женщина замужем за восточным мужем. Культуральные особенности, сложности тоже нужно учитывать. Возможно, что какие-то вещи, патологические для нашей культуры, нормальны для культуры иной. В конечном итоге в ходе терапии необходимо достичь четкого выстраивания границ семьи, границ каждого из ее членов и здоровой сепарации. Следует учесть также коморбидность (психиатрическую, наркологическую), потому что в подобных случаях одна клиника часто затирает, компенсирует другую. И нужно предвидеть возможность того, что успешная терапия женщины может привести к возобновлению употребления наркотических веществ мужем. Поэтому мультидисциплинарный подход и тесный контакт между специалистами в данном случае особенно важны.

Группа №4

Мы пришли к выводу, что пациентка астенизирована, ведь в течение длительного времени она находилась в непростой ситуации: только недавно родив ребенка, попала в реанимацию, прожив несколько месяцев в реанимации — вернулась к обязанностям водить детей в школу и пр. Нельзя забывать и о наркотической зависимости мужа, на которую также уходили семейные деньги, ресурсы. Мы пришли к единогласному мнению, что семья держится на каких-то полуобвинительных, с одной стороны, историях, а с другой стороны, на истории спасательства. И спасателем, раскидывающим блага, является дедушка, отец мужа, который и дает работу мужу, и реабилитирует, скорее всего, братьев обоих супругов, и стабилизирует отношения с мамой, которая является функциональной мамой и мужа, и своей семьи. Что же делать? Нужно понять, кого в этой семье можно вырастить. Не раз уже говорилось про незрелых личностей в данной семье. Придет ли муж в терапию, остается под сомнением. Вмешательства вроде парадоксальной интенции использовать преждевременно из-за отсутствия зрелых личностей, способных посмотреть на ситуацию с разных сторон. Мы решили, что женщину можно подвести к пониманию, что она мать умершего ребенка, которая может использовать свои средства для помощи женщинам, оказавшимся в подобной ситуации. Если мы превратим эту историю в помогающую, пациентка обретет целостность, независимость и после этого, возможно, перейдет в функционал настоящей матери, в том числе для своего мужа, который через нее тоже сможет повзрослеть. Умерший ребенок не будет забыт, а будет использоваться в рамках «монетизации» — финансовой, социальной и личностной.

Группа №5 (заключение специалиста, представляющего случай)

Первое — информирующая консультация для обоих супругов о том, что может происходить в ходе терапии жены. С мужем установлен неплохой контакт, и нужно донести до него, что в случае появления чувств, в том числе претензии, он может прийти и о них рассказать. Второй момент — диагностика после еще лучшего установления контакта и продолжение кризисной терапии. Возможна работа в парадоксальном ключе, но не сейчас, а через некоторое время, так как пациентка в целом способна к логическим рассуждениям и пониманию.

Дискуссия о связи представленного клинического случая с нарушением воли, влечений и инстинктов

Базарова Екатерина Николаевна

На первый взгляд связь данного случая и волевых расстройств кажется не определенной. Однако следует отметить, что данная пациентка очень стенична: чтобы быть настолько больной, нужно быть очень здоровой. Она представляет собой омертвелый объект, который привык к смерти. Работать с эмоциями здесь очень сложно, поэтому она реагирует на логические связи. И ее семейная история, жизнь в реанимации — это родное. Родное — не значит хорошее, это значит привычное. Для нее это все привычное. И памятник во дворе ей не мешает. Как у

Чехова: «Я в трауре, но носик припудрить не забыла». Это действительно страшная история, это повтор сюжета ее матери. И то, что ее мать развелась — хороший прогностический признак, после этого она пришла на консультацию. Такие пациенты увековечивают свое горе, потому что только когда плохо, их жизнь оправдана. Работа с данным случаем будет сложной, нельзя форсировать контакт, по сути это ее реанимация. Отсутствие чувств к детям — вариант деперсонализации, который характеризуется изоляцией аффекта.

Климов Александр Александрович

Вызывает тревогу существование разных взглядов на то, что с этой пациенткой можно делать на первом этапе терапии. Что такое кризисное состояние? Если представить себе человека в виде метафоры изящного здания театра или музея, где есть какие-то экспонаты, картины, то кризис — это носящийся по зданию разъяренный бык. Это не просто низ, это низ с хорошей кинетической энергией. Если сейчас брать любые темы, связанные с изменениями — социализировать, поменять жизнь или что-то еще такое с ней сделать, она может очень легко на это откликнуться, потому что это движение легче, чем пребывание в том состоянии, которое есть. А потом через 3–4 года она окажется в другом городе, в другой семье, с другой профессией, очнется и спросит, зачем все это было нужно, и кто это сделал. Кризисная терапия принципиально сохраняет статус-кво имеющегося социального расклада. Поэтому все идеи с семейной терапией, социализацией и прочим возможны только на следующем этапе.

Вторая грань, аспект патологии воли. Кризисное состояние ограничивает ее свободу жизни, к примеру, сказывается на круге друзей и пр. Где же здесь волевое нарушение? Все люди имеют какие-то жизненные мотивы — любить, дружить, заниматься каким-то делом, включаться в социальные отношения. И тут параллельно появляется мотив условно патологический, связанный с эмоциональными состояниями. И нарушение заключается в том, что патологический мотив преобладает над социальными, человеческими и личностными мотивами. Раз за разом к такому пациенту может приходить друг, а он по своим субъективным эмоциональным мотивам на него нападает, потому что тот привел какого-то не того ребенка. Зависимости членов семьи, конечно же, также являются важным проявлением волевых нарушений. Еще один важный момент — семейное нарушение влечений, когда происходит отчуждение самых разных чувств, в том числе аффилиативных, друг с друга на какой-то третий объект.

Назыров Равиль Каисович

Все описанное нами многообразие объектов, психотерапевтических сюжетов можно брать в работу только после преодоления кризиса. Мы распознали кризис и должны начать кризисную психотерапию, когда в ходе нашего активного слушания пациентка может просто канализировать информацию. Потом следует сделать паузу и только после этого начать рассуждения. Применение любых провокативных техник возможно только в ситуации хорошего контакта, когда пациентка или ее семья сами попросят что-то сделать с этим тотемом, т.е. если к психотерапевту с их стороны будет по этому поводу прямое обращение. Психотерапевт является частью личности пациента, он ничего не делает своего. Собственные замыслы терапевта нужно отставить и относиться к ним осторожно. Осуществление семейной терапии возможно только совместно с ко-терапевтом. Один и тот же терапевт не может сегодня встречаться с женой, а завтра — с мужем, так как в этом случае коммуникация будет осуществляться через

него: психотерапевт сам станет тотемом. Если же говорить о месте тотема вообще, то это культуральный фактор, а психотерапия должна оставаться на уровне личности, потому что если терапевт заходит в сферу духовного, он превращается в учителя дзен-буддизма, гуру, духовника... В разных обществах культура разная, и ставить ли в своем дворе памятник умершему — личное дело семьи и родственников.

Что касается патологии воли, следует разделить уровни. Психофизиологические ее механизмы — импульс, влечение. У пациентки они мощные, она стеничная женщина. Психические процессы включают привычки, стереотипные формы поведения. Например, привычка поклоняться идолам. Личностный уровень — постановка неадекватной личностной цели — сблизить семью через горевание по поводу этой смерти. Трансперсональный уровень — вся семья получает импульс совместного волевого акта (этакий «шаманский танец» семьи).



Презентация проектов: отчет о работе методической группы

Одно из важнейших мероприятий Апрельского семинара — методическая группа. В этом году принять участие в методической группе могли все гости семинара. Направленность работы группы — максимально полное усвоение темы и материалов семинара всеми участниками. Сделать это наиболее эффективно можно тогда, когда получаемой информации придается практическая ценность, и она безотлагательно фиксируется в потенциально полезном общественном проекте. Начать реализацию подобного проекта можно уже на семинаре, а продолжить — после возвращения участников на свои рабочие места.

17-й Апрельский Санкт-Петербургский семинар ознаменовался появлением целого ряда интересных продуктов. О нескольких проектах мы считаем нужным рассказать вам подробнее.

Проект №1 «С миру по нитке»

Одна из групп представила содержательные таблицы, обобщающие взгляды на нарушения воли на уровне трех регистров — невротического, пограничного и психотического, а также способы вмешательства с точки зрения психиатрии, когнитивно-поведенческой психотерапии и психоанализа.

Психиатрия опирается прежде всего на симптомы, синдромы и классификаторы и подразумевает необходимость обследования, в том числе клинического осмотра, опроса, клинико-психологического интервью и патопсихологического исследования. К невротическому регистру относят менее выраженные нарушения воли, такие как перфекционизм или конформизм, а к психотическому, например, более выраженные — абулию, гипербулию. В аспекте лечения при работе с психотическим регистром психиатры опираются на фармакотерапию в обязательном порядке; в ряде случаев психофармакотерапевтические препараты используют для облегчения симптомов при расстройствах невротического регистра. При личностных расстройствах в зависимости от фазы преобладает роль фармакотерапии или психотерапии, но психотерапия в любом случае выступает неотъемлемым звеном лечения.

С точки зрения когнитивно-поведенческой психотерапии три регистра различаются, помимо прочего, сформированностью навыков самоэффективности и копинг-стратегий. У пациентов невротического регистра выраженные нарушения навыков самоэффективности отсутствуют, возможно их временное выпадение в силу сложившейся ситуации. Они используют более эффективные копинг-стратегии, например могут просить об эмоциональной поддержке. У пациентов аномально-личностного регистра эти навыки находятся в дефиците, особенно навык саморегуляции. Они используют менее эффективные копинги, могут уходить в различные формы аддикции, часто избегают проблем вместо того, чтобы искать способ их решения. У пациентов психотического уровня в ремиссии нет навыков самоэффективности. При этом в ремиссии они могут появляться, в том числе касательно внутренней картины болезни, но тем не менее остаются дефицитарными. В плане лечения пациентов невротического регистра важно обучить техникам самоподдержки, научить их самостоятельно справляться с ситуацией. Только после этого следует приступить к поиску внутриличностного конфликта, а затем уже работать с системой отношений. При работе с пациентами личностно-аномального регистра

важно установление контакта, а после этого — работа с аффектом. Пациентов психотического регистра нужно обучить распознавать, что с ними происходит перед рецидивом, в процессе рецидива и что с этим делать.

Психоаналитики не поддерживают формальную клиническую картину разделения нарушений воли: важно взаимодействие личности психотерапевта с клиентом. Самый главный инструмент — собственная устойчивая личность аналитика. С его помощью психоаналитик вместе с пациентом невротического склада изучает структуру личности последнего и защитные механизмы, а также меняет последние, помогая пациенту познавать и иначе воспринимать среду, в которой он находится. Работа с пациентами психопатического и психотического регистров не рекомендована, поскольку один из механизмов терапии — регрессия, которая таким лицам чаще всего противопоказана.

Содержательную таблицу проекта вы можете найти в Приложении 1.

Проект №2 «ХОМОИНТЕРНЕТУС»

Следующая группа участников семинара назвала свой проект «ХОМОИНТЕРНЕТУС: Чертовы дощечки или окно возможностей/Попытка составить портрет феномена». Целью группы было разобраться, интернет — это добро или все-таки зло.

Интернет — система компьютерных сетей для хранения и передачи информации. Интернетзависимость — социально приемлемая форма аддикции. Гаджет — портативный прибор или приспособление, предназначенное для помощи человеку в его деятельности. Он придает этой деятельности в различных сферах дополнительную функциональность и комфорт. Отмечены такие явления, как гаджетомания и гаджет как фетиш.

Название проекта было выбрано на основе следующей легенды: в Псковской области в св. Никандровой пустыни жил юродивый, который ходил с дощечкой в руке и разговаривал с ней, как по телефону. Отсюда и образ — «чертова дощечка». Интересно, что в христианстве существует даже покровитель интернета — святой Исидор Севильский.

Были выделены предпосылки развития зависимости от гаджетов.

— Биологический уровень: поражение тканей (например, органическая психопатия).

— Психологический уровень: необходимость выносить и навязывать сверхценные идеи другим людям (интернет как площадка для размещения идей).

— Личностный уровень: потребность не быть белой вороной, не выделяться из толпы.

«Воля» составляется из компонентов, расположенных на каждом из этих уровней. При возникновении нарушений на любом уровне снижается волевая функция.

Участники группы составили классификацию предпосылок для формирования зависимости по КПП-регистрам.

- Здоровые люди: необходимость снятия напряжения, возникающего время от времени в связи с кратковременными невротическими реакциями. Связь с гаджетами не носит запойного характера, контролируется и подчиняется воле. Вероятность развития зависимости низкая.
- Невротический регистр: гаджет используется для снятия напряжения, возникающего вследствие внутриличностного конфликта. Есть сложности с адаптацией, возможно развитие зависимости.

- Психопатический регистр: люди данного регистра имеют нарушения в механизме отражения реальности психикой. Нарушена функция социализации. Тормозимые психопатологии склонны к развитию зависимости больше, чем возбуждаемые. Есть патология воли.
- Психотический регистр: имеют нарушенный механизм развития психики и полное отсутствие критического мышления. В интернете получают адаптацию в сфере общения, но при этом снижается мотивация в получении реальных социальных навыков во взаимодействии. Имеют патологию воли.

Помимо теоретического аспекта проект включал и практический компонент. Было проведено обследование 22 участников семинара в возрасте 25–45 лет, 75% женщин и 25% мужчин. Все они используют интернет для личных целей, при этом 80% посещают социальные сети, «серфят» в интернете. При оценке затрачиваемого времени никто из участников опроса не выбрал ответ «менее 1 часа». Участники сочли нормой пребывание в интернете с течением 1–3 часов. Исследуемая аудитория относится к здоровой и преимущественно не испытывает тревоги при невозможности в течение дня выйти в интернет для личных целей (63% чувствуют себя спокойно).

По работе группа сделала следующие выводы: мониторинг времени, проведенного в социальных сетях и потраченного на серфинг в интернете может стать количественным оценочным критерием наличия или отсутствия у человека зависимости от гаджетов. Если данное время находится в пределах 1–3 часов, можно говорить о норме. Более высокие цифры могут говорить о наличии патологии и необходимости получения консультации у психолога. Специалистам следует обращать собственное внимание и внимание пациентов на данные количественные показатели.

Как качественный критерий рекомендуется использовать наличие или отсутствие тревоги относительно времени, проведенного в интернете.

Крайне интересным был «правополушарный» компонент данного проекта. Участники приготовили (и исполнили!) несколько частушек, которые могли бы принадлежать пациентам с зависимостью от интернета.

Приросла я к монитору,

Не закрыла даже шторы.

До утра я не спала –

на ущерб пошла луна.

Дед в компьютер внука влез.

Вызывает интерес:

Где-то кнопку нажал,

покраснел и убежал.

Милый ночью от компьютера

никак не отойдет

А ко мне придет обнимет,

Поцелует и уйдет.

За компьютером сижу

В церковь больше не хожу.

Пара кликов и – хихи –

Отпускаются грехи.

Интернет, интернет,
Он на завтрак и обед.
Вместо ужина и сна,
Вот такая жизнь пошла.

На космической ракете
Полечу к другой планете.
Все в инете, мать итить,
Не с кем здесь поговорить.

Проект №3 «Дневной дозор»

Еще одним проектом стала экспресс-методика анализа ресурсов специалистов, которые используют в своей практике психотерапевтические подходы, — людей здоровых, но потенциально склонных к профессиональному выгоранию.

Первоначальной гипотезой группы при работе над данным проектом была гипотеза поиска высших смыслов. Но в процессе обсуждения участники быстро пришли к выводу, что искать надо «не высоко, а низко», и сосредоточились на поиске пробелов в ресурсах, которые находятся на совсем простом, конкретном уровне. Они решили помочь человеку, который близок к профессиональному выгоранию отыскать сильные места, на которые можно опереться, и также те ресурсные провалы, которые у него есть. Основой работы стала пирамида Маслоу.

Первым источником дефиниций послужило руководство по охране психического здоровья, выпущенное ВОЗ для работы с людьми в кризисных и чрезвычайных ситуациях: «Страдающие люди имеют способности или ресурсы. Характер и объем этих ресурсов всегда различаются в зависимости от социально-культурных обстоятельств, возраста, пола. И первичная ошибка помогающих специалистов состоит в игнорировании ресурсов и сосредоточении внимания на проблемах, страдании и патологии».

Становится понятным, что нам важно не только и не столько искать провалы, т.е. то, чего не хватает, сколько находить опоры, отыскивать и укреплять то, что есть. Подобную методику группа и представила на суд участников семинара.

Что же такое «ресурсы вообще». Всемирная организация здравоохранения не дает всеобъемлющего определение данному понятию. Она говорит о том, какие бывают ресурсы: выделяет навыки решения проблем, навыки коммуникации, наличие семьи как значительный ресурс, наличие какой-то местной общины, в которую включен человек (имеются ввиду различные культуры, при этом подобной общиной может быть и профессиональное сообщество), экономические ресурсы, образовательные ресурсы, ресурсы духовные.

Психологический словарь дает следующие определения: ресурс — это включенность в разные сферы жизнедеятельности; ресурс — это психологическая возможность преодоления стрессовой ситуации. Есть и третье определение, которое мы взяли как рабочее: ресурс — это возможность поддержания здоровья и благополучия на внутриличностном, социальном и средовом уровнях. Нам кажется, что чем ближе к средовому уровню, тем более детально можно описать, в чем нуждается человек. Мы предлагаем следующую методику для оценки потребностей, основанную на пирамиде потребностей Маслоу.

Сначала оценивают витальные потребности: сон, питание, физическая активность, бытовые + что-то еще (этот пункт группа добавила к каждой потребностной сфере, потому что у каждого человека может быть что-то свое, что он относит к жизненно необходимым потребностям). Далее необходимо оценить, как удовлетворяются эти потребности: достаточно и адекватно; адекватно, но недостаточно; неадекватно. Важно также уточнить у человека, какими именно способами они удовлетворяются.

Из потребности в безопасности выделены: дом; стабильность жизни; правила и упорядоченность; традиции и ритуалы; наличие личного пространства + что-то еще.

Потребности в принятии: наличие близкого партнера; отношения с родителями; отношения с детьми; отношения с друзьями; отношения в референтной группе + что-то еще.

Следующий уровень — потребности в признании: образование; социальный статус; компетентность; успешность; уровень дохода + что-то еще.

И наконец, уровень ценностей и смыслов — потребности в самореализации: знаю, чего хочу, и имею цель; у меня есть способы, которыми я могу достигать этой цели; у меня есть ценности; я знаю, кто разделяет со мной эти цели или ценности, т.е. насколько они разделяемые; духовные ценности, на которые я могу опираться + что-то еще.

Описываемая методика достаточно сырая, после представления группа предложила участникам семинара доработать ее в соответствии с поставленными задачами. Например, можно пойти по пути оценки адекватности или неадекватности удовлетворения потребностей. Можно пойти по пути провалов в каких-то потребностных сферах. Методику можно выставить в виде циклограммы или цветка возможностей, закрепить правополушарным окончанием, чтобы человек увидел реальную картинку. В каждой группе потребностей выделенные по шесть позиций (пять готовых и шестая свободная), что достаточно условно и не исключает введения балльной системы.

Дополнительной находкой для группы в процессе этой работы стали уже готовые работы по профилактике эмоционального выгорания.

После представления методики докладчики группы привели интересную метаформу специалиста в состоянии выгорания: он похож на бублик с дыркой — с ценностями у него все хорошо, он продолжает функционировать из последних сил, а на бытовом уровне, в витальном плане, на уровне безопасности все уже сгорело, он все скормил. *Бланк методики вы можете найти в Приложении 2.*

Проект №4 «Терапия успешного человека»

Данная команда разрабатывала варианты терапии для успешных людей. Группа начала с того, что сделала попытку просто определить, кто такой «успешный человек». В качестве клиента был принят человек 24–52 лет, который закрыл свои базовые потребности, т.е. находится ближе к верхушке пирамиды Маслоу, хотя, как известно, бывает, что вроде все есть, а счастья все равно нет. Первое, что нужно сделать в консультировании, установить регистр. Ведь если успешный человек вдруг оказывается шизофреником — это же одна история, если он невротик — другая, а если он зависимый — совершенно другая. Группа разработала опросник для выявления нозологии, данный опросник включает более 30 вопросов, касающихся общих вещей, в том числе алкоголя и других аддикций.

Если в ходе диагностики был определен непсихотический уровень, нужно установить, употребляет человек психоактивные вещества, как регулярно и насколько зависим от них. Например, в процессе терапии от пациента требуется отказаться от употребления психоактивных веществ, но выясняется, что он этого сделать не может, начинается работа с зависимостью. Если человек еще даже не понял, где оказался, тогда на первом этапе стоит просто осознание, что алкоголь или другое психоактивное вещество вредно для него. Если человек этого не осознает, двигаться дальше бесполезно. Если же человек осознал, что от психоактивного вещества есть вред, можно переходить на новый этап. Если человек осознает, что он зависимый, перед ним можно поставить следующий вопрос: кто за это отвечает. И в ходе терапии человеку нужно помочь осознать, что отвечает только он. И когда пациент поймет это, появляется шанс двигаться дальше. Однако осознать ответственность за употребление ПАВ еще недостаточно для продвижения, необходимо, чтобы клиент осознал ответственность за свое социальное благополучие. Если мы этот вопрос решаем положительно, можно начать выяснять, каковы его ценности, убеждения и ограничения. Таким образом, мы разбираемся в важных для пациента вещах и только потом, когда обнаруживаем, какие-то непроработанные чувства и убеждения, используем гештальт-подход. В конечном итоге, когда человек осознает важные, базовые для него вещи (можно использовать специальные тесты, например тест смысложизненных ориентаций Леонтьева), можно начинать работать со смыслом, т.е. переходить к экзистенциальному подходу.

Проект №5 «Помощь людям, столкнувшимся с ментальной болезнью пожилого родственника»

Название проекта данной группы — «Помощь людям, столкнувшимся с ментальной болезнью пожилого родственника». Он подразумевает создание специальной площадки с целью дать всем специалистам понятный алгоритм действия для тех ситуаций, когда к ним в кабинет заходит человек, чей родственник страдает ментальным нарушением. Группой был прописан алгоритм из 5 простых шагов. Первое, что нужно сделать (как и во всех других случаях обращения за помощью), — наладить контакт, при этом клиентом может явиться как сам пожилой человек с ментальным заболеванием, так и его родственник, а также любой человек, находящийся рядом (сосед и пр.). Следующий момент — диагностика, в том числе психологическая диагностика. За диагностикой следует понимание картины болезни, а также поиск ресурсов (чем обладают люди, пришедшие на прием) для составления определенного алгоритма адекватной, квалифицированной и компетентной помощи. В ходе поиска ресурсов исследуют финансы, время, навыки, людей, находящихся рядом и способных помочь, юридический статус. Очень важно, что помогать родственнику пациента с ментальным нарушением качественно невозможно, если не сотрудничать с психиатром, социальным работником и социальными службами. Следует уточнить и возможность подключения других специалистов — геронтолога, терапевта и пр.

Сам больной человек может находиться в состоянии компенсации и декомпенсации, и интервенции, проводимые в данных фазах, различаются. Состояние компенсации подразумевает обучение навыкам распознавания состояний и средовую интервенцию, состояние декомпенсации — только средовые воздействия (амбулаторная или стационарная помощь в условиях государственного или негосударственного учреждения).

Если у пришедшего на прием человека есть невротические симптомы, ему нужно помочь снять напряжение, обучить навыкам саморегуляции, поработать, если есть необходимость, с конфликтом, с семьей, с окружением; дать координаты полезных лиц.

Поначалу группа планировала представить проект в форме емкого буклета с наиболее полной информации для людей, столкнувшихся с тяжелыми ментальными заболеваниями своих близких (деменцией, осложнениями инсульта, старческими психозами), так как в подобных случаях родственники зачастую не имеют достаточной информации о том, как следует вести себя в этой непростой ситуации, а специалисты порой не могут взаимодействовать друг с другом. В последующем группа отказалась от буклета в пользу более современного варианта: был создан телеграм-канал для специалистов, работающих в обычных лечебно-профилактических учреждениях, который в перспективе может стать базой для создания несколько подобных приложений для других нозологических групп. Канал содержит различные вкладки: «юридическая помощь», «экстренная служба», «социальная помощь», «правоохранительные органы», «организация здравоохранения». Другие полезные ссылки включают упражнения для релаксации, в том числе для специалистов, полезную литературу и два дополнительных ресурса со ссылками на справочную информацию, обучающие видеоролики (как ухаживать за пациентом, проводить гигиенические мероприятия, обследования) для родственников. Кроме того, ресурс содержит информацию и чат о системе «умный дом», транспорте, GPS-навигаторах, клининге и пр. Подобный же чат разработан для специалистов касательно вариантов обучения и поиска коллег, упражнений, литературы, тестов и шкал.

Завершение семинара

Вручение итоговых документов о повышении квалификации — еще одно значимое событие семинара, грустное и радостное одновременно. Грустное, потому что шесть ярких дней подошли к концу, а радостное — потому что наши гости возвращаются домой к своим близким, к своим клиентам и пациентам с новыми знаниями, новым видением и, конечно же, новыми силами. Много теплых слов было сказано участниками, много планов озвучено. Сказали свое напутственное слово, попрощались с участниками, подвели итоги Семинара и наши преподаватели.

По словам *Александра Александровича Климова*, директора Центра образования Института Карвасарского, главным сообщением данного семинара были не теоретические лекции, не терапевтические группы и даже не большая методическая группа. Главным посылом Семинара было само его расписание: «Люди, которые целых шесть дней находились здесь с утра до вечера, могут смело брать этот посыл в жизнь. Ведь что такое воля на уровне простых решений: если я поссорился с близким человеком, сильно злюсь и хочу сказать ему грубость, мои отношения, мои о них воспоминания и моя способность к регуляции позволяют мне все-таки выходить в разговор. Если мне важно реализовать какой-то проект, а сил уже нет, именно моя способность собраться и продолжить во многом определяет успех. Патология воли в клинике — это одна история, а понимание воли в мелочах очень простое: находиться в отношениях с теми, кто дорог, делать то, что важно, уметь эти вещи отличать и не поддаваться пагубным страстям, которые у каждого из нас есть по логике характера и по логике каких-то порывов».

Мария Ивановна Кадюкова, методист ректората и Вечернего Института психотерапии, была глубоко вдохновлена работой методической группы: «Для меня было огромным наслаждением смотреть на работу коллег, на их важные проекты, сделанные за столь короткое время действительно качественно. Очень хочется контактировать со всеми нашими участниками как с профессионалами и использовать все то, чем они готовы поделиться». *Ирина Валерьевна Дьячук*, методист ректората, тоже была поражена

тем, какие объемные проекты участники Семинара смогли выполнить в столь сжатые сроки: «Мне хочется, чтобы эти проекты вышли за рамки данной встречи и перешли в наше общее профессиональное поле взаимодействия и сотрудничества. Я надеюсь, что вы продолжите это движения вместе, активно и уверенно!»

Алина Равильевна Соболевская, клинический психолог и директор Центра психотерапии на Басковом 34, подвела итоги динамической группы. Следует отметить, что группа была достаточно большой, 20 человек, поэтому проводилась по методике, разработанной и испытанной Эйдемиллером и Вовк с чередованием кругов участников. «Особенность группы была в том, — рассказала Алина Равильевна, — что фазы агрессии практически не была, все почти сразу ушли в рабочий формат. У нас не было пустого молчание, пустой злости друг к другу. При этом было много рабочих, настоящих живых моментов. Конечно, эмоции иногда искрились, но все же преимущественно группа была доброжелательной, наполненной, нежностью и человечностью. Помогая участникам, я получила огромное удовольствие. Для нас с Александром это вторая группа, выходящая на какой-то новый уровень человечности как между нами, так и между всеми участниками. Группа — это малая часть жизни, поэтому я надеюсь, что и в своей большой жизни вы будете делать то же самое, только в большем объеме. Будьте счастливы!»

Александр Вадимович Никулин, клинический психолог, ведущий динамической группы, также выделил несколько ее важных особенностей:

«Больше всего мне запомнилась важность формулирования собственных целей, смелости прямо спрашивать, чего другие от тебя хотят, и вообще прямо делать какие-то честные сообщения друг другу. Второй момент — разрешение злости и способность нести ответственность за нее. Третий — понимание, что людям нужны люди, причем внезапно. Многие участники начинали с того, что им вообще-то здесь ничего не нужно и другие люди им тоже не очень-то и нужны. Это имеет и практические итоги: люди, даже друг друга раздражая, могут друг другу помогать, становиться неожиданно солидарными, по-честному, а не напоказ. На этой волне две женщины в группе передумали разводиться, а одна участница получила заботу, которой не ожидала. И четвертый, самый мощный вывод — времени на все не хватит. Люди начинают ценить время внезапно, торговаться за него, чтобы занять собой хотя бы 7 мин.

Ирина Викторовна Бубнова, руководитель направления «Клиническая (медицинская) психология» Института, оставила участникам группы когнитивной гипнотерапии следующее послание: «Теперь вы знаете, как нужно учиться, теперь вы все можете сами. А если сами не можете, то можете вспомнить, что можно войти в состояние транса, и тогда все получится. А если и в этом случае не получается, нужно провести клиническую диагностику, чтобы исключить более тяжелую степень расстройства, чем изначально показалось. И главное, необходимо обязательно помнить о полипрофессиональном сотрудничестве. Например, диада «Бубнова–Омельченко», психолог + врач психотерапевт, выступает отличным примером подобного взаимодействия, когда врач может привлечь одних специалистов, а психолог — других».

Екатерина Николаевна Базарова, врач-психотерапевт, психоаналитик, после экзистенциальной группы выразила участникам, что каждый из них сделал мощное движение, которое было, среди прочих равных, о времени и о свободе:

«Любая группа начинается с чувства ожидания, чувства страха. А страх — это обморок свободы. В ходе группы все участники из внутреннего полубоморочного состояния двинулись навстречу этой свободе. И какая-то обретенная степень свободы теперь уже никогда не потеряется. А поскольку «воля» и «свобода» — по сути одно и то же, то название семинара очень символично и говорит о свободе, размещенной во времени. Действительно, время шло стремительно и все очень быстро закончилось. Не было никаких зависаний и, несмотря на определенную жесткость группы, все участники испытывали в дальнейшем очень нежные и очень теплые чувства друг другу. Группа была особой жизнью внутри жизни. И мое пожелание в том, чтобы сохранить эту свободу в отношениях, в любви и в профессии. Такой импульс счастья на фоне универсальности человеческого страдания».

Равиль Каисович Назыров, ректор нашего Института, также обратился к участникам экзистенциальной группы, да и ко всем участникам Семинара, с заключительным словом: «Группа получилась просто удивительная. Меня, ведущего, попросили пойти за круг. Причем попросила девушка, которая сама стеснялась жить. Но когда начала, ее трудно было остановить! На нашей группе были очень разные события: и деньги, и отношения, и любовь, и какой-то элемент страдания. Все это выливалось в поступки. Жизнь группы была красивой: гештальт подружился с экзистенцией, что мы пытались сделать уже давно, но настоящему смогли только на этом Семинаре. Оказалось, что некоторый смысл все-таки есть, и все вы его обнаружили. Потом со смыслом смог разобраться и я сам, за что в буквальном смысле пришлось заплатить нам с Екатериной Николаевной, но некоторые вещи безусловно этого стоят! Денежную премию на группе получил самый успешный человек, который пронизывал всю жизнь группы, используя разные способы достучаться до каждого участника! А что касается отсутствия фазы агрессии, которое на нашей группе мы тоже заметили, это связано с тем, что к нам

приехали люди, готовые СОТРУДНИЧАТЬ и прошедшие фазу агрессии где-то в своей жизни за пределами Семинара. И это замечательно, ведь наш Семинар и должен быть профессиональной средой, на которую

можно опираться и заряда от которой точно должно хватить всем на весь следующий год! А потом... ждем вас снова, дорогие друзья!»



Осенний фестиваль психотерапевтических практик: анонс

Дорогие друзья! На Апрельском семинаре 2021 года практически всеми участниками была озвучена потребность в организации еще одного ежегодного мероприятия. Таким мероприятием станет **Осенний фестиваль психотерапевтических практик**, призванный в первую очередь помочь специалистам решить свои жизненные проблемы и пополнить запасы собственных ресурсов для успешного продолжения профессиональной деятельности. Фестиваль состоится с **11 по 17 ноября 2021 года**. Первые три дня будут посвящены коротким мероприятиям — семинарам, мастерским, мастер-классам, тематическим выступлениям приглашенных спикеров, ведущих специалистов в различных областях психотерапии и психологии. Четвертый день фестиваля — 14 ноября — будет Днем Культуры. В этот день гости смогут посетить различные достопримечательности Северной столицы и познакомиться ближе в еще менее формальной обстановке. Три завершающих дня будут посвящены различным формам современной групповой психотерапии: участники смогут выбрать группу по своим интересам и запросам, чтобы наиболее качественно проработать собственные, особенно волнующие их сложности. Динамическая группа будет пронизывать все шесть рабочих дней Фестиваля. Приглашаем вас присоединиться к нашему сообществу, погрузиться в дружественную, ресурсирующую профессиональную среду и открыть для себя новые грани как психотерапии, так и собственной личности!

Ждем вас в Санкт-Петербурге на Осеннем фестивале психотерапевтических практик!



Приложение 1. Проект «С миру по нитке»

	Невротический	Личностные аномалии	Психотический
Психиатрия	<u>Дифференциация нарушений воли по регистрам:</u> Опираются на МКБ-10, постановка диагноза исходя из комплекса симптомов, на основе клинико-патопсихологического исследования (беседа, наблюдение, ЭПИ и тд)		
	Менее выраженные нарушения воли. Например, перфекционизм, комформность и т.д.	Могут сочетать в себе и симптомы невротического уровня и психотического.	Яркие, вычурные нарушения воли. Например, абулия, гипербулия, парабулии и т.д.
	<u>Способы лечения:</u>		
	Упор на психотерапию, в некоторых случаях фармакологическая поддержка	В зависимости от диагноза назначается фармакотерапия и психотерапия	Основной упор на фармакотерапию, плюс поддерживающая психотерапия
КПТ	<u>Дифференциация нарушений воли по регистрам:</u> Какие навыки самоэффективности сформированы?		
Навыки самоэффективности: Самонаблюдение Самооценивание Самоинструктирование Самокоррекция Самоподкрепление Самопомощь Саморегуляция	Есть незначительные западения, не нарушающее социальную адаптацию. Используют более конструктивные копинг-стратегии (поиск эмоциональной и инструментальной поддержки, и т.д)	Все находится в дефиците, особенно саморегуляция. Используют менее конструктивные копинги (избегание, алкоголь и тд)	В рецидиве нет навыков самоэффективности, а в ремиссии могут дефицитарно появляться в процессе формирования внутренней картины болезни
	<u>Способы лечения:</u>		
	1) Формирование техник самопомощи с целью снизить	1) Устанавливаем устойчивый контакт.	В основном фармакотерапия!

	уровень стресса и напряжения 2) Поиск внутриличностного конфликта (противоречивые установки/паттерны поведения) 3) Работа с системой отношений (нарушения значимых микроотношений)	2) Работа с аффектом (психотерапевт создает для себя безопасные условия для выгрузки переживаний). 3) Схематерапия. В целом задача: помочь продлить фазы компенсации, найти ресурсы, сократить фазы декомпенсации, помочь дифференцировать признаки перехода с фазы компенсации в декомпенсацию. Возможно включение в групповую терапию в рамках КПТ	1) Формирование внутренней картины болезни (критика к болезни с помощью психообразования, поддерживающей терапии). 2) Техники КПТ
Психоанализ	Невротический	Пограничный	Психотический
	<u>Дифференциация нарушений воли по регистрам:</u> Психоанализ не поддерживает наблюдение за пациентом/клиентом через призму клинко-патодиагностики и старается сформировать скорее личностное отношение, нежели клиническое		
	<u>Способ лечения:</u>		
	Работа личностью психоаналитика с использованием различных технологий (регрессии, свободных ассоциаций, интерпретаций, анализ псих защит и т.д). Менять структуру психики, защитные механизмы, чтобы шире увидеть среду (установить контакт с миром). Контейнирование — переработка	Психопатии, аддикции и т.д. Психоанализ не рекомендован в связи с использованием технологии регрессии, есть риск навредить. Психоаналитику важно сохранять устойчивую	Психоанализ не рекомендован в связи с использованием технологии регрессии и риском навредить

	смыслов, возвращение нового смысла. Психоаналитики не работают с симптомами. Нет задачи снять симптом. Нет диагностики. Важно общаться не с профилем, а с человеком. Задача психолога — адекватно откликаться на его регистры. Групповая психотерапия. Не выделяют отдельные нарушения воли, в связи с отсутствием работы с моносимптомами. Нарушения воли рассматриваются как несвобода в выборе желаний.	личностную позицию при любом волевом действии/бездействии клиента/пациента	
--	---	---	--

Приложение 2. Проект «Дневной дозор»

Экспресс-методика самоанализа для оценки ресурсов

Группы ебностей	Потребности	Удовлетворяются достаточно и адекватно	Удовлетворяются адекватно но недостаточно	Удовлетворяются неадекватно	Какими конкретными способами
Витальные потребности:	Сон				
	Питание				
	Физическая активность				
	Отдых				
	Бытовые условия				
	Что-то еще				
Потребности в безопасности	Дом				
	Стабильность жизни				
	Правила и упорядоченность				
	Традиции и ритуалы				
	Наличие личного пространства				
	Что-то еще				
Потребности в принятии	Наличие близкого партнера				
	Отношения с родителями				
	Отношения с детьми				
	Отношения с друзьями				

	Отношения в референтной группе				
	Что-то еще				
Потребности в признании	Образование				
	Социальный статус				
	Компетентность				
	Успешность				
	Уровень дохода				
	Что-то еще				
Потребности в самореализации	Знаю чего хочу, имею цель				
	Способы, какими могу достичь цели				
	Что для меня ценно в этой жизни				
	Кто разделяет со мной цели или ценности				
	Духовные ценности, на которые могу опереться				
	что-то еще				