

КРАТКИЙ СПРАВОЧНИК ПО ПСИХОТЕРАПИИ



Диагностика психических нарушений и
классификация пациентов

Случаи из реальной жизни

Избавление от комплексов и зависимостей

Лечение страхов и психических тро

Серия «Психологический практикум»

Е. А. Некрасова

**К
РАТКИЙ
СПРАВОЧНИК
ПО ПСИХОТЕРАПИИ**



Ростов-на-Дону

2003

ББК 53.57

Н 48

Некрасова Е. А.

Н 48 Краткий справочник по психотерапии/
Серия «Психологический практикум». —
Ростов н/Д: «Феникс», 2003. — 192 с.

Как справляться с жизненными трудностями и решать наиболее психологические проблемы? Как научиться любить себя и окружающий мир? Можно ли изменить свой характер, судьбу, свою «линию жизни»?

Ответы на эти и другие вопросы можно найти в Справочнике, написанном Е. А. Некрасовой — врачом-психотерапевтом, членом Европейской ассоциации трансактного анализа, членом Союза писателей России.

ISBN 5-222-03008-3

ББК 53.57

© Некрасова Е. А., 2003

© Издательство «Феникс», оформление, 2003

Оглавление

ОТ АВТОРА	6
ПОЧЕМУ ЧЕЛОВЕК ПРИХОДИТ К ПСИХОТЕРАПЕВТУ	8
ТИПОЛОГИЯ ХАРАКТЕРОВ	20
ЖИЗНЕННЫЙ СЦЕНАРИЙ	36
УТРАТЫ И ПОТЕРИ	42
ДЕПРЕССИЯ	58
САМОРАЗРУШИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	68
АЛКОГОЛИЗМ	75
ТРУДОГОЛИЗМ	87
ПИЩЕВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ	97
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ	108
ТРЯВОГА И СТРАХ	115

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ВОЛЕЗНЕЙ	135
ДЕТИ БЕЗ РОДИТЕЛЕЙ И РОДИТЕЛИ БЕЗ ДЕТЕЙ	152
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	171
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ	172
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ	179
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	189

*Светлана Петровна Лебедевый —
собеседница и соавтору*



ОТ АВТОРА

Эта книга посвящена не только и не столько лечению душевных расстройств, сколько причинам возникновения и способам разрешения самых обыденных и самых насущных жизненных проблем — проблем, с которыми хотя бы однажды сталкивается каждый из нас. Как воспитывать ребенка? Как победить печаль? Насколько уместен алкоголь в повседневной жизни? Чем лечить несчастную любовь? Возможно, читатель найдет в книге прямые ответы на свои вопросы или увидит сходство своей жизни с историями, приведенными здесь, а может быть, воспримет прочитанное как приглашение к размышлению. В любом случае автор желает своим читателям извлечь из всего этого практическую пользу для самих себя. Жизнь без проблем невозможна, именно необходимость их разрешения создает предпосылки нашего духовного и социального роста. Автор надеется, что книга поможет читателям научиться жить в ладу с собой, своей семьей и своей страной, сделать свой внутренний мир более упорядоченным, гармоничным и светлым. Ведь каждый из нас — хозяин своего внутреннего мира, своего внутреннего дома.

Наука экология занимается проблемами создания благоприятной физической среды обитания человека. Но наш внутренний мир, пространство наших мыслей

и чувств не в меньшей, а порой в большей степени нуждается в защите от нежелательных влияний извне и в наведении порядка внутри него. Ежедневно на нас обрушаются липкие потоки рекламы, шквал сообщений о природных катастрофах и военных потерях, отдельные неприятные личности бросают камни в наш огород или пытаются влезть к нам в душу с черного хода, чтобы по-хозяйски распоряжаться в ней, порой страх гасит в нас свет разума, жалобно хнычет печаль или одиночество раскидывает свою паутину по углам... Пора каждому из нас заняться экологией собственной души. Экология души предполагает защиту от душевных страданий (психотерапия), профилактику их возникновения и личностный рост, реализацию своего внутреннего потенциала.

Если каждый из нас наведет порядок в собственной душе — глядишь, и обустроим Россию.



ПОЧЕМУ ЧЕЛОВЕК ПРИХОДИТ К ПСИХОТЕРАПЕВТУ

Почему человек приходит к психотерапевту? Потому что хочет жить лучше. Потому что хочет понять, что нужно сделать, чтобы его жизнь изменилась к лучшему, и в чем заключается это лучшее. Потому что надеется получить от врача душевное тепло, дружескую поддержку и уважение к собственной личности. Получить разрешение быть успешным и счастливым. Ибо каждый человек может быть успешным и счастливым. И в каждом есть нечто, достойное уважения и любви.

Человек приходит к врачу вовсе не потому, что является в данный момент алкоголиком, депрессивным больным или неудачливым семьянином. Или тем, и другим, и третьим в одном лице. Человек приходит вовсе не за ярлыками диагнозов и моральными оценками. К моменту обращения он и так уже облечен ими с ног до головы, и они нисколько не помогают ему жить, скорее мешают, ибо за этими нестранными наклейками человек перестает видеть свою истинную сущность. «Я — алкоголик», — говорит он о себе, как будто это что-то объясняет. А ведь под ярлыком скрывается неповторимая личность. Покажите человеку его уникальность, его достоинства, его силу — и ярлыки страдут сами собой, как сухие листья.

Множество людей, отягощенных различными душевными расстройствами и жизненными затруднениями, никогда не придут к психотерапевту. Они не придут в силу различных причин. Чаще всего — из-за инертности мышления и неверия в свои возможности. Прекрасно, конечно, когда личность решает свои проблемы самостоятельно. Но если время идет, а проблема остается нерешенной — не лучше ли обратиться за помощью к профессиональному? Человек идет к психотерапевту не потому, что у него самого недостаточно ума или силы воли, чтобы преодолеть трудности. А потому, что психологические «корни» проблем, как правило, находятся вне поля сознания, в более глубинных слоях психики. Никто из нас не может увидеть собственную спину без помощи зеркала. В роли «зеркала» выступает психотерапевт.

Человек, приходящий на прием, уже несет в себе залатки будущего победителя. Сам факт прихода обычно говорит о том, что пришедший готов решать свои насущные проблемы. И это хорошее начало. Когда человек хочет изменить свою жизнь, он изменяет ее. В любом возрасте.

Что же такое психотерапия? Существует множество определений этого понятия. Например: психотерапия — это лечебное воздействие словом. Или: психотерапия — лечение средствами души. Психотерапия со-прикасается со смежными областями знания — психологией и психиатрией — и в то же время отлична от них. Ибо психология занимается изучением устройства и функционирования человеческой психики, областью применения психиатрии является больная психика, различные душевные расстройства, а психотерапия направлена на поиски выхода из трудных жизненных ситуаций, на разрешение насущных внутренних проблем личности (это может быть и душевное расстройство, но далеко не всегда), на адаптацию человека в стремительно меняющемся мире. И чем быстрее меняется мир

вокруг нас, тем очевидней становится потребность общества в психотерапии. Уже сейчас по официальным данным в помощи психотерапевта нуждается каждый четвертый россиянин.

Психотерапия может быть стихийной и профессиональной. Стихийная психотерапия осуществлялась и осуществляется на протяжении тысячелетий — в заговорах и обрядовых песнях, на исповеди в церкви и в задушевных беседах с друзьями на кухне... Все то, что реализуется посредством слова и приносит облегчение человеческой душе, можно отнести к стихийной психотерапии. Профессиональная психотерапия отличается от стихийной большей осознанностью, точностью и глубиной воздействия, а также знанием (порой, правда, приблизительным) механизмов и последствий этого воздействия. Профессиональная психотерапия выросла из медицины, точнее, из ее ветви — психиатрии, но в настоящее время уже перерастает медицинские рамки и становится самостоятельной профессией. Это вполне закономерно, так как проблемы, решением которых занимается психотерапия, далеко не всегда можно свести к тому или иному диагнозу. Объектом психотерапии может быть отдельная личность, семья или другая группа людей, а также общество в целом.

Психотерапия является одновременно наукой, искусством, религией и философией. Наукой — ибо опирается на проверенные научными методами факты. Искусством — ибо требует от своих представителей артистизма и применения различных способов воздействия на человеческую душу и творческого подхода к делу. Религией — ибо немыслима без веры пациента в себя, в психотерапевта и в успех психотерапии. Философией — ибо вырабатывает гибкий и результативный подход к решению самых разнообразных проблем, расширяет «мировоззренческие» горизонты. Вместе с тем психотерапия не поддается ни одной из своих «составляющих». Разные «своими» трактами она

соприкасается с деятельностью священника, спасателя, артиста, писателя, врача и философа. Без природной склонности заниматься этим специфическим делом весьма сложно.

Поскольку Психотерапия — профессия молодая, реакции на нее у разных людей весьма разнообразны — от восторга до неприятия. Нередко приходится сталкиваться с наличием у потенциальных пациентов индивидуальных предрассудков относительно психотерапии. Эти предрассудки отражают личностные особенности человека, а в более общем виде формируют мифы, характерные для отдельных групп внутри общества. Главные из этих мифов таковы.

Миф 1: «Ярлык»

«Психотерапевт приклепит ко мне ярлык душевнобольного, и я уже не смогу его отклеить». К сожалению, в нашем обществе продолжает существовать социальная стигматизация — выявление и унижение «чужих», «иных», «низших». В условиях, когда права отдельной личности не защищены, когда человеческая жизнь и индивидуальность частично или полностью обесценены, проявляются две тенденции конформизма: стремление «быть как все», жить «не хуже людей» и выталкивание «чужаков», «изгоев» из своих рядов. Каждое время приносит свои ярлыки: «эретик», «жид», «эфраг народа», «белая ворона», «псих» — вот лишь некоторые из них. Стигматизация может осуществляться по нациальному, ментальному, половому, имущественному, возрастному и другим признакам. «Ярлык» психического расстройства — один из видов социальной стигматизации. Надо сказать, что в разные времена отношение российского общества к различным душевным расстройствам существенно видоизменялось: от почитания «юродивых», «блаженных» (как правило, слабоумных или психотических больных, реже — «добрых симуляторов») до объявления шизофрениками «всех

инакомыслящих в традициях «карательной психиатрии». Существует множество примеров, когда тяжелые психопаты управляли государством, люди с нерезко выраженной олигофренией отлично вписывались в образ « рядового строителя коммунизма», а человек, страдающий наркоманией или шизофренией, становился знаменитым художником или музыкантом. И не меньшее количество случаев, когда психически вполне здоровые люди долго не могли найти своего места в жизни. В этом смысле норма психиатрическая и норма социальная не всегда совпадают друг с другом. Психотерапевт заинтересован в достижении обеих норм, в наилучшей адаптации конкретной личности во всем ее личностном своеобразии к условиям данной социальной среды. Психотерапия занимается не наклеиванием ярлыков, а решением личностных проблем. Ярлыки при этом, как говорилось выше, слетают сами. Психотерапия проводится конфиденциально, в ряде случаев — анонимно.

Миф 2: «Свое гнездо»

Миф имеет две разновидности: для людей, боящихся раскрывать двери собственной личности («Я сам себе психотерапевт»), и для людей, боящихся выходить за пределы привычного социального окружения («Есть же друзья, родные, они помогут, утешат»). Конечно, прекрасно, когда человек решает свои проблемы самостоятельно. Но здесь речь идет о тех случаях, когда спустя значительное время проблема остается в прежнем состоянии, а человек страдает от этого, но не решается прийти на прием. Помощь близких, конечно, неоценима, но в ряде случаев явно недостаточна: близкие могут оказать моральную поддержку, но не в силах найти способ разрешения проблемы, или страдающий человек не в силах принять этот способ. Кроме того, порой близкие получают различные психологические выгоды от существования проблемы.

Миф 3: «Чародей»

«Мне дадут таблетку (или произведут некие пассивы), и все будет хорошо». В данном случае предполагается, что психотерапевт — могущественная и загадочная личность, наделенная сверхъестественными способностями, а задача пациента — пассивно повиноваться чудесным воздействиям. Миф сей активно эксплуатируется парaproфессионалами — теми, кто именует себя экстрасенсами, биоэнерготерапевтами, колдунами и прочими. Психотерапевт же исходит из того, что каждый человек достаточно могуществен, чтобы изменять свою жизнь к лучшему, наделен выдающимися способностями (важно лишь помочь им раскрыть) и несет в себе свои собственные загадки. В лечебном процессе оба участника активны, ответственны и равноправны, даже когда применяются методы, основанные на вищении, а тем более — аналитическая психотерапия.

Миф 4: «Фатум»

«Судьбу не переделать» или «Никто не в силах мне помочь» — так говорят обычно эти люди, обесценивая и свои возможности измениться, и возможности психотерапевта помочь им в этом. Часто за неверием в успех скрываются душевная лень или страх еще больших бедствий, в результате формируется сопротивление лечению (и со стороны пациента, не желающего меняться, и со стороны врача, утомленного работой с «трудным» пациентом). Это сопротивление важно уважать и осторожно прорабатывать причины, порождающие его, тогда оно постепенно исчезнет. Практика показывает, что никогда не поздно менять свою жизнь, а судьбу мы выбираем сами и всегда можем подкорректировать ее.

Миф 5: «Боль»

«Это слишком больно». Слишком больно — вспоминать прежние душевые травмы, неудачи, ошибки, бороться со страхом и тоской. Лучше забыть, не

думать — ввось как-нибудь сама рассосется. Но неизлечивая душевная боль со временем становится лишь сильнее и рождает новые проблемы. Да, психотерапия содержит в себе отдельные болезненные моменты. Но краткая боль лечения несопоставима с годами страдания, а одной из задач психотерапевта является предоставление пациенту необходимой душевной поддержки.

Какие люди являются пациентами психотерапевта? Прежде всего, о самом слове «пациент». Западные психоаналитики обычно не употребляют этого слова, заменивая его обозначениями «клиент» или «человек с проблемой». Считается, что это уменьшает дистанцию в общении. Но в российской ментальности слово «клиент» наводит врача на роль обслуживающего персонала, тогда как на самом деле эта роль неизмеримо значительнее. «Человек с проблемой» слабо объясняет ситуацию: в самом деле, у кого из нас нет проблем? Но далеко не каждая проблема приводит в психотерапевтический кабинет. Слово «больной» еще менее уместно: во-первых, оно звучит бездушно-казенно, во-вторых, предполагает наличие психиатрического диагноза, тогда как такового может и не быть. Возможно, более других приемлемо слово «пациент» в его первоначальном смысле — «страдающий» (лат. *patiens*). Ибо к психотерапевту человек обращается чаще всего тогда, когда его проблема начинает причинять ему душевные (а порой и физические) страдания.

Кто они, пациенты? В большинстве случаев — умные, красивые, душевно богатые люди, нередко занимающие заметное место в обществе. Их нельзя не уважать. У них есть чему поучиться. И они тоже хотят с помощью психотерапевта научиться преодолевать свои проблемы. Вместе с тем они очень разные люди, представляющие собой весь спектр человеческих характеров. Взрослые, подростки и дети, взрослые чиновники и студенты, успешные бизнесмены и домохозяйки. Склонные

выплескивать свои чувства или загонять их вглубь себя. Охотно идущие на контакт или прячущиеся за стенами внутренних укреплений. О некоторых из них будет рассказано на страницах этой книги. Разумеется, все имена, а порой и обстоятельства жизни изменены (этого требует врачебная этика). Но пути разрешения проблем воспроизводятся без изменений.

Ключевым вопросом психотерапии является вопрос о дистанции в отношениях врача и пациента. Слишком близкие отношения, когда врач, проникаясь чувствами пациента, пытается спасти его, полностью перекладывая ответственность за процесс и результат терапии на себя, может привести к «сгоранию» врача. «Сгорание» может выражаться в инфаркте миокарда, навязчивых размышлениях о пациентах и их бедах, бессоннице или в непреодолимом отвращении к данной профессии. В пациенте же при этом значительных изменений не происходит: и если свою скорбь на врача, он вновь пропитывается ею как губка. Слишком большая дистанция в отношениях, отстраненность врача ведет к его душевному очерствению и законному раздражению пациента: врач при этом проявляет слишком мало душевного участия, а сам процесс психотерапии напоминает бюрократическую процедуру. Иными словами, психотерапевт подобен пирогу в духовке: находясь слишком близко от огня, он сгорает, слишком далеко — черствеет. Пациент должен спасти себя сам, но врач обязан помочь ему в этом.

Отношения пациента и психотерапевта в целом очень близкие, очень глубокие. О некоторых чувствах и мыслях человек не может рассказать ни родной матери, ни супруге, ни лучшему другу, и даже самому себе порой не решается в них признаться. Лишь психотерапевт становится поверенным его тайн: порой постыдных, порой забавных, порой трагических — и всегда удивительно теплых в своей человечности. Можно прийти сказать, что успешная психотерапия предполагает

любовь к пациенту, принятие его со всеми недостатками и несовершенствами, искреннюю симпатию, готовность помогать и уважение к его достижениям. Но любовь эта — особого рода. Важно проникнуться чувствами пациента, важно плакать и смеяться вместе с ним. Важно понять его мысли и то, откуда эти мысли взялись. Но даже в минуты наибольшей душевной близости врач должен оставаться врачом, пациент — пациентом. Переход этой границы вредит в первую очередь пациенту.

После установления контакта важно понять, что именно хочет пациент изменить в себе и в своих отношениях с окружающими. Задача эта не так проста, как может показаться на первый взгляд. Иногда пациент пребывает в замешательстве:

«Ну... я не знаю, чего хочу... чувствую, что-то во мне не так». Иногда он говорит о том, что хочет перестать делать: «Хочу бросить курить» или «Хочу перестать краснеть перед людьми». Но что он станет делать вместо этого, сказать затрудняется. (Это все равно что подойти к железнодорожной кассе и сказать кассиру: «Мне билет не в Москву»). Иногда пациент говорит о том, что он должен сделать со своей жизнью, и при слове «должен» перед нами встает грозная фигура его матери или отца. Иногда пациента приводят его мать, жена или отец и прямо диктуют врачу и пациенту, что от них требуется. Во всех этих случаях я мягко возвращаюсь к первоначальному исходному вопросу: «Что хотите изменить в себе лично Вы?». Без этого трудно работать. Если мы будем опираться на «ты должен» или «так хочет твоя мать», то не продвинемся ни на шаг, натыкаясь на упорное сопротивление пациента, справедливо полагающего, что он сам вправе принимать решения относительно собственной жизни. И лишь когда он говорит: «Я хочу», — и в глазах его загораются искорки заинтересованности, пациент раскрывается, и мы вместе начинаем продвигаться к решению проблемы.

А что делать, если высказываются разрушительные желания: «Я хочу убить себя» или «Я хочу убить свою жену»? В этих случаях я спрашиваю, почему он хочет это сделать, и напоминаю человеку, что какая-то часть его не хочет убийства, поэтому он сейчас сидит у меня в кабинете, и дальше в работе опираюсь именно на эту жизнеутверждающую часть его личности. И выясняется, что большинство проблем разрешимо, а то, что казалось тупиком, оказывается просто узким местом, которое мы благополучно минуем. В случаях разрушительных желаний главная цель терапии заключается в том, чтобы жить самому, не убивая себя тем или иным способом, и позволить жить окружающим. Нередко, особенно при консультировании детей, выясняется, что проблема ребенка тесно связана с проблемами его родителей и что родители нуждаются в психотерапии в первую очередь. При успешной работе с родителями состояние ребенка значительно улучшается, так как изменяются отношения в семье.

То, что пациент хочет изменить в себе самом и в своей жизни, составляет основу договора между ним и врачом, или психотерапевтического контракта. В договор также входят конкретные ориентиры изменений (поступки пациента, подтверждающие изменения), длительность курса терапии, частота посещений, взаимная ответственность сторон и т. д. Следует особо отметить, что врач и пациент несут равную ответственность за процесс и результат лечения. В первую очередь это относится к аналитической терапии. Здесь можно говорить не о магическом исцелении, а о напряженной и увлекательной совместной работе, в ходе которой психотерапевт и пациент являются равноправными партнерами.

Существует множество разных способов воздействия на психику человека с лечебной целью. В арсенале психотерапии на сегодняшний день насчитывается около двух тысяч методов. Порой лечебный процесс не укла-

дается в жесткие рамки определенного метода. И сколько бы новых способов лечения ни появлялось на свет, главное значение в психотерапии по-прежнему имеют особенности личности врача и пациента.

При использовании аналитической терапии работа ведется как бы на нескольких уровнях. Сначала мы осторожно исследуем симптомы пациента, затем чувства и мысли, которые стоят за симптомами, после чего обращаемся к недавним душевным травмам, вызвавшим эти чувства и мысли. И здесь в большинстве случаев обнаруживается, что у сегодняшних проявлений есть глубокие психологические корни. И что эти корни уходят в детство пациента, в его отношения с окружавшими его в те годы людьми, в травмы, подобные тем, к которым он недавно оказался столкнувшимся. И вместе с пациентом мы вновь возвращаемся в травмирующую ситуацию, заново переживаем ее, давая излиться наболевшему, находя другой, более здоровый выход из ситуации, прощаюсь с печалью, обидами, страхом и гневом. И пациент принимает новые решения относительно собственной жизни, зачастую отличные от тех, что были продиктованы ему (гласно или негласно, поведением) его собственными родителями, производится частичное переписывание черновиков судьбы, человек становится более свободным, более автономным.

Основным инструментом врача в процессе психотерапии является слово. Правильно применяемое слово может вскрыть душевный нарыв и облегчить боль, успокоить и придать бодрости, побудить человека рассказать о самом сокровенном и дать силы жить. Словом, как известно, можно исцелить — а можно убить. Слово должно быть не менее точным и острым, чем скальпель в руках опытного хирурга — тогда оно не менее действенно. Но как найти это единственное нужное слово?

В этом-то и заключается квалификация психотерапевта. Великий врач древности Гиппократ говорил: «Три орудия есть у врача: слово, трава и нож», — отво-

дя слову первое место. Многие болезни можно излечить вовремя и правильно примененным словом. Сегодня психотерапия занимает достойное место в лечении различных недугов наряду с терапевтическими и хирургическими методами. И будущее принадлежит именно психотерапии.

ТИПОЛОГИЯ ХАРАКТЕРОВ

•У него скверный характер•. •Да он просто психопат!• Как часто произносятся эти слова в адрес человека, который чем-либо не устраивает свое окружение. •Горбатого могила исправит•, — сокрушенно вздыхают окружающие. А действительно ли существуют «скверные», «тяжелые», «горбатые» характеры? Тяжелый характер — это диагноз, проблема или индивидуальная особенность человека? И что делать тому, кого природа не потрудилась наделить «легким», приятным в общении характером? Постоянно наступать на горло собственной песне или, махнув рукой на общество, поселиться угрюмым отшельником — наедине с самим собой?

Начнем с вопроса: а что такое, собственно, характер? Характером называют совокупность психических качеств человека, его неповторимый душевный склад. Именно характер вместе с темпераментом обуславливает человеческую индивидуальность.

Темперамент показывает уравновешенность и силу психических процессов. Вспомним основные, подмеченные еще древними, типы темперамента: сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик. Можно сравнить личность с рекой. Темперамент — это ее течение, а характер — прочие свойства: глубина, прозрачность, наличие в ней рыбы и т. д.

На протяжении многих лет ученые спорят: что играет главную роль в формировании характера — наследственность или факторы внешней среды, условия, в которых человек живет и развивается? Наследственность определяет предрасположенность к тому или иному типу характера, а среда подсказывает направление его формирования. И то, каким будет это направление, во многом зависит от родительских образцов поведения, от тех гласных и негласных разрешений и запретов, которые ребенок воспринимает в детстве.

Характер в целом определяется годам к семи, дальнейшая жизнь лишь шлифует его в общении с людьми, как волна шлифует морскую гальку. Бывают характеры уравновешенные, гармоничные, устойчивые к воздействию различных жизненных неприятностей. Бывают и другие — те, в которых одни черты развиты слишком сильно, а другие, наоборот, слишком слабо. В таких характерах имеются своего рода «слабые места», зоны уязвимости. В комфортных условиях «слабые места» не выявляются, но под воздействием различных жизненных невзгод (психотравмирующих факторов) создают почву для развития душевных расстройств. Следует заметить, что первостепенное значение имеет не столько сила воздействия психотравмирующего фактора, сколько его адресованность «слабому месту». Так, например, для человека с циклоидным складом характера болезненным может оказаться охлаждение друзей, для шизоида — неприятие его уникального творчества, а для психастенической личности — необходимость быстро принимать ответственные решения. Вероятность развития, например, невротического состояния при действии таких специфичных травмирующих факторов настолько высока, что не исключает возможности его развития у данной личности в другой трудной жизненной ситуации. И все же психотерапевтическая практика показывает: один человек способно переносит утрату близких — и «срывается» при угоне любимого автомо-

били, другой мужественно терпит нужду — и заражается страхом при упоминании о болезнях сердца и т. д. Разумеется, важен не только тип характера данной личности, но и индивидуальная шкала ценностей, жизненные приоритеты человека.

Какие же выделяют типы характера? В науке существует множество классификаций, и каждая имеет свои «плюсы» и «минусы». Можно сказать, сколько людей — столько и характеров. А можно свести все их бесконечное разнообразие к трем типам, как это сделал выдающийся немецкий психиатр Эрих Кречмер, сопоставив каждый тип характера с определенным типом телосложения. Кречмер выделяет эндоморфный, эктоморфный и мезоморфный типы телосложения. Жизнь людей эндоморфного типа определяется прежде всего деятельностью желудочно-кишечного тракта. Они склонны к полноте и раннему облысению, жизнерадостны, душевно тонки и соответствуют обычно циклоидному складу характера. Эктоморфы отличаются высокой активностью центральной нервной системы, напряженной мыслительной деятельностью, они обычно худощавы, хрулки; соответствуют шизоидному типу характера. Мезоморфные личности имеют хорошо развитую скелетную мускулатуру, атлетически сложены, стремятся к власти и физическому превосходству; относятся, как правило, к эпилептоидному складу характера.

Разумеется, любая классификация более или менее упрощает такую сложную проблему, как типология характеров. При «раскладывании по полочкам» теряется множество оттенков. Не бывает абсолютно «чистых» характеров, без остатка принадлежащих к тому или иному типу. В каждом из нас есть понемножку от разных типов. Но так же, как все многообразие красок мира можно разложить на семь цветов радуги, все бесконечное богатство душевных проявлений или просто-

ты можно свести к нескольким основным типам. При этом речь идет всего лишь о преобладающем «характере» личности.

Циклонидные личности (циклонды)

Натура циклоида подобна морскому прибою: прилив (настроения, тонуса, активности) чередуется с отливом. Сегодня такой человек весел, говорлив, работает без устали, ест с «волчьим» аппетитом, выдает «на-гора» новые идеи, а завтра его не узнать: скучный, печальный, просыпается среди ночи неизвестно отчего и долго не может уснуть или в ялой сонливости целыми днями не встает с дивана, ест без всякого удовольствия и просит только, чтобы все его оставили в покое. «А что, собственно, произошло?» — задаются вопросом близкие. А может, я не было внешней причины или была какая-нибудь мелочь, в другое время оставленная без внимания. Просто наступил «отлив». Жизнь циклоида представляет собой постоянную смену таких «приливов-отливов», при этом в огне самой бурной радости танится крупинка грусти, а под снегом самой глубокой печали горит искорка радости и надежды. Продолжительность каждой фазы состояния может быть различной: от нескольких минут до нескольких месяцев. Циклонды, как правило, люди душевно тонкие, естественные (синтонные), способные глубоко проникаться чувствами другого человека. Их отличает сила и яркость чувств, мир воспринимается ими во всей полноте, во всех оттенках, их представления о красоте полнокровны, чувственно-телесны.

Циклонды обычно понимают толк в радостях кухни и спальни, это тонкие гурманы и страсть любовники. Жадная любознательность до последних дней жизни делает многих циклоидов увлеченными ловцами новых впечатлений. Ирким примером циклонидной личности является, например, Александр Дюма-отец,

тучный, остроумный, имевший множество любовных приключений, написавший, помимо множества романов, поваренную книгу и на закате дней предпринял опасное путешествие в далекую Россию.

Телесный склад циклоидов в общих чертах соответствует эндоморфному типу Кречмера. Они нередко (но не обязательно) склонны к полноте, имеют относительно большой живот, тонкие руки и ноги, общие очертания тела характеризуются мягкостью, округлостью. Циклоидные личности в силу своей естественной, живой общительности нередко имеют множество друзей. Они зачастую и профессии себе выбирают связанные с общением. Среди циклоидов немало бизнесменов, менеджеров и работников сферы услуг; их яркая эмоциональность может стать основой музыкального, художественного или литературного таланта.

«Слабым местом» циклоидной личности является ее подверженность депрессиям — состояниям душевного уныния, тоски или грусти с нарушениями сна и аппетита, снижением работоспособности и инициативности. Чередование подъемов и спадов настроения нередко мешает циклоидам продвигаться вперед в избранной профессии, особенно там, где требуется планомерное и поступательное движение. Для многих циклоидов крайне тягостно одиночество.

Как с ними обращаться? Личности циклоидного склада обычно чутко реагируют на душевную поддержку. В период подъема они сами готовы поддержать и вдохновить того, кто в этом нуждается. В период спада для циклоида важно бывает услышать, что черная полоса обязательно закончится, что он любим иуважаем своими близкими, что тучи развеются и солнце радости воссияет над ним. Если циклоид является вашим начальником, постарайтесь для решения важных дел попасть в фазу подъема: на спаде оценка вашего труда может оказаться иной, гораздо более низкой.

Шизоидные личности (шизоиды)

Прежде всего, следует отметить, что подобный склад характера вовсе не равнозначен шизофрении как болезни и не является условием ее развития. Шизофрения — процесс, вызывающий определенные болезненные изменения личности, а шизоидность характера — состояние стабильное. Шизоида можно уподобить готическому храму, в котором совершается таинственное богослужение. Основными качествами шизоидной личности являются эмоциональная холодноватость-отстраненность и своеобразие интересов и увлечений. У людей с подобным складом характера круг общения обычно не слишком широк, так как шизоидная личность самодостаточна: свой внутренний мир, наполненный множеством образов и мыслей, для шизоида важнее дружеского круга. Это не означает, что шизоиды неспособны любить. Но любовь их своеобразна: абстрактно-отстраненная, склонная к идеализации, наполненная фантастично-несбыточными грезами и зачастую оторванная от реальных потребностей любимого человека. И как тут не вспомнить «Стихи о Прекрасной Даме» великого русского поэта Александра Блока, являющиеся ярким выражением именно такой любви. По сути дела, шизоид любит не столько любимого человека, сколько созданный им самим вдохновенно-идеализированный образ. Своебразие, причудливость увлечений проявляется зачастую еще с отрочества: подросток может интересоваться предметами и явлениями, на первый взгляд не имеющими никакого отношения к его повседневной жизни: изучает, например, вулканы, редкие породы рыб, коллекционирует настенные надписи и т. д. Своебразие шизоидного взгляда на мир нередко способствует развитию способности к творчеству: многие философы, художники, поэты, изобретатели имели шизоидный склад характера. Шизоиды часто выбирают профессии, в которых необходимость мыслить абстрактно сочетается

ется с минимумом контактов с людьми. Человек предпочитает оставаться один на один с компьютером, книгами или схемами. И каждый в одиночку строит свой Храм Духа, свой хрупкий замок, куда нет доступа посторонним. Даже во внешнем облике шизоида есть нечто хрупко-готическое, удлиненно-заостренное: длинные руки и ноги, большая голова, худощавое телосложение (эктоморфный тип Кречмера). Одежда шизоида либо выдает его презрение к быту (небрежная, причудливая, отдельные части не сочетаются друг с другом), либо отвечает характеру его увлечений.

«Слабым местом» шизоидной личности является никакая и избирательная коммуникабельность, трудности в общении с людьми, некоторая оторванность от практической жизни. Травмирующими могут стать ситуации, связанные с необходимостью устанавливать тесный эмоциональный контакт, а также те ситуации, в которых обесценивается творческая активность шизоидной личности. Для того чтобы успешно общаться с шизоидом, необходимо с уважением относиться к его интересам и сохранять определенную дистанцию в общении, не вламываясь насильственным образом в жизнь собеседника.

Эпилептоидные личности (эпилептоиды)

Данный склад личности не предполагает эпилепсию как болезни. Характеризуются властностью, упрямством, злопамятностью. «С Библией в руке и камнем за пазухой», — говорят про таких людей, подчеркивая присущую эпилептоидам двуличность. Устремления эпилептоида направлены к получению практической выгоды для себя; порой эта личная выгода может совпадать с выгодой для семьи или организации, в которой трудится эпилептоид. С целью получения выгоды (финансовой, психологической или какой-либо иной) такие личности склонны подавлять партнеров в общении и часто неудержанно стремятся к власти (хотя бы

маленькой, в пределах своей семьи или работы, но абсолютной). Если шизоид — человек-храм, то эпилептоид — человек-крепость, где из каждой бойницы торчит ружейный ствол. Эпилептоиды долго «копят» неприятные эмоции, а затем, иногда неожиданно для окружающих, разражаются сокрушительным гневом. Им свойственны перепады настроения, причем на спаде отмечаются тягостные состояния со смешанным чувством тоски, страха и злобы — дисфории. В это время эпилептоид не прочь разрядиться на том, кто подвернется под горячую руку. Эпилептоидам присуща грубость и необузданность в отношении к алкоголю, сексу, пище: они могут напиться «до отклощения» и оскорбить женщину, отказавшую им в близости. Чувства их сильны, прости, с оттенком агрессивности.

Вместе с тем своеобразное брутальное обаяние силы, исходящее от эпилептоидной личности, настойчивость и пробивные способности эпилептоидов нередко помогают им достигать видного социального положения и хорошего финансового состояния (обычно за счет труда других людей, ибо эпилептоиды любят скорее командовать, нежели создавать что-либо самостоятельно). Эпилептоиды часто выбирают себе в качестве поприща военную службу, политику или любую административную деятельность, а также профессии, позволяющие безнаказанно проявлять присущую эпилептоидам агрессивность — например, силовые виды спорта, работу в администрациях учреждений и прочих. Воожжами преступнических группировок часто становятся именно эпилептоиды.

Эпилептоида можно опознать по властной, деспотичной манере общения, пристрастию к солидной, дорогой одежде и другим вещам (например, мощный неповоротливый джин является своего рода автомобильной метафорой эпилептоида). Часто эпилептоиды агрессивного склонения, с хорошо развитой мускулатурой (мезоморфный тип Кречмера).

«Слабыми местами» эпилептоидной личности является неспособность общаться на равных, мешающая им в межличностных отношениях, и ригидность (негибкость) мышления, препятствующая выработке компромиссов и особенно заметная в новых или меняющихся условиях.

Успешное общение с эпилептоидом возможно при условии, что вы сумеете показать ему выгоду, которую он способен извлечь из этого общения. Стоит сразу обозначить как уважение к социальному «весу» собеседника, так и дистанцию в общении, свою независимость, иначе эпилептоид может быстро подчинить вас собственным интересам.

Демонстративные личности (истероиды)

Здесь также важно подчеркнуть, что истероидный склад личности неравнозначен истерии как болезни и отмечается на протяжении всей жизни. Для истероидов характерны эгоцентризм и театральность, стремление постоянно находиться в центре внимания, удивлять, восхищать, шокировать окружающих людей. При этом «быть» и «казаться» — понятия для истероида почти тождественные. Лишь бы блестать в лучах всеобщего внимания. Личность истероида можно сравнить с театральным занавесом, из-за которого может появиться любой, самый неожиданный персонаж. Чувства истероидной личности обманчивы: яркие, бурные в своих проявлениях, они неглубоки и нестойки. Вот почему истероидам легчедается сиюминутный успех, чем стабильные теплые отношения. Для этих личностей жизнь — постоянная игра с более или менее тонким манипулированием людьми. Они передко лживы из-за стремления казаться лучше, чем есть, и совершенно искренне «забывают» обо всем, что противоречит их блестательному имиджу.

Люди с таким складом характера часто выбирают себе профессии, где есть сцена и зрители (слушатели),

становясь актерами, певцами, журналистами и педагогами. Примером истероидной личности может служить, например, поэт Игорь Северянин с его выспренними «Ананасами в шампанском». Истероиды заметны даже в толпе по ярким цветам одежды и экстравагантности внешнего облика (покидающие детали 'костюма', броские украшения, длинные волосы у мужчин и т. д.). Женщинам часто свойственно хрупкое, кукольное (грацильное) телосложение.

«Слабыми местами» истероидных личностей являются недостаточное чувство ответственности и плохая переносимость повседневной, рутинной, не рассчитанной на восторженного зрителя работы. При попытке привлечь истероидную личность к ответственности за свои поступки возможны разнообразные истерические реакции: обмороки, театральные рыдания, мнимые параличи (о них речь пойдет в главе «Психосоматический характер болезней»).

Общение с истероидами часто осложняется их склонностью к бесконечным монологам о себе, любимом, и к восприятию собеседника как «публики», как дополнения к их блестательной личности. Для успешных контактов важно дать понять, что вы готовы восхищаться собеседником, если он сделает то, о чем вы его просите. Истероиды обычно обладают повышенной внушаемостью.

Психастенические личности (психастеники)

Основной характеристикой личности этого типа является склонность к постоянным тревожным сомнениям, в основе которых лежит внутристичностный конфликт чувства собственной неполноты с ранним самолюбием. Психастеники нередко являются людьми с обостренной совестью, с развитыми морально-этическими принципами. Личность данного типа можно сравнить с весами. Они склонны мучительно колебаться, взвешивать многократно все «за» и «против», прежде

чем прийти к какому-либо решению. Эта особенность часто осложняет социальное продвижение психастеников (особенно в тех случаях, когда есть необходимость в быстром принятии решений), но, как правило, компенсируется их добросовестностью и высокой степенью ответственности за свои поступки. Психастенические личности часто предаются мысленному самобичеванию, упрекая себя во всевозможных несовершенствах, что часто служит стимулом к самосовершенствованию, но отнюдь не делает легче жизнь психастеника. Тревожные сомнения могут касаться разных сторон жизни: собственного интеллекта, отношений с людьми, состояния душевного и телесного здоровья и прочее. Психастеники застенчивы и стыдливы. Они скромны и неярки во внешних проявлениях своих чувств, сами чувства несколько блеклы, суховаты и совсем не похожи на яркое жизнелюбие циклондов или бравурную театральность истерондов, но искренни и глубоки.

Психастеники удачно находят применение своим личностным особенностям в профессиях ученого, писателя, педагога и др. Ярким примером психастенической личности является А. П. Чехов, избравший деятельность писателя и врача. Психастеники не столь заметны в толпе, как истероиды или эпилептоиды, но их можно узнать по некоторой нескладности, «деревянности» движений (часто психастеник бывает скован чувством неловкости или стыда). Они часто имеют жилисто-худощавое телосложение.

«Слабые места» психастеника, собственно, уже указаны. Загоняя такого человека в жесткие временные рамки, а также «нажимая» на его чувство стыда, можно добиться первого срыва у психастенической личности.

При общении с людьми этого склада важно выразить собеседнику свое расположение, подчеркнуть общественную полезность его труда, логически укрепить его уверенность в правильности принятого решения.

Паранойальные (застревающие) личности

Важнейшими свойствами паранойальной личности являются выраженная ригидность (негибкость) мышления, склонность к «застреванию» на отдельной идее, а также кипучая энергия, направленная на реализацию этой идеи. Все помыслы паранойальной личности как бы сфокусированы в одной точке. Содержание идеи может быть каким угодно, но ее значимость для личности всегда чрезвычайно высока. Именно глубокая убежденность в исключительности, правильности и полезности идеи движет человеком, и убедить его в обратном зачастую оказывается невозможным. Наблюдаются религиозные, медицинско-оздоровительные, философские, политические идеи, идеи изобретательства, преследования, ревности и т. д. В случаях, обусловленных исключительно характерологическим своеобразием, идеи имеют достаточное логическое обоснование, при душевных расстройствах они более или менее оторваны от реальности. К личностям застревающего типа принадлежат фанатики и миссионеры, народные вожди и чудаковатые изобретатели, сутяжные жалобщики и патологические ревнивцы. Одержанность идеей, огромный энтузиазм, связанный с ней, позволяет человеку избегать распыления энергии и делает его поистине неутомимым в достижении своих целей. Застревающая личность чужда слабости, не знает сомнений, такие люди непоколебимо уверены в собственной правоте и готовы смести с дороги любого, кто с ними не согласен. Цель для них оправдывает средства. Для достижения этой цели они готовы жертвовать не только интересами других людей, но и собственными потребностями. Такие личности часто бывают аскетичны в частной жизни. Паранойальную личность можно сравнить с ракетой, летящей к цели. Ни остановить, ни отклонить ее с пути невозможно.

В обществе этих людей можно узагати по особому лихорадочному блеску в глазах, минерам видеть разговор

к излюбленной теме и настойчивости, с которой они вербуют себе сторонников. Нередко они имеют небольшой рост и крепкое телосложение. Их движения порывисты и упруги. Одержимость идеей имеет свои положительные и отрицательные стороны для личности. С одной стороны, неукротимая энергия и настойчивость нередко позволяют паранойальной личности добиваться намеченного и упиваться своим триумфом. С другой же стороны, именно эта неукротимость делает таких людей неудобными в общении и провоцирует многочисленные конфликты с окружающими. Кроме того, застrevающая личность, лишенная возможности воплотить свою идею в жизнь, может попросту сломаться. Человек теряет свой внутренний стержень, и ему становится мезачем жить. В силу крайней негибкости мышления таким людям часто бывает трудно переключиться на что-нибудь другое.

Общение с паранойальной личностью требует особой осторожности. Если вы не согласны с собеседником и проявляете неуступчивость, то рискуете, что он раздаст вас сразу или возьмет измором («не мытьем, так катаньем»). Если окажетесь лояльно-податливы — нас завербуют и используют в собственных целях (во имя идеи, разумеется).

Хорошо, если эта идея отвечает вашим взглядам, а что делать, если этого нет? Не владайте я гнев или растерянность, сохраняйте душевное спокойствие (хотя бы внешне). Не противоречите собеседнику, вежливо и логично покажите ему, что осуществить его замечательную идею в вашей организации и с вашей помощью никак невозможно. Пусть попробует где-нибудь в другом месте. Или, избегая критиковать саму идею, попросите его избрать другие средства для ее осуществления.

Неустойчивые личности

Метафорой личности этого типа является флюгер, всецело зависящий от направления ветра. Неустой-

чивая личность — это человек без внутреннего стержня, человек, в судьбе которого внешние обстоятельства играют несоразмерно большую роль. Такие люди весьма податливы влиянию окружающих: «за компанию» могут совершать поступки, которых не совершили бы в одиночку. Неустойчивые люди импульсивны, их решения выглядят случайными, непродуманными, их отношения с людьми зачастую поверхностны, непродолжительны и скреплены не столько душевным средством, сколько сходством жизненной ситуации. Чувства личностей данного типа грубовато-просты, ярки и быстро сменяют друг друга: то бесшабашное веселье, то слезы, то неоправданная гневливость. Внутренний мир неустойчивой личности предстает перед нами в произведениях замечательного поэта Сергея Есенина. Подверженность внешним влияниям, потребность в энергетической подпитке извне обуславливают предрасположенность неустойчивой личности к различным зависимостям. (Личность неустойчивого типа и личность зависимого типа — пересекающиеся понятия.) Они часто выбирают для себя деятельность, не требующую значительных волевых усилий, предпочитая плыть по течению жизни. Нелюбовь к регулярному труду в сочетании с потребностью в каком-либо «кайфе» порой приводят их в криминальные группировки, рядовыми членами которых они становятся. Нередко они также выбирают себе профессии с национализированным рабочим днем.

Неустойчивые личности неоднородны по уровню интеллекта, социальному и финансовому положению, но их можно узануть по присущей им бесшабашности в поведении, призывающей «живи легко» и склонности пребывать в одурманенном состоянии. Одежда отражает положение их дел в данный момент: сегодня человек может облачиться в смокинг, а завтра — натянуть на себя рваный свитер и джинсы.

«Слабым местом» неустойчивой личности является выраженный дефицит воли, неспособность к значитель-

ным волевым усилиям, что часто обуславливает их недостаточную социальную успешность. Присутствие близкого человека с сильной волей, способного «держать в узде» неустойчивую личность, несколько смягчает ситуацию. Судьба этих личностей в значительной мере зависит от социальной среды, в которую бросает их жизнь.

При общении с людьми этого типа важно помнить, что их податливость вашим влияниям хоть и велика, но кратковременна. Собеседник охотно и искренно признает вашу правоту и пообещает выполнить все, что вы от него хотите, но уже через неделю, когда вы, устав ждать обещанного, попытаетесь напоминать ему об этом, можете обнаружить, что течение жизни унесло его в совершенно другую сторону, и он напрочь забыл обо всех обещаниях. Если вы действительно хотите получить что-либо от человека этого склада, важно осуществлять строгий и регулярный контроль.

Существуют и другие типы характера: тревожный, астенический, педантический, эмотивный, сенситивный и проч. Следует особо отметить, что нет «плохих» и «хороших», «удобных» и «неудобных» типов характера: каждый тип имеет свои особенности, которые в определенной среде могут играть как положительную, так и отрицательную роль для самой личности и людей, которые ее окружают. Например, истероид может быть прекрасным актером — или патологическим лгуном, властолюбие и брутальность эпилептоида могут реализоваться как в правонарушениях, так и в военных подвигах. Если человек имеет своеобразный, но достаточно гармоничный характер со своими «слабыми местами», который не мешает ему жить среди людей, мы говорим об акцентуации личности. Если же характер резко дисгармоничен, а в нем наблюдаются не отдельные «слабые места», а деформация всего личностного склада, если жизнь человека изобилует серьезными конфликтами с окружением на

всем ее протяжении, начиная с детства — можно предположить наличие психопатии.

Характер человека невозможно полностью переделать, вылепить заново. Но можно изучить свои сильные и слабые стороны и научиться как предотвращать декомпенсации, возникающие в трудных жизненных ситуациях, так и наилучшим образом использовать свой личностный потенциал. Не стоит «ломать» себя, демонстрируя несвойственный вам стиль поведения и занимаясь неконтролируемыми вами делами. Только определившись, чего вы хотите от жизни, и поступая в соответствии со свойствами вашей натуры и вашими подлинными желаниями, можно достичь намеченных целей.



ЖИЗНЕННЫЙ СЦЕНАРИЙ

Почему так по-разному складывается человеческая жизнь? Почему к одним судьба благоволит, а других нещадно бьет на протяжении всей жизни? «Не родись красивым, а родись счастливым» — говорят в народе. А что делать тем, кто не чувствует себя счастливым? Смириться — или все же бороться за себя, за свое счастье? И откуда они вообще берутся, везучие и невезучие, победители и неудачники? Врожденное это свойство или приобретенное? И если приобретенное, то можно ли что-то сделать, чтобы избавить человека от тяжкого ярма неудач?

«Каждый выбирает для себя»: один смиряется — и тонет в жизненной пучине, другой начинает любить свое «ярмо» (свою болезнь, несчастья, обиды) и находить в этом своеобразное горькое удовлетворение, третий снова и снова делает попытки взбунтоваться (ссорится с родителями, разводится с очередной женой, импульсивно пытаясь сломать жизненный стереотип), а четвертый просто расправляетя — «ярмо» само собой спадает с его шеи, и человек начинает жить по-новому. «Каждый выбирает по себе»: один просит милости у Бога, другой — магических манипуляций у колдуна и экстрасенса, а третий идет к психотерапевту, чтобы разобраться наконец в своей жизни и получить ответ на «большой» вопрос: «Почему такое случается именно со мной?»

Судьба, рок, планида, фатум, карма... В разные времена это называлось по-разному. Во все века люди пытались разобраться в своем предназначении, предугадать основные этапы жизненного пути. И приходили к разным выводам: от оптимистического «человек — кузнец своего счастья» до пессимистического «от судьбы не убежишь».

В аналитической психотерапии есть такое понятие: жизненный сценарий (скрипт). Сценарий — это как бы план, набросок будущей жизни. Сценарий «записывается» в подсознании ребенка в возрасте от трех до восьми лет. Высказывания родителей об окружающих, о себе, о ребенке, их жизненный пример, личные решения самого маленького человека — все это определяет основное содержание сценария. Именно в детстве определяется, будет ли впоследствии человек чувствовать себя неудачником или победителем, сможет ли он бороться за себя, доверять людям и заботиться о близких.

Определяется отношение к противоположному полу, основное направление будущей профессиональной деятельности, уровень притязаний. Важно подчеркнуть, что сценарий не наследуется генетически. Каждый человек в принципе способен стать Победителем. Из поколения в поколение передаются лишь образцы поведения, которые можно изучить. Однако самому человеку, независимо от уровня его интеллекта и волевых качеств, сделать это зачастую бывает весьма сложно, ибо реализация сценария осуществляется на подсознательном уровне, и как бы случайно, и лишь впоследствии человек обнаруживает, что его отношение к работе, к болезням и трудностям, выбор брачного партнера во многом напоминают таковые у его родителей. Иногда ребенок, не желая принимать родительские образцы поведения, как бы переворачивает семейный сценарий на 180 градусов, становясь полной противоположностью своего отца (матери). (Например, сын алкоголика принимает решение всю жизнь не брать в рот ни капли

спиртного.) Но «перевернуть» сценарий не означает освободиться от него. При этом человек точно знает, как не надо поступать, но как надо — ему неизвестно, ибо в ближайшем окружении не было соответствующих образцов. Вместо родительских проблем он получает целый «букет» своих собственных, которые при ближайшем рассмотрении оказываются зеркальным отражением родительских. (Например, недостаток самоуправления у отца-алкоголика обличивается чрезмерным самоуправлением, неспособностью расслабиться у его сына-трезвеника.) Кроме «плохих» существуют и «хорошие» сценарии, но в любом случае сценарная программа, довольно жестко определяя мысли, чувства и поведение человека, препятствует полной самореализации, оставляя многие способности невостребованными, а возможности — неосуществленными. Психотерапия в широком смысле этого слова помогает человеку осознать свой сценарий, частично изменить или избавиться от него.

ПОБЕДИТЕЛИ. Победители достигают поставленной цели в намечаемое время. В жизни им многое удается осуществить, и часто окружающим кажется, что удается им это необычайно легко, что «просто везет». Разумеется, и у Победителей бывают неудачи и трудности, но даже поражения становятся у них фундаментом будущих побед. При этом Победители живут в ладу с собой и окружающими людьми. Они любят жизнь и умеют наслаждаться ею. Победители, как правило, открыты для общения, искренни и способны свободно выражать свои чувства. Большинство из них были желанными детьми и имели любящих родителей, которые не слишком ограничивали их свободу, позволяя развиваться и познавать новое. В детстве маленькие Победители часто слышали: «Ты хороший (умный, красивый)», «Я люблю тебя», «У тебя получится». Родители дали им самое драгоценное наследство: разрешение вовремя вырасти и быть счастливыми и успешными.

Часто родители Победителей сами являются Победителями.

НЕПОБЕДИТЕЛИ. Основная масса населения относится именно к этой группе. Непобедителям удается сделать часть того, что они запланировали. Например, ребенок, в детстве мечтавший стать новым Дарвином, преподает биологию в школе. (Заметим, если этот самый ребенок с детства хотел стать учителем в школе, он является Победителем; дело здесь не в уровне притязаний, а в соотношении желаемого и реального). Порой Непобедителю удается осуществить намеченное, но не так быстро, как хотелось бы. Однако Непобедители умеют быстро утешаться. Они далеко не всегда ощущают себя счастливыми, любимыми и успешными, но в их жизни бывают светлые, радостные минуты. «Ты как все», «У людей и этого нет», «Лучше синица в руке, чем журавль в небе», — повторяли им родители, когда Непобедители были мышеными.

НЕУДАЧНИКИ. В жизни это — вечные аутсайдеры. Даже при самых благоприятных внешних обстоятельствах они зачастую ухитряются проиграть, заболеть, выпустить с работы, спиться и т. д. При этом неудачи воспринимаются ими не как досадная случайность, а как нечто неизбежно-привычное. «Опять я за старое», «Нет в жизни счастья», — говорят себе Неудачники, напивааясь «с горя». Даже если Неудачник добивается успеха, этот успех не делает его счастливым. «Ты все равно никуда не годишься», — звучит в его голове родительский голос. Мучительный душевный разлад, тоска, проблемы в отношениях с людьми — частые спутники Неудачников. В детстве их слишком мало любили. Возможно, родители вообще не хотели заводить ребенка, и от будущего Неудачника пытались избавиться, возможно, ребенка не планировалось иметь именно сейчас или он родился не таким, как ожидалось... возможно, его рождение помешало осуществлению заветных родительских желаний...

Тяжкое бремя нелюбви с самого раннего возраста ложится на плечи Неудачника. Плохо, когда ребенка необоснованно бранят или бьют, но еще хуже, когда его самого и его интересы игнорируют. «Ты турица», «Ничего не можешь сделать как следует», «И зачем я тебя родила?» — говорят ему родители, порой совершенно не задумываясь о последствиях сказанного. Бывает, что родитель-Неудачник передает сыну или дочери свой собственный сценарий: «Женская доля горька», «Ты будешь таким же несчастным, как твой отец».

Надо сказать, что сценарий не является чем-то застывшим, раз и навсегда определенным. Сценарий — это черновик судьбы, на протяжении жизни он неоднократно уточняется и дополняется. Основные положения определяются еще в дошкольном возрасте и, как было сказано, наибольшее влияние на него имеют внутрисемейные отношения. В подростковый период сценарий корректируется с учетом отношений человека с близким социальным окружением (школа, друзья, родственники). Определяется, какими способами будет человек реализовать свои ранние решения, позднее уточняются отношения с противоположным полом, с собственными детьми; в возрасте между 50-ю и 60-ю годами определяется предполагаемая продолжительность жизни, приблизительно в 30–35 и в 55–60 лет подводятся промежуточные итоги. Сценарием предписывается степень реализации личностного потенциала. Итог жизни определяется не только имеющимся потенциалом личности (способности и возможности человека), но и степенью его реализации (совершенные поступки, достигнутые успехи). Победитель оптимальным образом использует даже скромный потенциал; неудачник ухитряется потерпеть крах даже при очень богатом личностном потенциале.

Именно потому, что сценарий имеет динамично меняющееся содержание, он доступен сознательной корректировке. Изменить свой сценарий может только носи-

тель этого сценария. Но, как правило, только с помощью врача-психотерапевта (без его участия сценарий попросту не будет осознан). Психотерапия помогает Неудачнику превратиться в Непобедителя, а Непобедителю стать Победителем. Поэтому на свете существует не так уж много людей, которые совершенно не нуждаются в психотерапии.

У

ТРАТЫ И ПОТЕРИ

На протяжении жизни каждый человек сталкивается с более или менее значительными утратами и потерями. Слово «утрата» кажется мне более уместным, когда речь идет о людях или других живых существах (например, о любимой собаке), а словом «потеря» я склонна обозначать исчезновение неживых субстанций — имущества и прочего. Разумеется, это очень упрощенный подход. Часто утрата связана с потерями, и наоборот. Стоит отметить, что в душе каждого из нас существуют достаточно четкие представления о том, кого или чего было бы особенно жаль лишиться. И это очень индивидуально. Для одного человека потеря члена семьи может стать страшным потрясением, ломающим стержень личности, а другой, возможно, даже вздохнет с облегчением, оказавшись в подобной ситуации. Один человек, потеряв все свои денежные накопления, беспечно машет рукой: «Было бы здоровье, а деньги будут», а другой до конца жизни не может справиться с чувством горькой обиды на судьбу, оставившую его в бедности. В тех случаях, когда жизненные неизбежности вызывают существенные изменения в душевном состоянии человека, нарушая его настроение, самочувствие, восприятие мира и отношения с другими людьми, мы говорим, что человек получил психическую травму.

В этой главе мне хотелось бы в первую очередь рассказать об утратах — они приводят к частым и порой достаточно тяжелым психическим травмам. Здесь для врача важны несколько аспектов: тяжесть психотравмы (она тесно связана со значимостью утраты), однократность или повторность психотравмы (повторные травмы переносятся тяжелее однократных), ее внезапность или ожидаемость (внезапные психотравмы обычно дольше изжижаются), интенсивность переживаний (чем ярче переживания, тем лучше прогноз — разумеется, при одинаковой значимости утраты) и, наконец, длительность изживания психотравмы (как скоро человек «пришел в норму»).

Итак, утрата. Я видела множество людей разного возраста, мужчин и женщин, взрослых и детей, объединенных горем утраты. Когда умирает близкий человек — ребенок, мать или отец, супруг, брат или сестра, друг, возлюбленный — кажется, что мир рушится на глазах. Человек испытывает сильнейший эмоциональный шок, чувствует себя проантильно одиноким и беззащитным перед лицом смерти. Многие люди больше боятся смерти близких, чем своей собственной. На стадии шока человек еще не осознал полностью факт утраты и ее возможные последствия и инстинктивно пытается защититься, отгородившись от нее. Отсюда неадекватность поведения, нередко наблюдаемая в первые часы и дни после утраты. Одни повторяют: «Не верю, это ошибка, он не мог умереть», другие настаивают на продолжении уже ненужной врачебной помощи, третья разговаривают с умершим как с живым и даже «видят» его стоящим рядом. Одни мечутся суетливо по квартире, другие сидят, устремив взгляд в одну точку, не в силах осмыслить случившееся. Порой человек испытывает чувство измененности себя или окружающего мира («все плывет перед глазами», «все как в тумане», «будто не со мной все происходит»). Слезы на этой стадии присутствуют далеко не всегда. Отрешенное выражение

лица, заторможенность и безучастность к происходящему во время погребения, нередко принимаемые за равнодушные и душевную черствость, также являются симптомами шока. Главная задача близких на этой стадии (обычно она длится не более 3 дней): во-первых, дать понять человеку, что он не одинок, что у него есть любовь и забота близких, во-вторых, осторожно довести до сознания человека факт смерти: в-третьих, ненавязчиво контролировать его поведение, удерживая от импульсивных попыток самоубийства и других разрушительных действий. Транквилизаторы (феназепам, реланиум и др.) стоит принимать лишь в случаях крайнего возбуждения и при этом контролировать их прием (известны случаи отравления транквилизаторами после утраты с целью уйти из жизни вслед за умершим). Обычно транквилизаторы, притупляя эмоциональное реагирование, затягивают выздоровление психотравмы. Более уместны седативные травяные сборы: важно не только действие лекарства, но и сам факт заботы о человеке.

Фазу шока сменяет фаза гнева. Гнев может быть адресован умершему («на кого ты нас оставил?»), медицинским работникам и родственникам («не спасли», «не уберегли») или совершенно посторонним людям («вы-то живы, а его уже нет»). В этой фазе факт смерти уже осознается пережившим утрату человеком, но примириться с этим фактом еще нет смыл. В фазе гнева особенно часто наблюдаются разрушительные действия, направленные на себя или на окружение. Саморазрушение может выражаться в злоупотреблении алкоголем, никотином, едой, лекарствами (человек запивает «по-черному», курит «одну за одной», поглощает килограммы сладкого или, наоборот, не может проглотить ни кусочка, накачивает себя «спокойствующими» лекарствами), в попытках самоубийства или просто в битье головой об стену. Разрушительные действия могут быть направлены на окружающих людей — предполагаемых «виновников» смерти — и неодушевленные

предметы. Диапазон *этых* действий достаточно широк, а их направленность порой непредсказуема. В некоторых случаях человек обращает свой гнев к богу или судьбе, позволившим совершиться утрате. Близкие в это время могут помочь человеку выразить свой гнев каким-либо неразрушительным способом (например, в физических нагрузках или «страшных» ругательствах в одиночестве), а также указать на непродуктивность гнева.

Постепенно до сознания человека доходит непреложность смерти, ее необратимость и тщетность попыток обвивания. Но в душе еще зияет пустота, образовавшаяся после ухода любимого человека. Утрата представляется не только непоправимой, но и невозместимой. И гнев уступает место скорби. И здесь важно не мешать скорбящему налить свое горе, выплакать свои слезы. Именно в фазе скорби человек учится жить без ушедшего, происходит активная перестройка отношений с людьми, переосмысливаются прожитые годы, принимаются новые решения относительно собственной жизни. Некоторые люди надолго застревают в этой фазе, не в силах двигаться по жизни самостоятельно; они без конца возвращаются мысленно к жизненному примеру ушедшего, повторяя: «он сделал бы это так», «она сказала бы вот что», признаваясь: «Я не знаю, как жить дальше без него» (или без нее).

Саморазрушительные поступки могут затягивать изживание утраты и углублять депрессию, так как «заливание» и «заедание» горя, как и транквилизаторы, позволяют уменьшить остроту болезненных переживаний, но после того как эти «обезболивающие» средства прекращают свое действие, душевная боль кажется еще более сильной, тем более что к ней прибавляется чувство вины за разрушение собственного организма. (Со временем переживание утраты приобретает хронический характер, а сама утрата служит средством оправдания саморазрушения.) Родственники и друзья в это время

могут внимательно выслушать скорбящего, в меру своих сил разделяя его чувства, и помочь ему освободиться от заносания в прошлом, от упоения скорбью, указывая на сегодняшние дела, требующие его участия, и на его способность справиться с ними.

Утрата всегда представляет собой более или менее тяжелое испытание для человека, для его души и тела. Именно поэтому в конце изживания психотравмы утраты присутствует фаза усталости. Усталостьносит как душевный, так и физический характер. Проводив свое го близкого в последний путь, человек нуждается в восстановлении собственных сил и имеет на это полное право. Вид и объем мер, необходимых для восстановления, определяет он сам (нередко с помощью врача). Окружающие могут помочь ему в осуществлении этих мер. Одному необходимо просто выпачаться после бессонных ночей, другому — больше общаться с друзьями и родственниками, третьему — сменить окружающую обстановку, уехав в дом отдыха, а четвертый обретет душевный покой, установив памятник на могиле усопшего.

Во многих религиях определяется, сколько времени положено человеку переживать утрату и прощаться с умершим. В православии принято устраивать поминки после похорон, чтобы подчеркнуть значительность события; при этом люди, собравшись за одним столом, вспоминают о достоинствах и добрых делах умершего, осмысливая утрату, обильно едят и пьют спиртные напитки, оказывают эмоциональную поддержку семье умершего. Поминки, проводимые на девятый и сороковой дни после кончины, а также на ее годовщину, являются своего рода этапами прощания с умершим и имеют большое психотерапевтическое значение.

Утрату можно сравнить с ражой, нанесенной телу: шок от травмы (психическая фаза шока) сменился острым болью с желанием во что бы то ни стало приглушить ее (фаза гнева), затем боль становится постепен-

но менее острой, ноющей, происходит рубцевание раны (фаза скорби), после чего организм постепенно восстанавливается (фаза усталости) и выздоравливает. Конечно, утраты не забываются и не восполняются, в душе на всегда остается своего рода рубец, но здоровая личность восстанавливается полностью, заново обретая ощущение смысла жизни и способность радоваться. Однако в некоторых случаях рубцевания душевной раны не происходит, и она приобретает характер хронической язвы. Как правило, ее заживлению мешают неприятные чувства, подобные занозе, торчащей в ране; у таких пациентов любое воспоминание о понесенной утрате вызывает яркую эмоциональную реакцию (слезы, гнев), а когда я спрашиваю, простился ли человек с умершим до конца, в ответ обычно слышу: «Нет». О хронизации переживания утраты мы говорим тогда, когда прошло болыше года со дня смерти близкого, а человек находится в фазе шока, гнева, скорби или усталости с соответствующей душевной и физической симптоматикой. Печаль и тревога, сниженный или повышенный аппетит, затрудненное засыпание или прерывистый сон, раздражительность и быстрая утомляемость — частые спутники утраты; иногда наблюдается и более драматичная картина: галлюцинации (человек «видит», «слышит», «чувствует» умершего, общается с ним не только во сне, но и наяву), страхи (страх смерти, боязнь за здоровье и судьбу близких и др.), сильные боли (чаще всего в области сердца или того органа, от болезни которого умер близкий человек). Некоторые люди не могут изжить утрату в течение 3-х, 5-ти и даже 15-ти лет, страдая душевно и физически, пытаясь без особого успеха лечить болезни тела и пребывая мыслями в прошлом, когда дорогой человек был еще жив. То, что утрата не изжита, можно понять и по определенным признакам во внешности, высказываниям и поведению человека. Вот лишь некоторые из этих признаков.

1. Длительное (больше года) ношение траурной одежды.
2. Частое (несколько раз в неделю) посещение кладбища.
3. Человек окружает себя фотографиями усопшего, разговаривает с ними.
4. Человек запрещает другим членам семьи трогать вещи покойного, входить в его комнату.
7. Вступая в новый брак, требует от супруги (супруга) выглядеть и вести себя как покойная (покойный).
6. Даёт недавно родившемуся ребенку имя умершего или постоянно сравнивает живых детей и умершего.
7. Упоминание об утрате вызывает слезы и другие эмоциональные реакции (см. выше).
8. Саморазрушительные действия, начавшиеся или усилившиеся после утраты: попытки самоубийства, злоупотребление алкоголем, никотином, наркотиками или транквилизаторами, голодание или переедание, частые травмы, работа «на инос».

Если эти признаки наблюдаются на сроках до года с момента утраты, то желательна помощь психотерапевта, а спустя год и более — необходима. Кроме того, помощь необходима при явных саморазрушительных действиях независимо от срока их существования. Иаживание психотравмы утраты может затянуться и тогда, когда пациент по тем или иным причинам не имел возможности присутствовать на похоронах и проститься с умершим.

Первое, с чего начинается работа с человеком, перенесшим утрату, это процедура прощания. Во время этой процедуры врач помогает пациенту эмоционально отделиться от умершего, осознать: «Он умер», «Он — там, а я — здесь», «Я должен жить». Чувства, мысли и дела, которые связывают пациента с умершим, в каждом случае не повторимы. Врач должен понять их, помочь их отрегулировать и морально поддержать пациента в но-

вой для того жизненной ситуации. Процедура прощения завершается, когда пациент говорит о чувстве облегчения, которое он испытывает (часто его слова подтверждает глубокий и свободный вздох). Означает ли прощение, что мы забываем любимого человека или предаем память о нем? Разумеется нет. Сохраняя в душе благодарность и теплые воспоминания, мы лишь отпускаем себя, возвращаясь в реальность, в сегодняшний день, отделяясь от умершего. Мы обязаны жить — и не только ради самих себя. Мы обязаны жить ради своих близких — живых людей, которым необходимы наши любовь, внимание и поддержка. Мертвый человек не нуждается в нас — в нас нуждаются живые. Не проведя прощание, трудно успешно работать с депрессией, тревогой или алкоголизмом, проявившимися после утраты. Нередко утрата обнажает внутренние проблемы, которые до этого времени были скомпенсированы общением с умершим. Объем врачебной помощи определяется особенностями случая: одному пациенту достаточно помочь проститься с близким, другому требуется курс гипнотерапии для нормализации сна и устранения быстрой утомляемости, третий нуждается в аналитической терапии с глубинной проработкой причин саморазрушительного поведения. Особого внимания врача требуют случаи, когда утрата была весьма значима для личности пациента (например, смерть единственного ребенка) или когда человек перенес несколько утрат (или утрату и другие психотравмы) за короткий период, а также случаи внезапных утрат.

Насколько эффективна психотерапия утрат? Она имеет высокую эффективность, если пациент хочет жить в настоящем, быть сильным и радоваться жизни. При такой позитивной установке даже очень серьезные психотравмы изживаются достаточно быстро и полно. Насстроенность на бесконечную скорбь, нежелание прощаться осложняет работу врача. В заключение приведу случай из своей практики.

Ольге Николаевне 46 лет. Она и ее муж горячо любят друг друга и всегда мечтали о детях. Дом, наполненный детскими смехом, — они стремились к этому с первых месяцев брака. У Ольги Николаевны было несколько неудачных попыток родить, закончившихся болью и отчаянием. Муж всегда был рядом, поддерживал, помогал во всем. Когда Ольге Николаевне было 35, она стала матерью. Счастье супругов не поддавалось описанию. Девочка росла умной и здоровой.

Счастье длилось 10 лет. Через 10 лет девочка скоропостижно умерла от тяжелой болезни. Все рухнуло. Ольга Николаевна появилась в моем кабинете с вопросом: «Как жить дальше?» Ее глаза были красны от слез. Она сидела, сжавшись в комочек от душевной боли. Трудно было не проникнуться скорбью этой маленькой и удивительно сильной женщины, которой судьба устроила такое суровое испытание. Она никого не винила. Она пристра не видела, ради чего стоит жить дальше. Отчаяние застилало ей глаза.

Я осторожно напомнила Ольге Николаевне о муже, о том, как нужна ему ее любовь. Отклик был, но слабый. Дети всегда значили для нее слишком много, а не быть матерью воспринималось как не быть женщиной в полном смысле этого слова. Усыпление ребенка из детского дома? Она не была к этому готова: сразу с горечью заговорила о своей девочке, о том, что никто ее не заменит. Беременность и рады с учетом возраста и предыдущих трудностей представлялись слишком рискованным предприятием. Тогда я стала расспрашивать ее о родственниках и узнала о существовании маленькой племянницы, которую Ольга Николаевна очень любит. Передо мной стояла сложная задача: помочь Ольге Николаевне примириться со свершившейся

утратой, побудить ее перенести потребность любить и заботиться на мужа и племянницу. При этом важно было преобразовать отношения с племянницей таким образом, чтобы не возникало горестных сравнений со своей девочкой и чтобы любя и заботясь Ольга Николаевна не подменяла племяннице мать.

Мы обсудили тот факт, что дочь не воскресить и что горе Ольги Николаевны никак не способно ей помочь, а только вредит ей самой и ее близким, и начали прощаться. Во время прощания у моей пациентки преобладало чувство вины: «Не уберегла». Сообщая мы отделали реальную вину от юной (преобладала, конечно, последняя). Ольга Николаевна попросила у дочери прощения за то немногое, в чем действительно была виновата, и разрешила себе по испытывать лишь мую вину. «На душе легче стало», — отметила она. Затем она простилась с теми делами, завершение которых стало невозможным из-за смерти дочери. Другие дела, отодвинутые утратой на задний план, обрисовались более отчетливо, и Ольга Николаевна сказала, что готова приступить к их завершению. Она поблагодарила дочь за всю ту радость, которую дарило матери ее существование, и сказала, что всегда будет помнить ее. После этого она закончила: «Прощай, доченька. Я знаю, ты любила меня и хотела, чтобы я была счастлива. Мне надо жить — ради папы и ради себя. Прощай».

Во время прощания я плакала вместе с Ольгой Николаевной, но здесь слезы высокли на наших глазах, дышать стало легко. Я увидела нидежду во взгляде этой удивительной женщины. Потом был относительно короткий курс гипнотерапии (7 сеансов): важно было освободиться от остатков депрессии, восстановить душевые

и физические силы, вновь обрести способность радоваться жизни. В гипнозе Ольга Николаевна видела себя идущей по светлой бересковой роще, в темно-зеленой траве вспыхивали золотые солнца одуванчиков, их становилось все больше. К пятому сеансу исчезло чувство усталости, к седьмому пациентка обрела способность радоваться.

После этого мы на время расстались. Но моя врачебная поддержка еще требовалась Ольге Николаевне, поэтому редкие сеансы гипноза продолжались: сначала раз в неделю, затем раз в месяц. Разумеется, я понимала, что в душе Ольги Николаевны навсегда останется глубокий шрам, но рана, опасная для ее жизни, была залечена. ■

ДЕПРЕССИЯ

Если хотя бы однажды у вас надолго портилось настроение, мрачные мысли подолгу мешали уснуть, а жизнь казалась беспросветной — значит, с депрессией вы знакомы не понаслышке. Депрессия — одно из наиболее часто встречающихся расстройств душевной сферы, состояние, имеющее множество оттенков. Дословно депрессия переводится как « угнетение », « подавление ». В обиходе этим словом часто называют сниженное настроение, но на самом деле депрессия — намного более сложное и широкое понятие. Она имеет несколько граней; их яркость (выраженность симптоматики) и соотношение (преобладание того или иного аспекта) могут быть различными. Вот как выглядят эти грани.

1. Настроение. Настроение при депрессии может варьировать от легкой грусти до полного отчаяния. Может наблюдаться печаль (умеренное и достаточно стабильное снижение настроения), тоска (глубже и острее печали), скуча (умеренное снижение настроения со сниженным интересом к окружающему), апатия (безразличие к окружающему, безынициативность), чувство внутренней опустошенности, чувство душевной боли и т. д.

Иногда свое настроение человек оценивает как нормальное, но отмечает, что радость воспринимается ме-

нее ярко, чем прежде (от легкого снижения до полного отсутствия чувства радости — ангедонии). Иногда настроение становится переменчивым, с преобладанием сниженного. Могут отмечаться чувства обиды, вины, гнева, усталости; капризность, раздражительность.

2. Восприятие. Меняется восприятие окружающего, и эта перемена также имеет множество оттенков. Мир может казаться бесцветным, невыразительным (при нормальных органах чувств снижается яркость восприятия): звуки кажутся монотонными, письма — безвкусной, «как трава». Часто восприятие приобретает особую избирательность: печальные события и детали окружающего мира видятся ярко и прочно запечатлеваются в памяти, наделенные особым смыслом («дурные предзнаменования»), а радостные «не замечаются». Нейтральные события могут трактоваться как печальные (например, дерево в золоте осенней листвы кажется символом угасающей жизни).

3. Мыслепение, внимание и память. Человек, переживающий депрессию, часто кажется себе (а порой и своим близким) внезапно поглушенным, неспособным осмыслить сложившуюся жизненную ситуацию. На самом деле снижение интеллекта или памяти при депрессии не происходит. Вычертывание снижения умственных способностей складывается из:

- а) замедления темпа мышления, характерного для многих депрессивных расстройств и исчезающего при выздоровлении;
- б) преходящих нарушений внимания, которые препятствуют запоминанию нового и могут быть ошибочно приняты за снижение памяти;
- в) погружности в печальные переживания и пессимистической оценки собственных способностей.

Мысли при депрессии имеют характерную мрачную окрашенность. Некоторые из них, устойчивые и систематизированные, обросшие подробностями и следствиями, становятся идеями. Это могут быть, например, идеи

собственной греховности, вины («сам виноват во всем», «болезнь — наказание за мои проступки»), собственной ненужности, неполноценности («я — обузя для моих близких, особенно в таком состоянии», «я — глупый, ничтожный человек», «плохая мать, плохая жена»), неизлечимости и отсутствия смысла существования, («впереди ничего хорошего не вижу», «чувствую себя совершенно разрушенной», «лучше умереть, чем так мучиться»). Нередко депрессия сочетается с тревогой, различными страхами, которые имеют свое отражение в эмоциональной и мыслительной сферах (страх смерти, безумия, опасения за судьбу близких и прочее).

4. Телесная сфера. Общий тонус при депрессии, как правило, снижен. Нарушается сон (затрудненное засыпание,очные или ранние пробуждения, после которых трудно уснуть, чуткий, прерывистый сон); может наблюдаться и повышенная сонливость. Аппетит снижается (иногда до полного безразличия или даже отвращения к приему пищи) или (реже) повышается. Часто депрессии сопутствует быстрая утомляемость, общая слабость, заторможенность в движениях. Могут отмечаться разнообразные неприятные ощущения в теле, наиболее часто — тяжесть в области груди и головные боли. Боль при депрессии (физическая и душевная) обычно переносится тяжелее, чем в нормальном состоянии. (Впрочем, в некоторых случаях глубоких депрессий пациенты даже приветствуют физическую боль, позволяющую им на некоторое время отвлечься от невыразимо тягостных переживаний). Уменьшается частота сердечных сокращений, появляется склонность к запорам. Снижается половая активность (прежде всего желание сексуальной близости), что часто весьма огорчает пациентов (нарушения в половой сфере исчезают к моменту выздоровления от депрессии). Человек в депрессии часто выглядит старше своих лет. Замедляются процессы обмена веществ, снижается иммунитет. Любое заболевание телесной сферы при сопутствующей ему

депрессии протекает более тяжело, длительно, чаще отмечаются рецидивы, сильнее выражены побочные эффекты лекарственных средств. Таким образом, проявления депрессии не ограничиваются сферой настроения, но отмечаются во всех сферах жизнедеятельности человека.

Каковы причины развития депрессии? Данное расстройство неоднородно, выделяют невротическую, андогенную и соматизированную депрессии.

В происхождении невротической депрессии важную роль играют психические травмы, наносимые человеку различными жизненными неприятностями (смерть близких, распад семьи, потеря работы, ухудшение финансового положения и прочее). Невротическая депрессия на всем своем протяжении тесно связана с иажинанием психической травмы (часто к первичной психотравме добавляются различные вторичные «наслаждения»). Расстройство может иметь различную глубину (но преобладают легкие и умеренные формы), оно психологически понятно и нередко вызывает сочувствие у окружающих людей. Заторможенность часто отсутствует. Заболевание хорошо поддается психотерапевтическому лечению, иногда требуя также назначения небольших доз лекарственных средств — транквилизаторов и антидепрессантов. Лечение может проводиться как амбулаторно, так и в стационаре обычной больницы.

Эндогенная депрессия начинается обычно без видимой причины, вне связи о психотравмами (иогда они выступают как провоцирующий фактор, но по мере развития заболевания утрачивают свое значение для личности). Часто начало эндогенной депрессии совпадает с этапами гормональной перестройки, особенно ярко эта тенденция прослеживается у женщин — в подростковом, послародовом и климактерическом периоде. Эндогенная депрессия часто протекает в упорной и тяжелой форме, сопровождается резким снижением жизненно-

го тонуса, заторможенности. Часто отмечаются идеи греховности, вины, самообвинения, иногда доходящие до бреда. Все жизненные события трактуются в пессимистическом ключе, болезнь кажется неизлечимой, а будущее — беспросветно-мрачным. Появляются мысли об отсутствии смысла жизни, повышается риск совершения суицидальных попыток. Заболевание может наблюдаться однажды в жизни или иметь циклический характер (несколько депрессивных фаз на протяжении жизни). Если периоды депрессии чередуются с периодами нормального настроения, говорят о монополярном характере расстройства, если отмечаются также периоды необъяснимо-повышенного настроения и лихорадочной жизненной активности (гипомании), речь идет о биполярном расстройстве. Эндогенная депрессия является серьезным заболеванием и требует длительного комплексного лечения, включающего медикаментозные средства (прежде всего антидепрессанты), психотерапию, а также другие методы (лечение светом, днетод и прочее). В некоторых, особо тяжелых случаях, целесообразно помещение пациента в психиатрический стационар.

Соматизированная депрессия проявляется прежде всего в телесных нарушениях. Это могут быть упорные боли, тяжесть за грудиной, тошнота, рвота, недержание мочи, кожный зуд и многое другое (подробнее о телесных проявлениях соматизированной депрессии см. главу «Тело и душа, или о чем говорят симптомы»). Снижение настроения обычно выражено нерезко, может проявляться в виде скучи или капризности, а в ряде случаев полностью отсутствует. Вместе с тем общий тонус заметно снижен, часты нарушения сна и аппетита. Соматизированная депрессия составляет большую часть случаев депрессии у детей. Такая депрессия часто остается нераспознанной, а пациенты долго и безуспешно лечатся у врачей не психотерапевтического профиля, прежде чем почасть на прием к психотерапевту. Необходимо установить истинную причину заболевания,

замаскированную телесными нарушениями, и применять психотерапию, иногда — антидепрессанты в малых дозах, а также средства, смягчающие телесные симптомы. Лечение обычно проводится в соматическом стационаре (в одном из отделений обычной больницы), так как на первом этапе необходимо обеспечить проведение диагностических процедур, дабы не пропустить серьезное телесное заболевание.

Приведенный ниже случай иллюстрирует необходимость определения вида депрессии и возможности психотерапии в лечении данного состояния.

Анна, красивая 30-летняя женщина, обратилась за помощью по настоянию матери. Маму Анны очень беспокоило, что ее любимая и единственная дочь день ото дня слабеет, часами плачет, плохо спит по ночам и сетует на собственную несостойчивость во всем, что касается ее отношений с другими людьми, особенно с мужчинами.

Анна дважды была замужем. Первый муж оказался жестоким человеком, он унижал Анну, и она вскоре развелась с ним, оставшись с сыном и матерью. Второй муж жил за счет умной, предпримчивой Анны, не работал и вскоре пристрастился к спиртному; молодая женщина долго пыталась «спасти» и «вразумить» мужа, но он не поддавался вразумлению. Брак распался. Друг Анны, охотно принимая от нее услуги и знаки внимания, не спешил определять их отношения и, что называется, держал дистанцию.

На работе (Анна возглавляла местное отделение крупной фармацевтической фирмы) жоя пациентка всегда была на хорошем счету у руководства благодаря своей безукоризненной честности, трудолюбию и инициативности. Но у нее нередко случались конфликты с коллегами-муж-

чинами, а за полгода до ее обращения ко мне в отделении фирмы, которое возглавляла Анна, обнаружилась крупная недостача денег и лекарств. На Анну было заведено уголовное дело. Она мучительно переживала как «позор» этого факта, так и то, что кто-то из сотрудников злоупотребил ее доверием, совершив хищение. Вскоре обнаружилось, что «кто-то» — это водитель, часто бывавший в офисе и на складах фирмы и воспользовавшийся недостаточным контролем в ней. Хотя Анна была полностью реабилитирована, ей разрешили не возвращать недостачу и оставили на прежней должности, у молодой женщины началась серьезная депрессия с нарушениями сна, аппетита, постоянным чувством усталости, тоской и попытками самообвинения.

Психотерапевт, лечащий Анну до меня, впечатлившись глубиной ее депрессии, назначил серьезные дозы антидепрессантов. Но лекарства не помогали, и через месяц Анна продолжала плакать и обвинять себя в глупости, чрезмерной доверчивости и женской непривлекательности. Она выглядела настолько измученной, что я решила начать с гипноза, чтобы восстановить силы моей пациентки. После семи сеансов гипноза сон и аппетит молодой женщины нормализовались, настроение несколько улучшилось, она почувствовала себя бодрее, и мы смогли приступить к аналитической терапии.

Выяснилось, что Анна всегда уделяла много времени самосовершенствованию, прекрасно училась, занималась спортом, рано начала прилично зарабатывать, но при этом никогда не была в достаточной мере довольна собой. Мама Анны — умная, трудолюбивая женщина, успешная в профессии и не вполне успешная в отношениях с мужчинами (ее единственный брак распался давно, и она

решила посвятить себя воспитанию дочери, а затем — и孙ука). Она души не чаяла в дочери, и дочь отвечала ей взаимностью. Отец Анны развелся с ее матерью, когда девочке было восемь лет. После этого он женился еще два раза, но и эти браки распались. От каждого брака осталось по ребенку. Разведясь, отец продолжал общаться с бывшими женами и детьми. Он выделял умную и красивую Анну среди других детей и не раз подчеркивал, что именно ей предстоит наследовать его старость. Иногда он помогал Анне деньгами, рассматривая эту помощь как инвестицию, которую дочери следует вернуть сполна при наступлении его старости. Анна всегда запомнила, как отец сделал вид, что не узнал ее и матеря, случайно встретив их на улице через два года после развода (отец шел с новой женой и ребенком).

С этого момента она чувствовала себя некрасивой, глупой и ненужной отцу и всем прочим мужчинам. Общение с мужчинами, как в личной жизни, так и в профессии, доставляло ей массу страданий. Она подвергалась дискриминации (коллеги-мужчины отрицали либо деловые качества, либо женскую привлекательность Анны), ее унижали, обманывали, предавали, а ей хотелось любви и тепла. Анна прощала своих обидчиков, снова и снова выручала их из затруднительных ситуаций, помогала им зарабатывать, а порой даже содержала, как своего второго мужа, — и надеялась, что кто-нибудь наконец оценит ее по достоинству. Ее силы постепенно иссыкали. Она очень хотела изменить свою жизнь, но не знала, как это сделать.

Во время аналитической терапии выяснилось, что Анна подсознательно пыталась доказать всем своим партнерам по общению, что она достойна уважения и любви. Но она всегда выбирала

мужчин, которые вели себя жестоко или были слабы и ненадежны. Чем больше усилий прилагала Анна, чтобы завоевать их любовь и уважение, тем больше душевной боли она получала, ибо ее партнеры и не собирались ее любить. В ходе лечения мы с Анной проработали ее обиду на отца и эмоциональную зависимость от него. Анна пришла к выводу, что она не обязана лелеять его старость; моя пациентка освободилась от душевой боли, связанной с другими мужчинами; значительно повысила самооценку относительно внешности, интеллекта и деловых качеств, признав, что достаточно хорошо, прежде всего для самой себя. К моменту завершения терапии Анна была преисполнена любви к себе и миру, планов и надежд. Она имела отличное настроение и много энергии для воплощения своих планов в жизнь.

Затем мы расстались. Через несколько месяцев один раз поговорили по телефону и через полгода встретились вновь. Передо мной стояла молодая женщина, сознающая всю силу своего очарования. Ее глаза сияли. За прошедшие полгода Анна через Интернет познакомилась с американским бизнесменом и вышла за него замуж. Она впервые в жизни почувствовала, что значит быть любимой сильным мужчиной, это еще больше укрепило ее самооценку. Избранник Анны всей душой принял и ее девятилетнего сына, и ее маму. Я была счастлива поздравить их всех. ■

Итак, даже самая кромешная депрессия вполне устранима. Но что делать тем, у кого тоска длится больше двух недель и конца ей не видно? Чем может помочь себе страдающий человек, если визит к психотерапевту по каким-либо причинам недоступен?

1. Помните, что депрессия не длится вечно. Сейчас вам трудно поверить в это, но день, когда вы

почувствуете себя значительно лучше, обязательно настанет. Смысл жизни не исчез, он просто спрятан в депрессии, как солнце прячется в тучах. Тучи рассеются, и солнце засияет вновь.

2. Каждый день будьте настолько активны, насколько вы можете. Не позволяйте себе уходить в оцепенение, бездействие. Отвлекайтесь от мрачных мыслей в делах. Расценивайте каждое удачно завершенное дело как вашу маленькую победу на фронте борьбы с депрессией.
3. Каждый день радуйте себя тем, что способно вас порадовать. Может быть, это будет хорошая книга или запах любимых духов, шоколадка или ванна с душевыми травами. Вспомните и прочувствуйте ваши прежние ощущения от этих приятных вещей.
4. Каждый день общайтесь с людьми, которые вас любят: членами семьи, родственниками, друзьями. Попросите их рассказать о том, что им нравится в вас больше всего. Примите сказанное с удовольствием.
5. Смотрите смешные фильмы и читайте смешные книги. Попробуйте посмеяться над своими мрачными мыслями, над самой депрессией.
6. Описывайте ваши мысли и чувства, ваше состояние в дневнике. Во-первых, возможность высказаться на бумаге уменьшит душевную тяжесть. Во-вторых, вскоре вы увидите динамику в своем состоянии: тщательно фиксируйте даже самые небольшие улучшения и радуйтесь им.

ДЕПРЕССИЯ ПРОХОДИТ. Всегда. Осознание этого факта поможет вам пережить ее.

САМОРАЗРУШИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Почему люди разрушают себя? Зачем им это нужно? Любой школьник знает, что чрезмерное употребление алкоголя вызывает болезни печени и снижение интеллекта, злостное курение табака способствует развитию рака легких, а систематическое переедание ведет к ожирению, повышению кровяного давления и другим нехорошим последствиям. Говорят, что лучший способ продлить жизнь — это не укорачивать ее. Почему же взрослые, вполне разумные люди спешат побыстрее отправиться на тот свет? Если их спросить об этом, они часто начинают сердиться или мрачно шутить и говорят, что просто «снимают стресс» этими вредными привычками и по-другому расслабляться не умеют. Все они в большей или меньшей степени зависимы от своего «расслабляющего» средства (или средства) и с трудом представляют свое существование без него.

Вникнув в их истории жизни более глубоко, врач нередко обнаруживает, что такие пациенты не вполне самостоятельны в своих поступках и чрезмерно зависят от своих близких эмоционально, физически, финансово. Если всмотреться еще пристальней и послушать рассказ о детстве пациента, часто можно узнать о недостатке любви к ребенку со стороны матери, отца или обоих родителей. Порой выясняется, что такие родители и са-

мих себя любили недостаточно или вообще не научились любить кого бы то ни было.

Наивно было бы представлять вынашивание, рождение и первые годы жизни ребенка сплошной бело-розовой сказкой в кружевах и вздохах умиления. Нередко эти годы полны драматизма. Огромное значение имеет отношение родителей (особенно матери) к акту беременности. Неудавшиеся попытки прервать беременность и даже намерение сделать это оказывают калечащее воздействие не только на тело, но и на психику маленького человека. Саморазрушение матери во время беременности (наркотики, алкоголь, табак и др.) делают ребенка особенно уязвимым не только к конкретному «расслабляющему веществу», но и к саморазрушению в целом.

Очень важно, чтобы родители были психологически готовы к появлению ребенка на свет. Любовь и внимание к ребенку, принятие его таким, какой он есть, помогают маленькому человеку радоваться жизни и успешно развиваться. Если родители не готовы принять пол, внешность, характер, умственные способности ребенка или факт его существования в целом, возникают различные проблемы. Хуже всего, если родители считают: лучше было бы ему вообще не рождаться. Такое отношение к ребенку не всегда выражается прямо («Чтоб ты провалился!»). Оно может быть выражено в косвенных высказываниях типа: «Если бы ты не родился, мама была бы здорова», или «Если бы не ты, папа мог бы спокойно отдыхать», или просто в постоянном недовольстве ребенком и пренебрежении к его потребностям. Родители могут также недостаточно общаться с ребенком в силу хронической занятости, болезни или отсутствия в семье. При этом ребенок в глубине души может решить: «Я плохой, я мешаю папе и маме, мне лучше уйти». Это раннее детское решение, принимаемое на уровне эмоций, может не осознаваться в силу малолетнего возраста, но оно тем не менее влияет на всю последующую жизнь.

Вырастая, человек выбирает себе способ и темп саморазрушения: самоубийство (мгновенно), наркотики (3–5 лет), алкоголь, никотин или избыточная пища (укорачивают жизнь на десятилетия). Есть и другие способы: работа «на износ» (трудоголизм), «случайные» травмы, которые человек получает с подозрительной регулярностью, или неразборчивость в половых связях с риском заразиться СПИДом или быть убитым жестоким партнером. Саморазрушение еще больше снижает и без того невысокую самооценку, а ощущение собственной никчемности побуждает искать забвения в «расслабляющем веществе» — сурrogate любви и заботы. Круг замкнулся. Саморазрушение будет набирать обороты до тех пор, пока у человека не найдется веской причины для того, чтобы это прекратить. Такой причиной может стать встреча с любящим человеком, психотерапия или ситуация на грани жизни и смерти (например, тяжелая операция, клиническая смерть).

Случай Станислава Феликовича является иллюстрацией семейного саморазрушения с подсознательно определяемыми темпами.

Отец Станислава Феликовича был офицером и погиб во время Великой Отечественной войны. Мать осталась с четырьмя детьми на руках. Семья жила на одной из военных баз в относительной изоляции от внешнего мира. Мать была женщиной красивой и несколько неразборчивой в знакомствах. Кроме того, она выпивала. Воспитание детей, из которых Стасик был самым младшим, сводилось в основном к побоям и нотациям. По признанию Станислава Феликовича, больше воспитывала их улица. Братья и сестра держались вместе, стаякой, во всем помогая друг другу. Уличные хулиганы боялись их обижать. Вместе они были сильны.

Все четверо выросли достойными людьми, все получили высшее образование. А затем начались проблемы. Сначала старший брат, ставший сотрудником милиции, в возрасте двадцати пяти лет погиб в схватке с преступником. После его смерти у сестры Станислава Феликсовича началась тоска, которую не смягчало ни время, ни поддержка родных. Вскоре выяснилось, что сестра неизлечимо больна: у нее диагностировали раковое заболевание. Вскоре она умерла, не достигнув сорока летия. После ее смерти второй брат Станислава Феликсовича, до этого отличавшийся высоким интеллектом и уравновешенным характером, начал пить. Близким он признавался, что чувствует себя виноватым в смерти сестры, в том, что не уберег ее. Дозы алкоголя росли, а попытки семьи изменить сложившееся положение успеха не имели. Брат Станислава Феликсовича был физически крепким человеком, но за несколько лет запойного пьянства ему удалось довести себя до цирроза печени, от которого он и скончался.

Так Станислав Феликсович потерял двух братьев и сестру. После смерти второго брата его самого потянуло к алкоголю. Выпивал он и раньше, но теперь алкоголь стал его насущной потребностью. Все началось после поездки в тот город, где жил брат. Именно там Станислав Феликсович остро осознал всю горечь утраты и ее невосполнимость. Он также винил себя в черствости и невнимательном отношении к брату. Станислав Феликсович пил — и презирал себя за пьянство, за пустую похвалку перед малознакомыми людьми, за обманы и грубость, которые он позволял себе в пьяном виде. Презирал — и стремился побыстрее залить водкой это неприятное чувство. Вскоре он обнаружил, что может радовать ся жизни только приняв очередную дозу алкоголя.

ля; на трезвую голову жизнь представлялась беспросветно жрачной. Отношения с женой, и раньше весьма сложные, сделались почти невыносимы. Дети отдалились от него. Станислав Феликсович все острее ощущал свое одиночество — и пил, чтобы обрести хотя бы иллюзию любви. Реальную любовь и тревогу жены он отвергал весьма грубо. Правда, оставались еще друзья — старинные, испытанные. Но все они также не мыслили общения без выпивки, и вскоре Станислав Феликсович отчетливо осознал, что и само общение было для каждого из них не в последнюю очередь поводом припасть к бутылке.

Несмотря на отчаянное саморазрушение Станислав Феликсович продолжал занимать достаточно высокую должность. Коллеги ценили его ум и профессиональный опыт, но в конце концов авторитет его был изрядно подорван пьяными дебошами. Именно риск потерять должность и растущее презрение к себе привели его ко мне на прием. Кроме того, на приходе к врачу настаивала супруга Станислава Феликсовича.

Я работала с ними обоими. Не могу сказать, что это была легкая работа. Мы достигли хороших результатов в области внутрисемейных отношений. Станислав Феликсович начал дарить жене цветы, говорить комплименты (при желании он может быть изысканно-любезным), теперь он намного теплее относится к ней и ценит ее посвящение. Супруга Станислава Феликсовича перестала жестко его контролировать, она не страдает так, как прежде, предоставив ему самому нести ответственность за свое поведение, больше внимания стала уделять собственным потребностям. Станислав Феликсович выпивает реже, чем раньше, а в своей карьере он сделал шаг вперед. ■

Если родители недостаточно любили ребенка в детстве, если они были жестоки или сами предавались саморазрушению, означает ли это, что ребенок, вырастая, обречен на саморазрушающие действия? Разумеется нет. Ребенок может найти себе другие образцы отношений (часто ситуацию смягчает существование любящей бабушки или других родственников, берущих на себя заботу о ребенке). Он может также «оправдывать» свое существование профессиональными и финансовыми успехами (впрочем, такая позиция уязвима, так как человека при всех его успехах трудно почувствовать себя счастливым) или попытаться излечить, исправить, спасти непутевых родителей в качестве психолога или врача. Он может найти духовного отца в образе Бога и посвятить себя служению церкви. Словом, у каждого всегда есть выбор. Даже если человек погряз в саморазрушающих действиях, он может изменить свою жизнь к лучшему. Часто это бывает все же просто осуществить: человек осознает, что разрушать себя плохо и вредно, но не знает, что (и, главное, как) делать вместо этого. После изъятия «расслабляющего средства» в жизни образуется огромная пустота, которую каждый заполняет чем может.

Помощь врача заключается не столько в том, чтобы отнять у пациента его любимое зелье, сколько в том, чтобы помочь ему заполнить пустоту чем-нибудь хорошим: работой, спортом, заботой о семье, а главное — любовью и уважением к себе самому. Следует отметить, что склонность к саморазрушению может принимать разные обличья и что без психотерапии пациент нередко просто заменяет одни способы саморазрушения другим. Нередко приходится видеть «заязваших» алкоголиков со сформированной зависимостью от лекарств-транквилизаторов («не могу уснуть без таблетки») или женщин, которые борются с избыточным весом с помощью ... курения. Оценивая вред, наносимый человеком своему здоровью и самоуважению, мы

видим, что саморазрушение может идти «по нарастающей» (например, курение, алкоголь — наркотики — сицид) или «по убывающей». Пример Александра Петровича показывает, как человек боролся с привычкой разрушать себя, меняя «жесткие» способы на более «мягкие».

Когда Александр Петровичу исполнилось тридцать лет, от него внезапно ушла жена. Ушла, не объяснив причины своего поступка. Это было как гром среди ясного неба. С уходом жены из жизни Александра Петровича ушло слишком многое: радость общения и возможность заботиться о любимом человеке, надежды на рождение и воспитание детей... Сам смысл жизни ушел. Заботиться о себе самом Александр Петрович не умел и не любил. А тогда, почувствовав себя совершенно одиноким и жорально раздраженным, и тем более не собирался.

Он начал пить и быстро дошел до хронического алкоголизма. Душа болела нестерпимо, а алкоголь обеспечивал хотя бы временную анестезию. Через четыре года после ухода жены Александр Петрович временами уже «видел» чертей и «слышал» несуществующие голоса. Неизвестно, сколь долго бы он оставался в объятиях «зеленого змия», но тут случилось непредвиденное: серьезная болезнь, экстренная операция, реальная возможность расстаться с жизнью прямо на операционном столе.

Уходить из жизни так рано Александр Петрович был не готов. Он решил проститься с алкоголем. Бросил пить. И — начал переедать. Через три года он уже имел более 20 кг избыточного веса. Тут в его жизни случилось радостное событие: Александр Петрович встретил женщину, которая принесла и полюбила его несмотря на

избыточный вес и прочие жизненные проблемы. Александр Петрович воспраял духом. Мысль об ушедшей жене уже не доставляла душевной боли.

Вскоре он и его новая избранница поженились. Случилось так, что мой пациент получил в наследство дом в деревне. Оставив малооплачиваемую работу, Александр Петрович с апреля по ноябрь до полного изнеможения трудился в деревне. Зимой он сидел в своей городской квартире, часами смотрел телевизор, ел и курил одну сигарету за другой. Поводом его обращения ко мне стали серьезные нарушения сна и необъяснимые боли в разных частях тела, не снимавшиеся лекарствами (и то, и другое часто наблюдается у «заяздавших» алкоголиков). После 7-ми сеансов гипноза боли исчезли, сон восстановился. Кроме того, мы беседовали с Александром Петровичем о его жизни. После двух встреч он по собственной инициативе бросил курить. После трех — начал ограничивать себя в пище и заниматься физкультурой, чтобы сбросить вес. В конце терапии признался, что стал с большим уважением относиться к себе. Я также встретилась с супругой Александра Петровича и почувствовала ее искреннюю любовь к мужу и готовность помочь ему. Я наблюдала пациента в течение года после окончания терапии. За это время не отмечалось рецидивов пьянства, переедания и курения. ■

Конечно, Александр Петрович еще только учится заботиться о себе. Но его успехи в этом направлении бесспорны, а помощь, оказываемая ему супругой, поистине неоценима.

Разрушая себя, человек оказывается зависимым от своего способа саморазрушения. Зависимость — понятие более широкое, чем саморазрушение. Она определяется следующими критериями.

1. Человек регулярно употребляет это (вещество, способ поведения и др.).
2. Для достижения состояния комфорта требуются все большие и большие дозы этого.
3. Отсутствие этого вызывает душевный и/или физический дискомфорт. (*Привычка отличается от зависимости тем, что соответствует первому критерию, а зависимость — всем трем*).

Степень зависимости может быть различной: от непреодолимой физической тяги до легкого ощущения неловкости при лишения. Предметом зависимости в принципе может стать что угодно или кто угодно, но наиболее часто встречаются следующие варианты.

1. Алкоголь.
2. Табак.
3. Лекарства (транквилизаторы, снотворные, обезболивающие и др.).
4. Чай, кофе.
5. Наркотики.
6. Продукты, содержащие большое количество рафинированного сахара.
7. Продукты с повышенным содержанием соли.
8. Азартные игры.
9. Секс.
10. Средства массовой информации, компьютер.
11. Работа (трудоголизм).
12. Эмоциональная зависимость (в т. ч. от кумира).
13. Спорт, системы оздоровления.
14. Религия (в том числе нетрадиционные вероучения и секты).
15. Музыка.
16. Покупки, деньги.
17. Украшение тела (макияж, пирсинг).

В самом общем виде зависимости можно разделить на химические и информационные. Любая зависимость, начавшись как увлечение или привычка, может со временем превратиться в «одну, но пламенную страсть».

стать средоточием всех устремлений человека. Вред, наносимый человеку его зависимостью, не всегда очевиден, особенно на первых стадиях. Но со временем он становится все заметнее. Химические зависимости разрушают тело человека, а информационные программы искажают его поведение, лишая человека внутренней свободы. И те, и другие в результате приводят к деградации, оттенки которой определяются характером человека и видом его пристрастия.

Можно сказать, что саморазрушение — это далеко зашедшая зависимость. В начале злоупотребления предмет зависимости дает человеку ощущение радости, расслабленности, душевной легкости. Затем он становится излюбленным способом получать приятные эмоции и ощущения. Здесь начинается зависимость. Затем человек обнаруживает, что без этого трудно обходиться, и начинает прибегать к этому все чаще и во все больших количествах. Как происходит нарастание дозы?

Во-первых, в случае химических зависимостей изменяется обмен веществ, приспосабливаясь к переработке все больших количеств этого вещества.

Во-вторых, зависимость все глубже врастает в повседневную жизнь человека, заполняя со временем, определяя круг общения (в котором «не принято» быть независимым) и т. д. Уменьшение интереса к другим занятиям, ослабление других социальных контактов укрепляют зависимость.

В-третьих, человек однажды осознает, что растущая зависимость не решает его жизненных проблем, а лишь усугубляет их. Снижается самооценка. Чувство вины и презрения к себе за разрушение своего тела и души, за бесплодное времяпрепровождение вместе с нерешенными проблемами тяжким грузом ложится на плечи человека. Возникает непреодолимое желание снять с плеч этот груз. Можно пойти трудоемким путем: решать проблемы, восстанавливать отношения... Но где

взять силы для этого? А можно поступить просто и привычно: «отключиться» от окружающего любимым способом, на время обретая иллюзию свободы, покоя и любви.

Так замыкается порочный круг: злоупотребление вызывает неприятные чувства и ощущения после протрезвления (в широком смысле слова), их снимают употреблением очередной дозы, после которой проблемы накапливаются, а неприятные чувства и ощущения усиливаются, так что для отключения требуется еще большая доза, и т. д.

Со временем зависимость приобретает все большую значимость для человека. Прочие интересы постепенно угасают. Зависимость становится единственным способом получения удовольствия, насущной потребностью, а ее лишение подобно лишению жизни, глубоко опущенной за это время.

Переход привычки в зависимость не всегда осознается злоупотребляющим человеком. Здесь большую роль может сыграть семья, близкие люди: если вы видите, что ему трудно обходиться без этого и это играет в его жизни все большую роль, пора сказать ближайшему человеку о его зависимом поведении и предложить ему помочь — свою и врачебную. Если он утверждает, что справится сам, дайте ему возможность сделать это. Через непродолжительное время (например, месяц) вы увидите, справляется он или нет. Если результаты ваших наблюдений окажутся печальны, укажите ему на них и вновь предложите помочь врача-психотерапевта. Возможно, близкий вам человек услышит вас и пойдет на прием. Если же вы услышите отказ, приходите к врачу сами. Врач поможет вам:

- а) разобраться, провоцирует ли ваше поведение близкого человека на злоупотребление чем-либо и как это происходит;
- б) определить меру ответственности обеих сторон за происходящее в семье;

- в) понять, почему вы до сих пор живёте с этим человеком, хотя так сильно страдаете из-за его поведения;
- г) повысить вашу самооценку, наполнить новым смыслом вашу жизнь;
- д) определить реальные меры нашей помощи в избавлении близкого от зависимости.

Ибо вы страдаете соавиантостью.

Aлкоголизм

Среди способов саморазрушения алкоголизм в нашей стране занимает, пожалуй, первое место по распространенности. По уровню потребления алкогольных напитков в расчете на душу населения в Европе Россию опережает только Германия. Злоупотребление алкоголем имеет несколько аспектов: личностный, семейный и социальный.

Но сначала несколько слов о причинах употребления спиртных напитков. С древнейших времен алкоголь использовался человеком для изменения состояния сознания. В малых дозах алкоголь стимулирует активность (речевую, двигательную, сексуальную), в больших — угнетает ее. Алкоголь снимает на время внутриличностные запреты, налагаемые на человека обществом, семьей или им самим, растормаживает подавленные желания и страхи, выпускает наружу глубинные чувства, облегчает контакты с другими людьми, уменьшает душевную и физическую боль и напряжение, вызывает повышение настроения. Все это отражено в известной пословице: «Что у трезвого на уме, то у пьяного на языке».

Наша психика имеет слоистое строение, и алкоголь обнажает те слои, которые в трезвом состоянии порой совершенно не видны. При эпизодическом употребле-

нии малых доз алкоголя организм успешно справляется с их переработкой, но если дозы велики, а употребление носит систематический характер, картина меняется. Организм приспосабливается к переработке больших количеств алкоголя (этилового спирта) с помощью особого белка-фермента (алкогольдегидрогеназы). При быстром поступлении избытка алкоголя в организм этого фермента не хватает и развивается более или менее тяжелое алкогольное отравление. Если же алкоголизация нарастает постепенно, количество фермента в организме увеличивается, организм привыкает к регулярному поступлению этилового спирта извне, и при перебоях с алкоголем возникает влечение к нему, потребность в принятии очередной дозы.

На первой стадии алкоголизма это влечение носит психологический характер, на второй стадии — телесный (см. ниже). Количество фермента в крови исходно различается у разных людей и зависит от нескольких факторов (национальная принадлежность, возраст, пол, уровень половых гормонов и др.). Стоит заметить, что на Руси издревле были распространены слабоалкогольные напитки (пиво и хмельные меды): уязвимость русского человека к повреждающему действию алкоголя и риск развития алкоголизма в целом достаточно высоки.

Чем же алкоголизм отличается от так называемого бытового пьянства? При алкоголизме спиртное является очень важной частью жизни человека, при бытовом пьянстве степень привязанности к алкоголю значительно ниже. Для быстрого выявления алкоголизма успешно используется «Опросник алкоголизма БРВП». В нем всего четыре вопроса:

1. Пытались ли Вы когда-либо бросить пить?
2. Раадражает ли Вас, когда люди спрашивают о том, как Вы пьете?
3. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как пьете?
4. Пожмелялись ли Вы когда-нибудь по утрам?

При положительном ответе на один вопрос опросника алкоголизм вероятен и требует дальнейшего расспроса; два-три положительных ответа сильно настороживают в данном отношении, а положительные ответы на все четыре вопроса позволяют с высокой степенью достоверности диагностировать алкоголизм.

Алкоголизм является хроническим заболеванием, которое проходит в своем развитии ряд стадий.

Признаками первой стадии являются формирование выраженного влечения к алкоголю и «провалы» в памяти на фоне сильного опьянения. Влечение к алкоголю тесно связано с внутриличностными проблемами человека. У каждого пьющего существуют свои психологические причины для выпивки: один употребляет алкоголь для того, чтобы улучшить настроение после неприятных событий: другой — чтобы успокоить тревогу или снять внутреннее напряжение; третий тянеться к спиртному потому, что оно облегчает общение и дает всей компании иллюзию взаимного понимания и приязни: четвертый пьет оттого, что трудно отказать друзьям, а пятый — с целью разрядить присущую ему агрессивность в пьяной драке... Словом, психологических причин для выпивки существует достаточно много.

За всеми причинами стоит, как правило, недостаточная любовь к себе и намерение сократить себе жизнь с помощью алкоголя (не всегда ясно осознаваемое). Человек проявляет явный интерес к выпивке, оживляется в ответ на предложение «пропустить по рюмочке» активно участвует в организации застолий, заботится о том, чтобы «всем хватило» (и ему самому в первую очередь), за столом нередко торопит со следующим тостом. Постепенно ослабевает количественный контроль: после двух-трех рюмок человеку становится трудно остановиться и он выпивает больше, чем планировал. Исчезает рвотный рефлекс как защитная реакция организма на передозировку алкоголя. Постепенно увеличива-

ется переносимость алкоголя и доза, необходимая для достижения опьянения. На этой стадии формирования зависимости пьющий человек не всегда осознает, что алкоголь становится для него проблемой, он очарован приятными эффектами алкоголизации и редко обращается за медицинской помощью.

Переход ко второй стадии совершается при появления похмельного (абстинентного) синдрома и утрате не только количественного, но и социального контроля. Влечение к алкоголю нарастает и наблюдается не только на психологическом, но и на телесном уровне. Если у здоровых людей в первой стадии алкоголизма прием дозы спиртного наутро после алкоголизации лишь ухудшает и без того плохое самочувствие (тошнота, головные боли, перепады артериального давления и т. д.), то на второй стадии после принятия утренней дозы самочувствие заметно улучшается.

Еще больше увеличиваются переносимость алкоголя и опьяняющая доза, достигая своего максимума. Человеку трудно прекратить выпивку не только после нескольких рюмок (утрата количественного контроля), его не останавливают и серьезные события, при которых алкоголизация явно вредит ему (устройство на работу, экзамены, болезни — его и членов семьи). Употребление алкоголя приобретает непрерывный или прерывистый (запой) характер. В ряде случаев развиваются тяжелые душевные расстройства: алкогольные психозы (и среди них — алкогольный delirium, известный в народе как «белая горячка»), эпилептиформные припадки, алкогольные депрессии, патологическая ревность. Снижается социальный статус. Нарушаются отношения в семье (подробнее см. ниже). Пьющий человек передко испытывает сильное чувство вины за свое пьянство, за неприятности, доставляемые окружающим. Но как избавиться от вины? Человек заглушает это неприятное чувство очередной дозой спиртного, но наутро, после прозреления, чувство вины преследует его с новой силой:

к нему примешивается стыд и сожаление о вчерашней выпивке. Теперь требуется еще большая доза, чтобы попадежней прибить все эти невыносимые чувства. К тому же увеличивается физическая зависимость от спиртного. Так происходит нарастание дозы.

Можно сказать, что алкоголики захлебываются не только вином, но и виной. Эти люди — утопающие в вине. Часть из них даже на второй стадии не осознает, что пристрастие к алкоголю стало их болезнью; другая часть осознает, но панически боится отнятия алкоголя, уже не представляя своей жизни без него; третья, наиболее благополучная, прекращает алкоголизацию самостоятельно (если есть очень веские причины для этого, например тяжелая болезнь или угроза распада семьи) или обращается за помощью к врачу.

С течением времени алкоголизм достигает третьей стадии. Эта стадия характеризуется уменьшением переносимости алкоголя паряду с сильной душевной и телесной зависимостью от него. Спиртное употребляется малыми дозами несколько раз в день. Лишение алкоголя воспринимается как непереносимое. Выражены последствия отравляющего действия алкоголя на головной мозг: снижаются память и интеллект, «стираются» личностные особенности, чувства становятся грубыми, примитивными, а в душе уже не остается места для иных страсти, иных привязанностей, кроме алкоголя. На этом этапе человек, как правило, уже утратил семью, его социальные связи ограничиваются в основном общением со случайными собутыльниками, а сам он является обитателем социального дна.

Быстрота достижения той или иной стадии определяется как предрасположенностью человека к алкогольной зависимости, так и темпами и интенсивностью алкоголизации. Приведу некоторые факторы риска по данному заболеванию:

- а) наследственность, отягощенная алкоголизмом, депрессиями, суицидами;

- б) неустойчивый склад характера (см. главу «Типология характеров»);
- в) ранний возраст начала алкоголизации;
- г) наличие других проявлений саморазрушительного поведения (см. главу «Саморазрушительное поведение»);
- д) выраженное повышение настроения при опьянении, отсутствие рвотного рефлекса на перезапивку;
- е) низкий уровень полового гормона — тестостерона — у мужчин.

У женщин алкоголизм развивается быстрее, чем у мужчин (иногда — за несколько месяцев), протекает более тяжело и труднее поддается лечению. Вред, наносимый человеком самому себе с помощью алкоголя, можно проследить в следующих сферах.

1. Физическое здоровье: алкогольный гастрит, заболевания печени (в том числе цирроз печени), импотенция, травмы: уменьшение продолжительности жизни в среднем на 20 лет.
2. Душевное здоровье: алкогольная энцефалопатия (снижение памяти, интеллекта), эпилептиформные припадки, алкогольные психозы, алкогольная депрессия, патологическая алкогольная ревность.
3. Финансы: прямой ущерб (затраты на выпивку) и непрямой (снижение зарплаты, штрафы, затраты на лечение и проч.).
4. Семейное положение: конфликты в семье, разводы, невозможность создать семью; потомство, большое физически и душевно.
5. Положение в обществе: замедление или отсутствие карьерного роста; сужение круга общения и его «алкогольная» ориентация, конфликты с правоохранительными органами, снижение социального статуса вплоть до отторжения обществом.

Коварство алкоголизма заключается в том, что на первых этапах вред употребления алкоголя не столь

заметен, а когда он становится очевидным, человек уже накрепко привязан к спиртному. Вред алкоголизма не исчerpывается его вредным воздействием на пьющего человека. Алкоголизм всегда является проблемой на уровне семьи и социума. В семьях, где один из членов страдает алкогольной зависимостью, чрезвычайно распространены различные душевные расстройства (неврозы, депрессии, тревожные расстройства, психосоматические заболевания и др.). Многие семьи распадаются, не выдерживая психической травматизации, связанной с алкоголизмом. Семья становится неполной, что также может явиться психотравмирующим фактором для детей и оставшегося родителя. Существуют также дисгармоничные семьи, в которых массивная алкоголизация одного из родителей не приводит к распаду семьи (алкогольная семья).

Алкогольная семья представляет собой особую систему, стержнем которой является алкоголь. В таких семьях царят хаос, отрицание наличия алкоголизма, насилие и непредсказуемость. Алкоголизм не только серьезное заболевание личности, но и психологическая игра, в которой каждый из участников говорит одно, а подразумевает несколько иное. Супруги в общении друг с другом играют роли преследователя и жертвы, причем постоянно меняются этими ролями (феномен перевертыша). Когда муж приходит домой пьяным, он обвиняет жену во всех реальных и мнимых прегрешениях, угрожает ей, а она боится, плачет и страдает. Таким образом, муж — преследователь, жена — жертва. Наутро ситуация меняется. Жена гневно выговаривает мужу «за вчерашнее» и угрожает разводом, а протрезевший муж пристыжен и согласен на все ради сохранения семьи. Он покорно сносит нападки жены. Сейчас муж — жертва, а жена преследователь. Эмоционально супруги как бы дополняют друг друга: когда один из них мрачен, зол, задумчив или равнодушен, другой — весел, добр, беспечен или заботлив. И наоборот. Но

хорошего расположения духа сразу у обоих почти никогда не бывает.

Игра имеет множество разновидностей (одна из них связана, например, с алкогольной ревностью). Помимо главных партий, имеются и второстепенные роли: до-собника (например мать алкоголика, наливающая ему рюмку для опохмеления), «козла отпущения» (например, жена, на которой постоянно отыгрываются все домашние и которая постоянно оказывается без вины виноватой), компенсатора (та же жена, пытающаяся профессиональными успехами компенсировать пьянство мужа и разлад в отношениях), заменителя взрослого (обычно старший ребенок, выполняющий часть «взрослых» дел и утешающей мать); сироты (заброшенные склоняющимися родителями дети), оппортуниста (член семьи, открыто не желающий выздоровления алкоголика) и т. д.

Периодически предпринимаются попытки «спасения» утопающего в вине, но утопающий спасаться не желает и говорит об этом открыто или саботирует усилия спасателей. При этом на уровне сознания всем ясно, что алкоголизм — это плохо и вредно для всех членов семьи, что пора прекращать алкоголизацию. Но стоит пристальней всмотреться в ситуацию, и выясняется, что алкоголизация в какой-то мере удобна и выгодна обоим супругам. Мотивация к выживке не исчерпывается намерением пьющего сократить себе жизнь и удовольствием, которое он получает от спиртного. Алкоголь часто помогает поддерживать определенную дистанцию в отношениях (если один или оба партнера боятся душевной близости), безнаказанно выплескивать агрессию (для обоих), уходить от реальных проблем в мир пьяных грез (для пьющего) и успешно манипулировать супругом с помощью спиртного (для не пьющего). Поэтому не пьющий партнер часто провоцирует пьющего на выживку. Иллюстрирует этот факт следующий отрывок из истории жизни одной семьи.

✓ Игорь очень любил свою жену Ольгу, а она не всегда отвечала ему взаимностью. Правда, в свое время она вышла за него замуж, но и тогда Игорю казалось, что Ольга согласилась на брак скорее из жалости к его любовным страданиям, чем из-за любви. Сначала Игорь очень много работал, пытаясь обеспечить красивую жизнь своей любимой, потом, увидев, что тепла в семье от этого не прибавляется, начал выпивать. Когда Ольга видела его пьяным, в ней просыпалась жалость к мужу. Тот был рад хотя бы такому проявлению ее чувства. Вскоре ему уже трудно было обходиться без спиртного.

Однажды Игорю отказали в повышении в должности, которую он добивался, мотивируя отказ его пристрастием к алкоголю. К тому же подбросила дочь: Игорю было стыдно перед ней. Он бросил пить и не пил три года. Все это время он вновь очень много работал, добившись желанного повышения, и мало времени проводил в семье. Через три года дочь вышла замуж, а Игорю с Ольгой предстояло остаться вдвоем. На свадьбе Ольга спросила Игоря: «Неужели ты не поднимешь бокал за любимую дочь?» Игорь выпил. И все началось сначала. ■

Отношения в алкогольной семье постепенно проходят несколько стадий. На первой стадии семья пытается отрицать сам факт наличия алкоголизма у одного из членов семьи или приводят логические доводы необходимости алкоголизации («работа такая», «неприятности в жизни», «друзья виноваты» и т. д.), снимая с пьющего ответственность за выпивки. Окружающие не подозревают об этой семейной проблеме. На второй стадии факт алкоголизма и ответственность пьющего становятся очевидны для всей семьи, в отношениях появляются враждебность, горечь и презрение к пьющему,

предпринимаются попытки «укрывательства» проблемы от окружающих, компенсации за счет успехов в других областях (с течением времени такая компенсация дается все труднее). На третьей стадии типичны душевные расстройства у непьющих членов семьи (в первую очередь психосоматозы) и разводы. Тайное окончательно становится явным.

Таков семейный аспект алкоголизма. Существует еще и социальный аспект. Надо сказать, что в российском обществе исторически сложилось сравнительно мягкое отношение к алкоголизму, особенно к мужскому. Возможно, поэтому он и получил столь широкое распространение. Отношение к алкоголизму в нашей стране и сейчас преимущественно снисходительно-поощрительное, сочувствующее, отражающее готовность жалеть и спасать. Между тем алкоголизм, как и все прочие зависимости, играет в современном обществе роль одной из движущих сил естественного отбора.

Лечение алкоголизма является сложной, многоступенчатой задачей. На первом этапе осуществляется осознание пациентом факта заболевания и формируется мотивация к лечению. Без этого все дальнейшее лечение становится бессмысленным. Этот шаг пациент делает самостоятельно, до обращения к врачу, или во время первой консультации. Роль врача на этом этапе заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать, что «минусы» алкоголизма в конечном счете несомненно больше его «плюсов»; а также дать понять пациенту, что речь в его случае идет не об уменьшении дозы, а о полном отказе от спиртного (в некоторых случаях приходится проводить постепенное снижение дозы вплоть до полной отмены алкоголя).

На втором этапе осуществляется само отнятие алкоголя, прекращение алкоголизации. Существует множество способов сделать это; решение пациента подкрепляется медикаментозно (средства, вызывающие непереносимость алкоголя, уменьшающие влечение к нему, уменьшающие

душевное напряжение, тоску и гнев, часто наблюдаемые после изъятия из жизни алкоголя, способствующие нормализации сна и т. д.) и психотерапевтически (лечебное внушение в различных модификациях).

На третьем этапе производится заполнение пустоты, образующейся в жизни человека после изъятия алкоголя. Важно понять, что собирается делать пациент после того, как он бросил пить, и не допустить переключения на новые «жесткие» способы саморазрушения. Здесь очень уместно проведение аналитической терапии, позволяющей понять, что привело человека к решению разрушать себя, как участвуют в его саморазрушении члены его семьи и что делать вместо алкоголизации. Одновременно проводится аналитическая психотерапия членов семьи, страдающих созависимостью.

Четвертым этапом является поддерживающая терапия, помогающая пациенту контролировать себя, а врачу — наблюдать за изменениями в отношениях пациента с самим собой, своей семьей и обществом.

В заключение приведу рекомендации для человека, страдающего алкогольной зависимостью, и членов его семьи. Итак, если вы положительно ответили хотя бы на один вопрос Опросника алкоголизма БРВП (см. выше), если алкоголь является вашей проблемой, примите к сведению следующее.

1. Вы, и только вы, несете полную ответственность за употребление вами алкоголя.
2. Алкоголь больше вредит, чем помогает вам. Не пытайтесь обманываться на этот счет.
3. Вы, и только вы, можете прекратить злоупотребление спиртным на любой стадии алкогольной зависимости. Речь идет о полном отказе от алкоголя. Навсегда.
4. Лечение алкоголизма — трудная работа, трудная для вас и врача. Она будет успешной в том случае, если вы твердо намерены расстаться со спиртным.

5. С отказом от алкоголя ваша жизнь станет ярче, богаче и счастливее, но это совершится не мгновенно и зависит от ваших усилий.

Если ваш близкий человек страдает алкогольной зависимостью, вам стоит учесть следующее.

1. Не пытайтесь спасать пьющего насилино, лечить без его ведома и против его воли. Формируйте в нем установку на сознательный отказ от алкоголя.
2. Воодушевляйтесь от высказываний и действий, провоцирующих его на употребление алкоголя.
3. Помните, что на этапе отказа от алкоголя близкий человек нуждается в нашей эмоциональной поддержке. Выражайте ему свою любовь, заботу, внимание, но только при условии, что наш партнер трезв. Если он пьян, прекращайте общение с ним.
4. Если ваш близкий намерен продолжать алкоголизацию, вы не обязаны страдать вместе с ним. Если он отказывается от психотерапевтической помощи, обратитесь за помощью для себя.

ТРУДОГОЛИЗМ

Появляются переживания близких, когда человек пытается отыскать истину в вине, уходит от реальности с помощью наркотиков или проигрывает все деньги в казино, влезая в опасные для жизни долги. Но что плохого, казалось бы, в том, что этот человек много и успешно работает, не обращая внимания на усталость, работает на благо своей семьи и других людей? Казалось бы, такое усердие можно только приветствовать. Однако и работа в попытках создать нечто полезное может стать средством саморазрушения.

Саморазрушение с помощью работы «на износ» получило название трудоголизма (по аналогии с алкоголизмом). Удовольствие, «кайф» трудоголик получает от ощущения, что он нужен, полезен, незаменим для окружающих его людей, а также от ощущения власти, которое обеспечивают ему его профессиональные навыки, должность или заработанные деньги. Главным здесь является все же не количество денег и не мера власти, а именно ощущение нужности людям (от одного человека до всего человечества). Однако не каждый, кто много и упорно работает, является трудоголиком. Трудоголика характеризуют следующие особенности.

1. Работа наносит прямой пред его душевному или физическому здоровью. Трудоголик обычно работает с

утра до ночи. Работа — его излюбленный способ заполнения времени. Работе посвящается и часть времени, отведенного на еду и сон. Трудоголики годами не бывают в отпуске; в редкие выходные дни загружают себя чем-нибудь полезным для семьи. Если близкие почти насильно отправляют такого человека в дом отдыха, он без устали ходит на все врачебные процедуры или вылавливает всех карасей из ближайшего пруда, не в силах остановиться. Словом, отыхаться трудоголик просто не умеет. Его хобби: охота, рыбалка, возделывание садогорода — также отражают его роль добытчика, кормильца, опоры семьи.

Кажется порой, что трудоголик не ведает усталости, но это не так. Он просто не позволяет себе жаловаться на усталость. Нередко трудоголики вообще не склонны к словесному выражению чувств: они отражают чувства в поступках (например, в заботе о близких), либо переживают их на уровне тела, внутри себя. Склонность переживать неприятные чувства преимущественно на уровне тела нередко приводит к развитию заболеваний, называемых психосоматическими расстройствами, или психосоматозами (подробнее о психосоматозах см. в главе «Психосоматический характер болезней»). В сочетании с пренебрежительным отношением к собственному здоровью (игнорирование собственных потребностей вообще свойственно трудоголикам) это приводит к тому, что болезнь выявляется лишь тогда, когда она уже изрядно запущена и требует серьезного и систематического лечения. А это означает необходимость вносить корректировки в привычный образ жизни. Как минимум — принимать лекарства и избегать психотравмирующих ситуаций. Последнее, как правило, оказывается невыполнимым, ибо для трудоголика важны не его личные достоинства и особенности, а исключительно его социальная значимость. Она, и только она кажется трудоголику оправданием его существования, поэтому такие люди либо работают до последнего сво-

его дня, умирая после выполнения своих профессиональных обязанностей (многие трудоголики считают особой удачей умереть на работе), либо быстро уходят из жизни тем или иным способом, оказавшись на пенсии, либо, попав однажды в критическую для жизни ситуацию, пренебрегают переоценку ценностей, начинают заботиться о себе, о собственном здоровье — и перестают быть трудоголиками.

2. Трудоголик не умеет пользоваться результатами своего труда. Звучит несколько неожиданно, не правда ли? И возникает вопрос: а зачем же он, бедняга, трудится так тяжко, так много? Ответ: во имя других людей. Трудоголик — это «человек для людей». Этот способ саморазрушения социально одобряем и зачастую очень удобен для окружающих. Ведь трудоголики, как правило, — надежные мужья, заботливые отцы, гуманные начальники и исполнительные сотрудники (хотя не обязательно все эти качества воплощены в одном человеке). Хуже всего они относятся к самим себе, а также к беспечным людям, склонным проводить жизнь в сладкой лени. Подсознательное отношение трудоголика к самому себе можно выразить фразой: «Ты хороший, пока работаешь». Закономерное следствие из этого: «Работай не останавливаясь». Именно поэтому трудоголик подобен машине с прекрасным мотором, но без тормозов: он останавливается, только врезавшись в стену или полностью израсходовав горючее.

Собственные потребности и особенности, как было сказано выше, имеют для трудоголика мало значения. От одного своего пациента я услышала: «Мои личные потребности ограничиваются чистой рубашкой и пачкой сигарет». И это не поза. Многие трудоголики склонны к аскетизму в одежде и еде. Конечно, они многое имеют, но пользуются этим для себя несравненно мало. Даже если трудоголик говорит о своей готовности наслаждаться жизнью, ему, как правило, не хватает на это времени: работа пожирает все.

Следует отметить, что трудоголик не обязательно является бизнесменом-руководителем. Примером трудоголизма могут служить поведение врача, проводящего в клинике все выходные и праздничные дни, ежедневно сидящего по многу часов кряду, или жизнь домохозяйки, проходящая в непрерывных заботах о домашнем уюте и удобстве близких с игнорированием собственных потребностей.

3. Трудоголик, как правило, склонны к спасительству. Спаситель — человек, играющий в отношениях с другими людьми преимущественно родительские роли (отца или матери, наставника, целителя и др.) и оказывающий им избыточную или иенужную помощь. В глубине души спаситель полагает, что знает или умеет нечто лучше всех, поэтому дело окружающих — с благодарностью принимать его драгоценную помощь и поменьше выступать с собственными инициативами, и что без этой помощи люди просто пропадут, как малые дети в темном лесу. Тем самым спаситель отрицает способность окружающих людей принимать самостоятельные решения и вести себя по-взрослому.

Спаситель рассчитывает на благодарность и очень удивляется и огорчается, получая вместо нее либо беспечность и инфантилизм, когда помощь воспринимается как нечто само собой разумеющееся, либо конфликт, когда объект заботы отказывается от нее. Руководитель, выполняющий большую часть работы за подчиненных и упрекающий их в лени и безответственности; отец-труженик, содержащий великовозрастного сына и ругающий его за желание обременять себя заботами о хлебе насущном; мать, самовластно вмешивающаяся в жизнь молодой пары с намерением «научить уму-разуму» — вот классические примеры спасительства. На словах спаситель может провозглашать, что устал обо всем заботиться, что «нас много, а я один» и что надеется на повзросление и поумнение окружающих. Однако при первых попытках окружающих делать самостоя-

ятельные шаги спаситель бросается к ним с криком: «Ты не умеешь, я лучше знаю, как надо».

Почему спаситель так себя ведет? Потому что спасительство:

- а) позволяет ему чувствовать себя незаменимым;
- б) заполняет время;
- в) утомляет, помогая жить в ладу с самим собой («Ты хороший, пока ты работаешь»);
- г) позволяет безнаказанно попрекать окружающих, выражая скрытую агрессивность.

Как вести себя со спасителем? В зависимости от ситуации возможны различные варианты. Если вы сочтете, что принять его помощь проще, чем отказаться от нее, следует выразить глубокую благодарность и восхищение его мудростью и добротой. Если вы все же решили отказаться от помощи, сумейте сделать это, не оскорбив спасителя. Для спасителя слова: «Мне не нужна твоя помощь» звучат как «Ты мне не нужен». Поэтому, отказываясь, не забудьте опять-таки выразить благодарность (за желание помочь), а также готовность при необходимости обратиться за помощью именно к этому человеку. (При наличии внутреннего средства трудоголизма и спасительства не следует, однако, их отождествлять. Спасительство — более широкое понятие.)

Финалом жизненного пути трудоголика обычно является относительно ранняя (35–60 лет) внезапная смерть и пышные похороны со множеством искренне скорбящих людей. Скорбят они не только по усопшему, но и по самим себе: никто уже не позаботится о них так хорошо, как он.

В каких семьях вырастают будущие трудоголики? К трудоголизму более склонны старшие или единственные дети: старшему ребенку чаще приходится слышать: «Ты уже большой, ты должен быть примером для малышей», а единственному: «Ты у нас один, вся надежда — на тебя». Подобные высказывания развивают в

ребенке чувство ответственности (порой чрезмерное) и стимулируют предпочтение родительских ролей (см. выше). Трудоголики часто растут в семьях, где один или оба родителя проявляют склонность к саморазрушительному поведению и страдают какой-либо зависимостью. Особенно распространенный вариант: старший (единственный) ребенок, отец которого страдает алкоголизмом, а мать — эмоциональной зависимостью. В такой семье мать знает, что ее десятилетний сын (или дочь) оказывается намного более ответственным, чем его пьющий отец. Ребенок выполняет множество обязанностей: навести порядок в доме, сходить за сестренкой в детский сад, приготовить еду... Кроме того, он пытается контролировать поведение отца, спасать его от пьянства. Помимо этого ребенок, стыдясь отца и переживая за мать, стремится быть самым лучшим в учебе, спорте или труде, чтобы своей образцовостью компенсировать отцовские недостатки. Так осуществляется воспитание по типу «герой семьи». Так из мальчика или девочки вырастает трудоголик, лишивший себя права на отдых. На поверхности его проблемы (избыточный самоконтроль, неумение отдохнуть) лежат противоположными проблемам отца-алкоголика (недостаточный самоконтроль, неумение брать на себя ответственность), но суть у них общая: саморазрушение.

Мне вспоминается работа с одним очень солидным и уважаемым человеком (и при этом — яростным трудоголиком).

Иван Васильевич — старший ребенок из семьи, где трудоголиками были оба родителя. Отец его умер относительно рано. Ваня рос самостоятельным, трудолюбивым, ответственным, прогодательно заботился о матери и о младших брате и сестре. Еще в детстве он был столь солиден и уважаем всеми, что получил от ребят прозвище Директор. Так оно и приклеилось к нему.

Сейчас Иван Васильевич возглавляет крупную финансовую корпорацию, которая успешно развивается. Для сотрудников он — непререкаемый авторитет. Жена и дети Ивана Васильевича горячо любят его. Множество людей хотело бы дружить с этим достойным человеком. Есть и оборотная сторона медали. Работает Иван Васильевич с утра до ночи, спит мало. Предпочитает самую простую пищу. Редкие выходные проводит в кругу семьи. На хобби времени не остается. В мой кабинет он неизменно являлся в одной и той же старой серой футболке.

А познакомились мы в больнице, куда Иван Васильевич незадолго до того был доставлен в предынфарктном состоянии. Частые и тяжелые гипертонические кризы давали близким и врачам повод для серьезных опасений за здоровье и жизнь Ивана Васильевича. Мой пациент сразу же заявил, что у него нет времени на продолжительную терапию. У него вообще было слишком мало времени для самого себя.

Я спросила Ивана Васильевича, как он представляет себе свою дальнейшую жизнь. И выяснила, что он тяжело переживает вынужденные остановки в пути, такие, как эта госпитализация, чувствуя себя в палате-люкс беспомощным, никчёмным существом, бездельником, который, вместо того чтобы работать, проглаждается под капельницей. Что жизнь идёт для него смысл исключительно при сохранной трудоспособности. Так он вступил в сложный период: уже не может работать без передышки, как в молодости, но и лечиться толком себе не позволяет.

Выяснилось, что гипертонические кризы развиваются у Ивана Васильевича всегда при одних и тех же обстоятельствах: после деловых совещаний, где один из участников, обычно моложе

Ивана Васильевича, позволяя себе поучить моего пациента или пытаясь командовать им. В эти минуты в душе Директора возникало то же чувство беспомощности и никчёмности, которое охватывало его в больничной палате. Он чувствовал себя ребенком, неспособным справиться с жизнью. Те же чувства он испытывал, когда умер его отец. Он боялся этого чувства. На совещаниях же Иван Васильевич быстро вспоминал, что теперь он — уважаемый человек, крупный бизнесмен с безупречной репутацией, и это охватывало родительский гнев на «щенка», осмелившегося учить его жизни. А поскольку в условиях совещания Иван Васильевич не мог позволить себе выразить гнев, скажем, ударив оппонента или обругав его, он вынужден был подавлять гнев, держать его взаперти внутри себя, что немедленно приводило к «зашкаливанию» артериального давления.

Во время краткосрочной психотерапии (4 сеанса) Иван Васильевич успел сделать следующее. Во-первых, осознал причину своих гипертонических кризов и те обстоятельства, которые способствовали развитию болезни. Во-вторых, научился «выключать» гнев, переходя от родительской ярости к взрослому конструктивному обсуждению проблемы. В-третьих, он перестал бояться быть ребенком в отношениях с другими людьми и начал изредка заботиться о себе (правда, явно недостаточно). Кризы стали редкими и не такими сильными, как раньше. Остается надеяться, что этот достойный человек, у которого, несомненно, есть чему поучиться, сам окажется способен научиться любви к себе. ■

Что же делать человеку, ясно осознавшему, что он — самый настоящий трудоголик? Полюбить себя. Легко

сказать — полюбить! «А как это делается?» — часто спрашивают у меня мои пациенты. Излагаю основные пожелания выздоравливающему трудоголику.

- 1. Осознайте, что работа — еще не вся жизнь.** Мы работаем для того, чтобы жить, а не живем для того, чтобы работать. Вспомните о том, что есть у вас в жизни помимо работы (семья, друзья, увлечения и многое другое).
- 2. Осознайте, что вы — не просто хороший работник, не просто важная деталь производственного механизма.** Вы — чей-то сын, отец, друг, муж, возлюбленный. Вы — неповторимая личность. Ваша внешность, интеллект, характер — неповторимы и ценные. Осознайте это. Деталь можно заменить, но кто в силах воссоздать тот уникальный мир, который вынесете в себе?
- 3. Примите решение жить.** Вы — сильный человек, но не железный. Не укорачивайте себе жизнь хроническим переутомлением и пренебрежительным отношением к собственному здоровью.
- 4. Начинайте заботиться о себе.** Вы достойны заботы не только потому, что являетесь полезным членом общества и опорой семьи, но и просто потому, что вы — человек, а каждый человек нуждается в любви и заботе. Забота о собственном здоровье, покупка красивой одежды, общение с приятными людьми, чтение любимых книг, путешествие — все это может стать поистине целебным для вас. Вы отлично умеете заботиться об окружающих. Помогая им, каждый раз спрашивайте мысленно: «А что бы я сейчас мог сделать для себя?» — и выполняйте свои пожелания.
- 5. Принимайте помощь других людей спокойно и с благодарностью.** (Разумеется, речь идет о той помощи, которую вы хотели бы получить.) Не стесняйтесь просить о том, что вам необходимо.

- 6. Вспомните свое заветное детское желание и попытайтесь осуществить его.**
- 7. Наслаждайтесь жизнью! Таким образом вы учите своих детей быть счастливыми.**

ПИЩЕВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Разрушение себя с помощью систематического переедания широко распространено в нашем обществе, особенно среди женщин. Доказано, что химические превращения, происходящие с углеводами пищи в человеческом организме, во многом сходны с таковыми при распаде алкоголя. Богатая сахарами пища на короткое время вызывает повышение настроения и опущение прилива свежих сил. При саморазрушении пища становится суррогатом любви и поддержки, которых человеку недостает в его жизни. злоупотребление пищей также зачастую связано с дефицитом родительской любви, пристрастие к еде уходит своими корнями в детство и всегда носит индивидуальную окраску. Для одного ребенка переедание может стать приятным развлечением в холодном доме игнорирующих его родителей, другой старается есть как можно больше, чтобы поскорее стать большим и сильным и победить родителей, в третий привык, что забота матери о нем выражается в обильном кормлении, а переедание приближает его к идеалу «хорошего ребенка».

Переедание вызывает разнообразные изменения в организме: растяжение стенок желудка, изменение выработки пищеварительных ферментов (веществ, расщепляющих пищу на более простые и легкоусваиваемые

составляющие), изменение деятельности печени и поджелудочной железы. Формируется патологический аппетит (сродни патологическому влечению к алкоголю), имеющий мало общего с реальной потребностью организма в питательных веществах. Переедание может привести к реализации наследственной предрасположенности к ожирению и сахарному диабету. Ожирение, в свою очередь, чревато повышением артериального давления, нарушениями в опорно-двигательной системе (остеохондроз позвоночника), органов пищеварения (холецистит, желчнокаменная болезнь), дыхания и т. д. Известно, что тучные люди живут в среднем на 15–20 лет меньше, чем худощавые. Этот факт можно, конечно, игнорировать, но от этого он не перестанет быть реальностью.

Часто приходится сталкиваться с тем, что человек, злоупотребляющий пищей, «не замечает» своего непомерно разросшегося аппетита и невинно удивляется: «Я же ем всего по кусочку, совсем немного». Наблюдения, однако, свидетельствуют об ином: либо процесс поглощения «кусочков» насыт почти непрерывный характер; либо, прибегая к самоограничению в пище в течение некоторого времени, человек вскоре вновь «вознаграждает» себя за примерное поведение перееданием либо просто «сырвается» в него. (Такие варианты переедания подобны непрерывной алкоголизации и запоям при пристрастии к спиртному.) Чтобы обрести чувство реальности, достаточно встать на весы: если ваш вес превышает идеальный на 10 и более килограммов, стоит задуматься о причинах этого явления. (Идеальный вес рассчитывается по формулам, одна из них: рост (см) – 110 = вес (кг)).

Разумеется, вес человека зависит не только от количества потребляемой пищи. Среди факторов, определяющих развитие тучности — и соответствующая наследственность (наличие тучных людей в роду), и болезни тела (например, заболевания эндокринной системы, на-

рушения в обмене веществ), и употребление некоторых лекарств. Поэтому в лечении ожирения важно участие врачей разных специальностей: эндокринолога, гинеколога, терапевта и др. И, конечно, психотерапевта: во-первых, потому, что во многих случаях имеется болезненное пристрастие к еде, нередко обусловленное психологическими причинами; во-вторых, потому, что наличие избыточного веса часто усугубляет снижение самооценки, нарушает общение с людьми.

Среди пациентов, приходящих на прием по поводу пристрастия к пище, заметно преобладают женщины. С чем это связано? Алкоголь как средство расслабления менее приемлем для женщин в силу влияния общественного мнения, более жестко относящегося к женскому пьянству, нежели к мужскому. Кроме того, традиционная роль женщин — хранительницы домашнего очага связана с приготовлением пищи, что обеспечивает более тесный контакт с продуктами питания, их большую доступность и привлекательность. Пациенты и пациентки, злоупотребляющие пищей, относятся обычно к одной из двух групп. Первая группа — ранимые, печальные, боязливые люди со сниженной самооценкой, глубоко страдающие из-за своей полноты, стыдящиеся ее. Вторая группа — властные, уверенные в себе личности, стремящиеся доминировать над окружающими, в том числе с помощью собственного веса. Если первые приходят на прием чаще по психологическим мотивам (депрессия, трудности в общении), то вторых побуждают обратиться за помощью чаще проблемы со здоровьем тела (одышка, высокое артериальное давление).

В работе с пациентами важно учитывать не только степень пристрастия к еде и причины возникновения этого пристрастия, но и то, насколько человек готов к изменению собственной жизни. В одних случаях требуется глубокая проработка внутриличностных проблем с воспитанием подлинной любви к самому себе, в других — разрешение актуального жизненного кон-

фликта, появившего за собой переедание, в третьих — подавление патологического влечения к пище с помощью лечебного внушения. Многие пациенты в начале терапии так говорят об отношении к себе: «Как же можно любить себя такую — толстую, безобразную? Вот похудею — тогда и начну себя любить». При таком подходе мотивация к изменению режима питания часто оказывается никакой: стоит ли трудиться над собой, такой «безобразной»? И здесь терапия должна начинаться с изменения отношения к себе, к своему телу: «Я люблю себя, мне нравится мое тело уже сейчас, я хочу, чтобы оно стало еще более привлекательным и здоровым, и поэтому я похудею».

Временность успеха всех диет, анорексигенных (снижающих аппетит) препаратов и хирургических вмешательств при ожирении далеко не в последнюю очередь связана с нерешенными психологическими проблемами личности. Похудение должно начинаться не с диеты и тем более не с хирургического вмешательства, а с изменения отношения человека к самому себе. Психотерапия — это не временная мера. Это начало нового образа жизни, новой самооценки, нового стиля общения. Разумеется, диета необходима — тогда, когда человек готов ее принять как новый способ питания, именно потому, что это новый способ питания, а не кратковременное самосоздание (морить себя голодом — тоже саморазрушение); она не должна быть слишком жестокой, «драконовской». Воспитание чувства меры — в еде и в жизни — также относится к задачам психотерапии..

И в заключение приведу случай работы с перееданием, иллюстрирующий возможности лечебного внушения при данном состоянии.

Нина Владимировна попала ко мне на прием по поводу нарушения сна. Ее сын употреблял наркотики, а дочь страдала пристрастием к еде.

Сама Нина Владимировна имела более 90 кг лишнего веса.

Когда сон был восстановлен, Нина Владимировна призналась, что её очень тревожит чрезмерная полнота: при подъёме по лестнице возникала одышка, до опасных цифр повышалось артериальное давление. Нина Владимировна боялась умереть. Кроме того, ей не нравилось, как она стала выглядеть. Нина Владимировна отрицала повышение аппетита, уверяя, что есть «как все», но вскоре выяснилось, что процесс поглощения пищи занимает большую часть ее свободного времени.

Я заговорила с Ниной Владимировной о ее внутрисемейных проблемах, но быстро выяснила, что она не расположена разрешать их. Ее волновал только избыточный вес. Тогда я звела ее в гипнотический пракс и начала процедуру лечебного внушения. Внушалось стойкое безразличие к пище, уменьшение аппетита до физиологических потребностей организма, неприятие болезней, связанных с перееданием, любовь к своему телу, любовь к жизни. После возвращения в состояние бодрствования я закрепила внушение, сочетав его с воздействием на биологически активные точки. После этого мы обсудили особенности диеты, физических нагрузок и контроля за своим душевным и физическим состоянием. И на время расстались.

Через год в мой кабинет вошла стройная женщина средних лет. Черты ее лица показались мне смутно знакомыми. Только после того как она назвала себя, я поняла, кто стоит передо мной. В самом деле, узнать Нину Владимировну с первого взгляда было непросто. Она похудела на 25 кг! Выяснилось, что похудеть ей удалось достаточно легко: «Просто еда перестала интересовать, начала заниматься другими делами». Мы обе были довольны. ■

Беседуя с пациентом, злоупотребляющим пищей, важно выяснить, не использует ли он и другие способы саморазрушения. Особенно часто переедание сочетается с эмоциональной зависимостью. Следует помнить, что при переедании пища является для человека основным способом получения удовольствия. В процессе терапии важно не просто блокировать переедание (так как при этом блокируется и получение удовольствия, человек нередко начинает чувствовать себя злым, печальным или усталым), но и переключить пациента на другие источники удовольствия, не приносящие одновременно вреда его душе и телу. Такими источниками могут стать любовь к близким людям, здоровый секс, спорт, работа, приносящая моральное удовлетворение и дележное вознаграждение, общение с природой, домашними животными, творчество в самом широком смысле этого слова. Для каждого человека близко и дорого что-то свое, особенное, и чем богаче и разностороннее личность пациента, тем лучше прогноз лечения его расстройства.

Э

МОЦИОНАЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Лидия приехала на прием из другого города и не называла даже своей фамилии, настаивая на анонимности. С первого взгляда было видно, что эту красивую женщину лет сорока пяти снедает какое-то страдание. Страдание горело в ее взгляде неугасимым огнем, оно иссушило ее тело, сквозило в резких движениях и в манере обвинять всех врачей, у которых она раньше лечилась. «Я скоро умру, — сказала Лидия, — и меня никто не понимает, даже собственные дети. Все советуют мне развестись, но я не могу этого сделать».

При расспросах я узнала, что за последний год Лидия похудела на пятнадцать килограммов, перенесла инфаркт, что ее мучают приступы удушья, часто ей трудно проглатывать пищу, асон нарушен настолько, что нередко она не может глаз сомкнуть в течение всей ночи. Страдание этой женщины причиняло ее отношения с мужем. Виктор постоянно изменял Лидии, оскорблял ее, проявлял слишком мало интереса к воспитанию детей и жил за счет жены, тратя свою небольшую зарплату на собственные развлечения. Его привычное чтение составляли порнограф-

фические журналы, ее — Евангелие и поучения святых отцов.

Однажды, вернувшись из поездки в дальний монастырь (она часто совершала такие паломничества), Лидия обнаружила в собственной постели безобразную продавщицу из соседнего магазина. Но и после этого продолжала жить с мужем, не в силах оторваться от него. Каждая измена наносила глубокую рану самолюбию несчастной женщины, но в то же время еще сильнее привлекала ее к Виктору. Лидия звилась, когда родственники и врачи предлагали ей расстаться с мужем: она настолько срослась с ним, что расставание казалось подобно самоубийству. Чем же была обусловлена такая удивительная привязанность?

Лидия была единственной девочкой в много-детной семье. Отец страдал алкоголизмом и не слишком утруждал себя заботами о близких. Мать сама поднимала детей и заботилась о муже. С малых лет Лидия слышала: «Мужчина всегда прав», «Хоть какой, да мой». Впоследствии личная жизнь у всех братьев Лидии складывалась непросто. Сама Лида, окончив школу с высокими оценками, без труда поступила в институт. Там после первого курса она познакомилась со своим будущим мужем. Она была отличницей, активисткой, спортсменкой, имела много друзей. Витя не пользовался уважением со-курсантов и нередко бывал на грани отчисления за неуспеваемость. Зато он был красив и обаятелен. И с фанатичным упорством добивался внимания гордой Лидии. К тому же он так нуждался в ее помощи! Все началось с совместной подготовки к занятиям. Вскоре Лида уже писала рефераты для своего друга и отмечала его при-

существие на лекциях. Чем больше сил и времени тратила она на помощь Виктору, тем более близким он ей казался. В какой-то степени он уже был ее творением, ее взрослым ребенком, и расстаться с ним было бы жаль.

Вскоре они поженились. С первых месяцев семейной жизни молодой муж повел себя грубо и эгоистично. Всю силу своего обаяния он направлял на то, чтобы очаровывать других женщин, уделяя Лидии слишком мало внимания. Она в это время зарабатывала деньги, вела домашнее хозяйство, занималась общественной работой, дававшей шанс на получение квартиры, и воспитывала двух дочерей. Подруги Лидии искренне считали, что ее муж — прекрасный человек и неотразимый мужчина, настоящий подарок судьбы. Лидия видела в подругах возможных соперниц, готовых разрушить семью, и перестала с ними общаться; так она осталась без подруг.

Поскольку она была красива и энергична, коллеги-мужчины (Лидия выбрала мужскую профессию и работала в мужском коллективе) часто делали ей комплименты. Некоторые, как выяснилось позже, были влюблены в Лидию. Но она воспринимала комплименты как насмешку над своей внешностью (муж к тому времени уже успел убедить Лидию в том, что она некрасива), а признания в любви — как оскорбление ее чести («Я порядочная женщина!» — отвечала она в таких случаях). Удивленные такой реакцией коллеги отступили, пожмав плечами. Лидия почувствовала себя одинокой. У братьев хватало своих забот, а мать при редких встречах призывала Лидию к терпению и покорности. И счастью, подрастали дочери: они стали для Лидии лучшими подругами.

Поскольку Лидия не могла рассчитывать на помощь мужа, она сама строила материальное благополучие семьи. И чем успешнее это у нее получалось, тем хуже относился к ней муж, работавший на малооплачиваемой работе. Он самоутверждался в своих связях с другими женщинами. С ними Виктор чувствовал себя мужчиной — сильным, красивым, желанным. Женщины шли непрерывной чередой, их было много, и все они давали Виктору ощущение мужского всемогущества. Правда, с течением времени его случайные подруги становились все менее привлекательны. Ну и что с того? Меньшая привлекательность компенсировалась большей доступностью. Главное, что для каждой из этих женщин муж Лидии был королем.

Возвращаясь домой, Лидия находила там многочисленные следы чужого присутствия. Со временем она стала болезненно подозрительна; ревность мучила ее все больше. Виктор сумел внуширить жене, что доказательства женских посещений ей только «кажутся», что ревность ее необоснована, а сама она психически больна и страдает галлюцинациями. И Лидия согласилась с ним. Ей легче было счесть себя душевнобольной, нежели признать тот факт, что муж ей изменяет. Но поймав в своей квартире продащицу из соседнего магазина, Лидия ясно осознава, что это никакая не галлюцинация, а горькая реальность, и бессильная ярость всколыхнулась в ее душе с новой силой.

Шли годы. Утомленная непосильной работой и душевными терзаниями, Лидия стала выглядеть старше своих лет. Возникли проблемы со здоровьем, основанные на многолетней тревоге, обиде и печали: повышенное артериальное давле-

ние, спазмы пищевода, гастриты. Теперь она казалась себе не только «дурой», «уродиной» и «ненормальной», но и «развалиной». «Кому ты такая нужна? — патетически вопрошал муж. — Только мне с тобой и мучиться». Он не скрывал, что спокойно принял бы смерть Лидии. После инфаркта Лидия начала ощущать близость смерти, ее холодное дыхание. А самой тих хотелось жить! Она пробовала лечиться, но все попытки лечения оканчивались конфликтами с врачами. И была четвертым по счету ее врачом.

Трудности возникли с самой первой встречи: пациентка не могла объяснить, чего она ожидает от терапии, какова ее цель. Ранее врачи предлагали Лидии либо расстаться с мужем (что вызывало в ней бурное возмущение докторами, пытавшимися «отнять» мужа), либо призывали «не обращать внимания» на его поведение (но игнорирование чувства, возникавших при этом, приводило к ухудшению физического здоровья и обостряло страх смерти).

Стало ясно, что надо искать новый выход из ситуации. Наконец мы определили, что Лидия хочет укрепить чувства собственного достоинства и любви к себе, а также преодолеть эмоциональную зависимость от мужа, не разрушая брак. Постепенно, шаг за шагом, мы вместе поднимали из руин самооценку этой красивой и умной женщины. Лидия училась ставить преграду словам мужа, пытавшегося ее унизить. Со временем она осознала, что часто относилась к Виктору как к беспомощному младенцу, неспособному самостоятельно организовать свою жизнь, взваливала на свои плечи его дела, полагая, что справится с ними лучше, чем муж, в свою очередь унижая его этим. Ей пришлось вспоминать, что в

жизни существует множество радостей: общение с детьми, концерты, любимые книги, красивые платья и многое, многое другое.

Она стала лучше выглядеть, лучше чувствовать себя: исчезло ощущение комка в горле, приступы удушья, восстановились сон и аппетит, улучшилось настроение. Лидия научилась с благодарностью принимать комплименты. Осознавала, что имеет право на развод, если муж будет вести себя по-прежнему. И когда страх перед возможным расставанием уменьшился. Лидия с удивлением обнаружила, что муж теперь боится развода больше, чем она сама. Она начала просить Виктора о помощи в домашних делах, говоря, что верит в его способности, и с удовольствием отмечала, что супруг помогает ей, обнаруживая при этом неплохие хозяйствственные навыки.

Мы расстались мирно, высказав благодарность друг другу. Конечно, терапия не завершена. Лидии еще предстоит научиться быть любимой. Но большие перемены в ее жизни, в ее настроении и самочувствии убеждают меня в том, что Лидия сможет этому научиться. ■

Что следует понимать под эмоциональной зависимостью? Мы всегда в определенной мере зависим от тех, кого любим, полная эмоциональная независимость означает полное отсутствие привязанностей, глубоких чувств, что само по себе является серьезной проблемой. Но где та грань, перейдя которую, мы превращаем любовь в зависимость? Мы говорим об эмоциональной зависимости, когда в отношениях пациента с другим человеком присутствуют следующие три фактора.

1. Неравноправие (пациент отдает гораздо больше, чем получает).
2. Вред, наносимый душевному и/или физическому здоровью пациента.

3. Невозможность самостоятельно прекратить отношения.

Неравноправие в отношениях проявляется в том, что человек всей душой стремится быть близким тому или той, кого он любит, делает титанические усилия во имя этого, жертвует своим временем, отношениями с другими людьми, социальным престижем, имуществом и прочим, а взамен получает очень мало душевного тепла или не получает совсем.

Вред, наносимый при этом пациентом своему здоровью, имеет множество проявлений: от пренебрежения к физическим ограничениям и недугам («сэкономить» на лекарствах, чтобы купить подарок любимому, или не спать ночами в надежде на встречу) до развернутых психических расстройств, психосоматических заболеваний и суицидальных попыток.

Невозможность самостоятельно прекратить отношения означает, что даже при отчетливом понимании неравноправия и вреда, наносимого своему здоровью, человек продолжает поддерживать эти отношения в их неизменном виде, надеясь, что когда-нибудь любимая (или любимый) поймет и оценит его.

Эмоциональная зависимость может возникать между людьми любого пола и возраста и не всегда предполагает физическую близость. Она имеет много общего с другими видами зависимого поведения, в частности, с алкоголизмом. На первых ее этапах человек испытывает сильное чувство радости в присутствии объекта своей любви. Эта радость не умаляется тем обстоятельством, что любимый человек ведет себя холодно или уклончиво, и подобна ощущению приятной опьяненности.

Затем потребность в присутствии любимого, в аналак его внимания становится все более насущной. Это схоже с нарастанием дозы при приеме спиртных напитков. Внутренняя жизнь поляризуется, делится на «черные» и «белые» полосы. В присутствии объекта любви

человек испытывает счастье, в его отсутствие — печаль, скучу, тревогу; его мучают различные подозрения, нередко они трансформируются в ревность. Такая поляризация сродни формированию абстинентного (похмельного) синдрома при алкоголизме.

Человек стремится контролировать жизнь любимого, нередко ведет себя при этом навязчиво, придирчиво или даже жестоко. На этом этапе от объекта любви, утомленного столь пристальным вниманием к своей особе, часто поступает предложение расстаться. Но страдающего зависимости эти слова приводят в отчаяние. Чтобы сохранить отношения, он старается еще больше заботиться и контролировать, становится еще более навязчивым и придирчивым — и еще решительнее отвергается. Круг замкнулся.

Страдающий зависимостью беспомощно клянчит немного ласки, как алкоголик — деньги на выпивку. На этом этапе душевная жизнь человека уже значительно обеднена, так как все, что наполняло ее смыслом (работа, общение с друзьями и родными, творчество, увлечения) с формированием зависимости кажется намного менее важным и интересным, чем «одна, но пламенная страсть». Человек чувствует, что его любовь отвергнута, а многое из того, что делало его значительным в глазах других людей, потеряно. Депрессия углубляется, ощущение собственной ненужности нередко приводит к нежеланию жить с отказом от еды, «случайными» травмами или прямыми суицидальными попытками. Длительность этого периода может быть различной: от минут горького прозрения («Вот к чему я пришел»), пронизанных острой душевной болью, — до месяцев и даже лет тоскливого прозябания с сужением круга интересов (так называемая невротическая деградация сродни деградации алкогольной). Заканчивается этот период осознанием того, что любовь не будет разделена. После этого человек (порой не вполне

осознанно) принимает кардинальное решение: жить или умереть. Затем он либо находит способ уйти из жизни, либо начинает освобождаться от зависимости. Следует подчеркнуть, что освобождение может начаться и раньше, когда зависимость еще не успела привести к трагичным для психической, телесной и социальной сторон жизни последствиям.

Начало выздоровления тесно связано со степенью любви к себе: человек, любящий и уважающий самого себя, обычно не позволяет себе погрузиться в зависимость слишком глубоко. Выздоровление часто начинается с заботы о физическом здоровье; постепенно возвращаются прежние интересы, исчезает замкнутость, развеивается тоска. Совершается акт прощания, отделения от объекта зависимости. В самых благоприятных случаях выздоровление заканчивается тем, что страдавший от любви находят человека, способного полюбить его. Перенесенная эмоциональная зависимость часто создает стойкий психологический иммунитет к страданиям подобного рода. Иногда выздоровление проходит фазу мести: человек, пострадавший от любви, вступает в близкие неравноправные отношения с другими людьми, где он сам является объектом зависимости, и неосознанно или осознанно пытается отомстить «всем женщинам» или «всем мужчинам», причиняя душевную боль новому партнеру.

Склонность к формированию эмоциональной зависимости, как правило, имеет свои причины в условиях воспитания и образе жизни родительской семьи, причины эти весьма разнообразны и требуют профессионального анализа. Зачастую во время терапии обнаруживается, что один или оба родителя пациента страдали какой-либо зависимостью (чаще всего это алкогольная зависимость у отца и эмоциональная зависимость у матери), а неравноправные отношения в семье были главным образцом повседневной жизни для их детей.

И, вырастая, будущие пациенты бессознательно выбирали себе партнеров, склонных к построению неравноправных отношений, склонных давать меньше тепла и заботы, чем получают сами, ибо в ситуациях общения с заботливыми и любящими людьми пациенты испытывают тревогу, ощущение, что они недостойны любви, или психический дискомфорт, трактуемый ими как скучка («он такой правильный, что просто скучен»), либо как боязнь насилия и стремление сохранять дистанцию в общении («зачем он все время лезет в мою жизнь?»).

Чем же может помочь самому себе человек, страдающий эмоциональной зависимостью? Вот основные рекомендации, уместные в подобных случаях.

- 1. Осознайте вред, который Вы наносите своему здоровью (душевисму и физическому).** Хочу подчеркнуть: вред наносит Вам не Ваш партнер, а Вы сами — тем, что позволяете так к себе относиться.
- 2. Осознайте собственную ценность.** Поскольку Ваш партнер Вам очень дорог, попробуйте перестроить отношения таким образом, чтобы получать больше внимания и любви. Для этого Вам потребуется прежде всего осознать собственную ценность и научиться принимать знаки внимания. Вы можете также просить о них партнера (поведением, словами). Просить не умственно, а с чувством собственного достоинства. Знаки внимания принимайте с удовольствием: пусть они укрепляют ваше хорошее отношение к себе. При отказах не огорчайтесь: отказ — не повод для снижения самооценки. Вспомните, что в свое время Ваш партнер тоже выбрал именно Вас. Спросите его, какие Ваши достоинства оказались для него особенно важными. Не стесняйтесь просить его о той помощи, которую хотели бы получить от него и которую он готов Вам оказывать; принимайте эту помощь как проявление его заботы о Вас. Не

забывайте благодарить. Закрепляйте достигнутое равенство в отношениях.

3. Если Ваш партнер оказался не готов к равноправным отношениям, если он остается жестоким или равнодушным по отношению к Вам несмотря на все Ваши усилия, подумайте: не пора ли Вам с ним расстаться? Часто на этом этапе возникает по-детски пронзительный страх одиночества, передко подкрепляемый словами партнера: «Ну кому ты нужна (нужен)?» Осознание собственной ценности поможет Вам преодолеть этот страх. Человек способен вступать в отношения, основанные на душевной близости, в любом возрасте. Подумайте о том, не тормозят ли страхи с объектом Вашей страсти развитие отношений с другими людьми (часто это бывает именно так).
4. Укрепляйте и расширяйте отношения с другими людьми — дружеские, родственные, деловые. Они имеют свою ценность. Не исключено, что один или несколько из этих людей станут для Вас впоследствии по-настоящему близкими и дорогими.
5. Стремитесь к самостоятельности. Часто существование эмоциональной зависимости поддерживают разнообразные внутренние и внешние факторы. К внутренним относятся, например, трудности в принятии решений или страх, возникающий в ситуациях общения; к внешним — финансовая (отсутствие или недостаточность собственного заработка) или бытовая (совместное проживание в квартире, которую невозможно разменять) зависимость. Чем более Вы самостоятельны и успешны в разных сферах жизни, тем легче Вам удастся освободиться от эмоциональной зависимости.
6. Выражайте благодарность. Учитесь прощать. Настанет день, когда Вы почувствуете, что все Ваши

обиды растворились, что Вы вспоминаете прошлое без душевной боли, с благодарностью за то хорошее, что было в этом прошлом, что Вы стали сильнее и счастливее, чем раньше. Это означает, что Вы выздоровели.

ТРЕВОГА И СТРАХ

Наверное, нет на Земле человека, который хотя бы однажды не пережил состояние тревоги. Тревога — это смутное беспокойство за будущее, ожидание каких-то неопределенных грядущих неприятностей (в отличие от страха, имеющего четко определенный объект). Выраженность тревоги может быть различной: от легкого волнения до мучительных приступов паники. При тревоге человек как бы ожидает встречи с опасностью, держится настороженно, напряженно. Чувство тревоги включает физиологические реакции активации в организме. Можно сказать, что тревога состоит из двух компонентов — душевного и телесного.

Душевный компонент проявляется волнением, различного рода опасениями (они часто нестойки и быстро сменяют друг друга), неустойчивостью настроения, при сильной тревоге — чувством отрещенности от окружающего и ощущением измененности собственного тела.

Телесный компонент выражается в учащении сердцебиения, чувстве нехватки воздуха (субъективном, так как настоящего удушья при тревоге нет), ознобе или потливости, длительном напряжении мышц. При тревоге ярко нарушается сон (трудно уснуть, ночной сон поверхностный, чуткий, прерывистый) и аппетит (отсутствие или повышение влечения к пище).

Выраженная и долгая тревога вызывает впоследствии чувство усталости, что неудивительно, так как на поддержание «настороженного» состояния человек тратит много душевных и физических сил. Существует множество разновидностей тревоги, и в каждом случае имеются свои причины ее развития, свои особенности клинической картины, свое лечение и свой прогноз.

Когда мы говорим о высокой личностной тревожности, это означает, что склонность к тревоге, к опасениям и минительности является неотъемлемой чертой характера человека, а задача врача — наилучшим образом адаптировать пациента с таким характером к условиям его жизни.

При реактивной тревоге нарушение душевного и физического состояния развивается в ответ на психотравму и тревога имеет высокую степень обоснованности.

При посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) человек заболевает, пережив события, выходящие за рамки обычного человеческого опыта. Такими событиями могут стать участие в военных действиях (каждый четвертый солдат и офицер, побывавший в «горячих точках», страдает ПТСР), перенесенное насилие, террористические акты, стихийные бедствия. При ПТСР есть непосредственная угроза для жизни и благополучия самого человека и его близких. Пациент вновь и вновь во сне и наяву возвращается к травмирующей ситуации, имеет страхи, связанные с ней, зачастую теряет ощущение ценности собственной жизни и начинает тем или иным способом разрушать себя или проявляет агрессивность к своему окружению. Лечение затрудняется тем обстоятельством, что многие пациенты склонны отрицать имеющиеся проблемы и имеют низкую мотивацию к лечению.

При генерализованном тревожном расстройстве тревога порой кажется труднообъяснимой, она достаточно высока и держится на протяжении всего дня, в течение

6-ти месяцев и более. При этом отмечаются неспособность полностью расслабиться, чувство усталости, нарушения сна и аппетита.

При паническом расстройстве тревога ясно имеет характер приступов, при этом она очень сильна, имеет яркое телесное «сопровождение» и сочетается со страхом сойти с ума, утратить контроль над своими действиями или умереть. Такие приступы называются паническими атаками. Вне приступа человек обычно чувствует себя относительно спокойно. Иногда в межприступный период отмечается умеренная тревога, объясняемая боязнью повторения приступа.

Существуют и другие виды тревожных расстройств.

Тревога часто сочетается с депрессией. Обычно она предшествует депрессии, но может быть и наоборот. Тревога, так же как нарушения сна и раздражительность, может быть первым симптомом различных заболеваний, причем не только душевных, но и телесных (болезни эндокринной, первой, сердечно-сосудистой системы, гинекологические заболевания и др.). При этом она является эмоциональным сигналом внутреннего разлада. (Вот почему в ряде случаев стоит сделать кардиограмму, ультразвуковое исследование щитовидной железы и проконсультироваться у специалистов соответствующего профиля).

Причины тревоги не всегда бывают очевидными. Но они всегда существуют. Вот почему после исключения серьезных телесных недугов главная роль в лечении тревожных расстройств принадлежит психотерапевту (или психиатру). Одной из задач психотерапии является выявление внутренних причин тревоги. Кстати, наличие заболеваний тела вовсе не исключает первичности психологических факторов в развитии заболевания.

Ниже приведен клинический случай, иллюстрирующий этапы терапии панического расстройства.

☒ Роксана пришла на прием по совету своей подруги. Роксана — красивая молодая женщина, мать двух детей, замужняя, обеспеченная, умная. Казалось бы, какие проблемы могут быть у такого человека? Между тем вид ее вызывал о помощи: сжатые губы, тревожный взгляд, скованные движения. Она тяжело опустилась на стул. «Понимаете, я боюсь, а чего боюсь, не знаю... Это накаляет без всякой причины: трудно дышать, сердце, кажется, вот-вот разорвется, дрожит все внутри, такое ощущение, что умираю. Я уже где только не исследовалась! Никаких особых болезней врачи не находят — ни в сердце, ни в легких, нигде, а мне все хуже и хуже. Я так устала! Пробовала пить успокоительные — сначала становится легче, а потом все возвращается. Настроение ужасное, заниматься ничем не хочу».

Роксана не могла указать причину развития приступов: вроде бы все начиналось на фоне полного благополучия. Тревога и страх смерти во время приступа были между тем столь сильны, что молодая женщина места себе не находила. На первых этапах терапии мы выяснили, что даже при самой сильной тревоге Роксана не умирает от приступа, что приступ всегда заканчивается через два-три часа, и тогда Роксана чувствует себя усталой, печальной, но не умирающей. Я рассказала ей об особенностях панического расстройства, о том, что при правильном лечении прогноз заболевания благоприятен. Молодой женщины, по ее словам, стало легче.

Затем я обратилась к истории ее жизни и узнала, что когда Роксане было десять лет, ее матери угрожала смерть от тяжелого онкологического заболевания. Девочка очень боялась этого. По ночам, укрывшись с головой одеялом, она

долго лежала с раскрытыми глазами, не в силах уснуть, а днем, не выдерживая, кричала изо всех сил: «Мама, мама!» Когда обеспокоенная мать спрашивала, в чем дело, Роксаны отвечала: «Все в порядке». Она не хотела пугать и огорчать мать, дабы не ускорить ее умирание. Спустя несколько месяцев мать удачно прооперировали, и через двадцать пять лет, к моменту нашей с Роксаной встречи, ее мама была в добром здравии. Но страх остался, только теперь он был направлен на другой объект: Роксаны быстро осознала, что боится потерять мужа. Потерять мужа? Это тоже могло показаться странным, так как муж Роксаны — человек уравновешенный и здоровый, он любит свою жену, верен ей и отличается крепким здоровьем. Он ценит свою семью и заботится о близких. Денег, которые он зарабатывает, хватает на всех членов семьи. Роксане уже несколько лет не работает, посвящая себя воспитанию детей и обустройству новой квартиры.

Я понимала, что страх потерять мужа поддерживается какими-то обстоятельствами сегодняшней жизни Роксаны. Однажды она принесла на нашу встречу альбом с семейными фотографиями. На большинстве из них рядом с Роксаной и ее мужем присутствовала женщина их возраста с преувеличенно жизнерадостной улыбкой. Я спросила, кем она приходится Роксане, и узнала, что это подруга. «Наташа такая активная, — рассказывала Роксаны, — вечно устраивает совместные праздники, выезды на природу семьи. Когда-то она была влюблена в моего мужа Игоря, но муж выбрал меня. Но мы с Наташей в хороших отношениях». Я узнала также, что Наташа активно соболезнует Роксане после ее приступов, повторяя: «Какая ты бледная, как ты

похудела», — и убеждает Игоря в необходимости серьезнейшего лечения жены в неврологическом отделении. Мы выяснили и то, что большинство приступов развивается в дни Наташиних визитов.

К этому моменту Роксана осознавала, что присутствие активной Наташи, не утратившей своих чувств к Игорю и надежды добиться его благосклонности, вредны как для здоровья Роксаны, так и для внутрисемейных отношений и во многом обласняют ее тревогу. Она решительно рассталась с подругой.

После этого приступы прекратились, но умеренная тревожность сохранилась.

Мы проработали следующие моменты:

- a) Игорь — взрослый разумный человек и способен сам нести ответственность за свое здоровье и безопасность, так что тревога Роксаны ему ни к чему;
- б) при любых поворотах семейной жизни Роксана способна справиться с трудностями самостоятельно.

Мы проанализировали также страх покойников и гробов, отмечавшийся у Роксаны с детства, и полностью устранили его. На этом этапе страхи и тревога исчезли, но их сменило чувство скучки. Роксана — деятельная натура, и роль домохозяйки ей слишком узка. Приступы же доставляли моей пациентке хотя и неприятные, но сильные эмоции, заполняя ее время и всстрахивая ее.

Мы обсудили возможные виды деятельности. Роксана пошла доучиваться на автомобильные курсы, оставленные из-за болезни, и узала, где обучают будущих флористов. Составление изысканных букетов, считает Роксана, даст ей возможность не только достойно зарабатывать, но

и реализовать свой творческий потенциал. Я уверена, что у нее получится.

К моменту нашего расставания Роксана была в отличном настроении, спокойная, сильная, полна планов и надежд. ■

Как видно из приведенного случая, даже с очень сильной и не вполне понятной тревогой можно успешно бороться. Но что делать тем людям, для которых психотерапевтическая помощь в силу тех или иных причин недоступна? Неужели им остается только беспомощно дрожать, как осиновый лист на ветру? Отнюдь нет. Существует несколько испытанных способов борьбы с тревогой. В двух словах их можно обозначить так: работа и молитва. Работа — какая-либо деятельность, позволяющая полезным образом использовать ту энергию, которую человек тратит на поддержание тревожного состояния. Молитва — разговор с самим собой, с близким человеком или Богом о тревоге, разговор, помогающий осмыслить тревогу и изжить ее. Если же вы хотите получить более конкретные рекомендации, ознакомьтесь с явлеченным ниже. Итак, способы борьбы с тревогой.

1. Спросите себя: «О чём я тревожусь?» Составьте список того, что вас тревожит. Затем по каждому пункту отдельно вновь задавайте себе вопрос: «Есть ли у меня основания для беспокойства?» Если ответ «нет», скажите себе: «Мне больше нет необходимости тревожиться, я успокаиваюсь». Если ответ «да», начинайте изменять ситуацию, порождающую тревогу. Например, если у вас есть основания волноваться за собственное здоровье, сходите на консультацию к врачу. Если тревожит возможность потерять работу, укрепляйте свое положение в организации или ищите запасной вариант.

2. Если вы волнуетесь не за себя, а за близких людей, спросите себя: «Нужна ли ему (ей, им) моя тревога, помогает ли она близкому человеку?» Скорее всего, вы ответите на этот вопрос отрицательно. В таком случае: «Что я могу сделать для него вместо того, чтобы тревожиться?» Вкусный ужин, приготовленный в ожидании мужа, порадует его значительно больше, чем метания по квартире и кошмарные сцены автокатастрофы, нарисованные вашим воображением.
3. Если нет возможности изменить ситуацию, то всегда остается возможность изменить свое отношение к ней. Положитесь на судьбу и скажите себе: «Будь что будет. Все к лучшему».
4. Раздуйте свою тревогу, как воздушный шарик, до невообразимо больших размеров, преувеличьте ее как только сможете, постарайтесь хорошенько себя запугать. Неплохо при этом также трястись всем телом. В определенный момент вам станет смешно, шарик лопнет — и тревога улетучится.
5. Попробуйте воспринять свою тревогу как приятное возбуждение, физиологически эти состояния во многом сходны. Как только начинаете тревожиться, переключайтесь на мысли о сексе.
6. Можно также переделать тревогу в энтузиазм, сказав себе: «Я собран, голова ясная, готов к действию». После чего начинайте действовать. Может быть, это будет решение профессиональных задач, или выработка новых идей, или просто уборка квартиры.
7. Разряжайте тревогу физическими упражнениями. Особенно уместны бег трусцой, длительные пешие прогулки, упражнения на хатха-йоги и плавание. Серьезного переутомления следует избегать.
8. Если тревога носит хронический характер, ведите дневник, подробно описывая свое состояние и те способы, которые помогли вам почувствовать

себя лучше. Перечитывайте дневник, убеждаясь, что тревога подобна волне: за приливом всегда следует отлив.

9. Обсуждайте тревогу с близкими людьми. Они окажут вам моральную поддержку и помогут попытать, насколько обоснованы ваши опасения.

Попробуйте один или несколько способов. В большинстве случаев состояние человека после их применения улучшается. Если этого не произошло — добро пожаловать на прием.

Тревожному пациенту стоит учитывать и следующие факторы, усиливающие тревогу, и по возможности избегать их.

1. Временной цейтнот, планирование нескольких дел на одно и то же время.

2. Употребление тонизирующих напитков (чай, кофе) в больших количествах.

3. Резкая отмена противотревожных препаратов. Если вы уже начали принимать такое лекарство, отмену следует производить, плавно снижая дозу.

На сколько тревога влияет на деятельность различных органов и систем человеческого тела? Наиболее часто она выражается в учащенном сердцебиении, чувстве нехватки воздуха, внутренней дрожи, дрожании конечностей, тошноте, головокружении, ознобе или потливости. Нередко человек воспринимает эти телесные симптомы как первичные, а чувство тревоги — как вторичное («Я волнуюсь, потому что мне не хватает воздуха»), что побуждает его искать помощи у специалистов по болезням тела. Специалисты обследуют пациента, и здесь возможны следующие результаты.

А. «У вас нет серьезного заболевания». Эмоциональная оценка этого факта со стороны специалиста может быть различной: от попытки ободрения пациента до обвинения его в симуляции. Но симптоматика-то остается, и игнорировать ее трудно. Пациент начинает думать о «нераспознанной» или

«скрываемой врачами» болезни и тревожится еще больше.

Б. «У вас есть серьезное заболевание». Как ни странно, на первых порах пациенту становится легче. Заболевание найдено, и теперь остается только послушно лечиться. Но поскольку причины, вызывающие тревогу, остаются непроработанными, телесные проявления тревоги сохраняются. Стало быть, лечение не дает ожидаемых результатов. Тревога вновь усиливается. Кроме того, пациент постепенно вживается в роль тяжелобольного, что ограничивает его личностные и социальные возможности.

В. «Вам следует обратиться к психотерапевту». Пожалуй, самый конструктивный вариант. В этом случае специалист по болезням тела способен увидеть в пациенте целостную личность, а не только ее симптомы. Разбираться же в психологических истоках тревоги ве является его задачей.

Стоит добавить, что в ряде случаев тревога действительно вторична и является реакцией организма на телесное неблагополучие. Тревогой нередко сопровождаются заболевания сердца, желез внутренней секреции, особенно в начальной стадии. В этих случаях правильное лечение телесного недуга быстро нормализует душевое состояние; если у вас есть основания полагать, что тревога не вызвана душевными проблемами, а является порождением болезни тела, стоит пройти обследование в обычной больнице. Серьезных нарушений при обследовании не обнаружилось? — поздравьте себя с тем, что ваше тело вполне здоровово. Если же тревога не утихае, стоит записаться на консультацию к психотерапевту.

Приведенный ниже случай показывает тесную связь тревоги и невынашивания беременности, которое до недавнего времени считалось чисто телесной проблемой.

Марина, обаятельная 25-летняя женщина, медсестра по профессии, обратилась ко мне по насто-янию своих родственников. Душевно теплая, за-ботливая, добрая, Марина всегда мечтала иметь «много-много» детей. В ее роду большинство жен-щин имело много детей и видело в их рождении и воспитании основной смысл своей жизни. У Марины было три беременности, и все три закончились неудачно в одном и том же месяце — в августе, в пору созревания плодов.

Для молодой женщины это стало крахом всех надежд. Глубокая скорбь по несбывшимся детям сочеталась в ее душе с тревогой и сомнениями, сможет ли она вообще стать матерью. У Мариной теплые отношения с мужем, с родственни-ками, но даже их любовь оказалась неспособна ей помочь.

Упоминания о каждой из беременностей вызы-вали у Марины слезы. Первая беременность была желанной, протекала на фоне полного душевного благополучия и была доношена до конца, но завер-шилась рождением ребенка с множественными и тяжелыми пороками развития. Врачи утвержда-ли, что он нежизнеспособен. Персонал роддома и родственники, жалея Марину, убедили ее отка-заться от ребенка. Через месяц, в августе, он умер. Марина сама похоронила его, чувствуя вину и скорбь. Вскоре она узнала, что в роду мужа неоднократно рождались дети с врожденными уродствами. После смерти ребенка муж начал злоупотреблять спиртным и встречаться с другими женщинами. Марина развелась с ним. Вскоре она познакомилась с человеком, который оценил ее по достоинству, и вышла за него замуж.

Вторая беременность обнаружилась очень скро-ро и была незапланированной. Тем не менее и Ма-рина, и ее муж обрадовались ей. Однако раньше.

чем обнаружилась беременность, Марина перенесла тяжелое инфекционное заболевание, потребовавшее лечения больших дозами антибиотиков. Сразу же после установления факта беременности Марина ощущала сильную тревогу: не отразится ли проведенное лечение на развитии плода? Около месяца все вроде бы шло нормально, но затем гинеколог отметила отставание размеров матки от положенных к этому сроку. Более детальное обследование показало, что беременность перестала развиваться. Ее прервали.

Был август. Душевное состояние Марины было плачевным. Она была очень печальна, плохо спала и не могла без слез смотреть на младенцев и их вещи. Родственники и коллеги поддерживали Марину, утешали, заботились о ней. И Марина, и ее муж прошли детальное и разностороннее обследование у гинеколога, эндокринолога, венеролога, генетика и инфекциониста. Никаких отклонений от нормы не было выявлено у обоих супругов. Кроме того, была установлена их хорошая совместимость. Они мечтали иметь ребенка.

Через некоторое время Марина вновь забеременела. Тревога включилась мгновенно при задержке менструации, усилилась при подтверждении факта беременности и с тех пор постоянно держалась на высоком уровне. Марину охватывала паника, если кто-нибудь поблизости чихал или кашлял, она тщательно избегала переохлаждения, поднятия тяжестей и погрешностей в питании и настороженно прислушивалась ко всем ощущениям в теле, трактуя их как опасные симптомы. Гинеколог Марину отмечала, что беременность развивается правильно. Но однажды во время дежурства Марины в комнату, где хранились лекарства, забрались наркоманы, надеясь

разжиться шприцами и таблетками. Это произошло в августе. Марина очень испугалась. Беременность не прервалась, но с этого времени перестала развиваться. Вскоре ее пришлось прервать хирургическим путем. Отчаяние Марины было столь сильным, что близкие, всерьез опасаясь за ее жизнь, уговорили молодую женщину обратиться ко мне.

Разумеется, встал вопрос: почему две последние беременности при отсутствии серьезных отклонений в организме перестали развиваться? И почему все беременности заканчивались в августе? На мой взгляд, повинна в этом тревога. Именно тревога, изменяя биохимический состав крови, вела к остановке развития плода. Но почему беременность не отторглась? Возможно, страстное желание Марины иметь детей влияло на мышечный тонус матки, удерживая в ней плод. Но почему именно в августе? После первой беременности август стал для Марины «роковым» месяцем, в это время уровень тревожности возрастал, и Марина становилась особенно уязвима для внешних воздействий. Внешние события, происходившие в это время, воспринимались как наиболее опасные и приводили к остановке развития плода.

Мы начали с того, что обсудили возможные варианты материнства — от рождения ребенка естественным путем до зачатия в пробирке и усыновления. Выяснили, что возможностей стать матерью у Марины достаточно много, учитывая ее молодость и хорошее состояние здоровья. Затем мы устроили ритуал прощания с несбывающимися детьми. Марина стала чувствовать себя значительно лучше. Следующим этапом терапии стало выяснение того, какие именно тревожные опасения возникают у Марины во время беремен-

ности и какие внешние факторы провоцируют тревогу. Мы проработали каждое из опасений и научились отключать их. Далее последовал курс гипнотерапии. В состоянии гипнотического транса внушалось, что с каждым днем беременности Марина чувствует себя все более спокойно в любых ситуациях. Я попросила ее увидеть яблони в цвету; лепестки опадают и на месте цветов появляются созревающие плоды, фазы их созревания в связана с фазами беременности («Беременность развивается нормально, на всем ее протяжении чувствуете себя уверенно и спокойно. Большое красное яблоко падает в Ваши подставленные ладони. Роды происходят точно в срок, легко и благополучно»), постаралась преодолеть отношение Марины к августу, как к «рекордовому» месяцу.

В результате лечения душевное состояние Марины полностью нормализовалось. Впервые за долгое время тревога исчезла, настроение стало солнечным, радостным. Марина отмечает, что начала воспринимать окружающее более ярко, чем когда бы то ни было, что лучше узнала саму себя. Марина уверена: пройдет несколько месяцев, необходимых для восстановления ее тела — и она сможет не только забеременеть, но и родить здорового ребенка. Я тоже жду этого от нее. (Во время подготовки книги к печати я узнала, что Марина беременна.) ■

В отличие от тревоги, расплывчатой и обращенной в будущее, страх адресован настоящему и имеет более или менее четкие очертания (например, совершение конкретный страх приема лекарства, вызвавшего когда-то аллергическую реакцию или менее конкретный страх смерти вообще). Физиологически страх во многом сходен с тревогой, при этом в крови резко повышается

содержание гормона корадреналина («гормон кролика»). Страх имеет разную интенсивность и может отмечаться как в травмирующей ситуации, так и при приближении к ней или (в более тяжелых случаях) при одной мысли о подобной ситуации.

Развитие страха определяется не только и не столько серьезностью опасности, сколько внутренней готовностью к страховому. Вот почему, например, один человек даже в тяжелой болезни не боится смерти, а второй «умирает» от страха, случайно порезав палец. Кстати, выражение «умереть от страха» порой не является образным преувеличением: в некоторых случаях, когда человек, устав бороться со страхом, поддается ему, в эндокринной и иммунной системах происходят необратимые изменения, могущие даже привести к смерти. Вместе с тем страх не является однозначно негативным явлением. Часто он выполняет защитную функцию и становится проявлением инстинктов самосохранения и продолжения рода. Человек, который ничего не боится, имеет больше шансов попасть в опасную для жизни ситуацию.

Многие страхи имеют чрезвычайно глубокие корни; эти корни уходят в прошлое не только данной личности, но всего рода человеческого. Такими древними страхами являются: страх смерти, темноты, острых предметов, одиночества, болезней, голода и т. п. Иногда они наблюдаются в своем «первобытном» виде, иногда модифицируются (так, боязнь движущихся автомобилей представляет собой усовершенствованный вариант страха смерти в результате травмы, а страх потерять работу вырастает из первичного страха голода). Нередко страх выполняет и другие функции, о которых будет рассказано ниже.

При исследовании страха перед врачом всегда стоят два важных вопроса. Первый: насколько страх оправдан, насколько он соответствует реальной ситуации? И второй: насколько страх мешает человеку жить?

Выраженный страх может не только вредно влиять на душевное и телесное здоровье пациента, но и резко ограничивать его социальную активность (страх открытых пространств с невозможностью выйти из дома, страх общения, страх половых контактов и т. д.).

Помимо обоснованных, соответствующих ситуациям (нормальных) страхов существует множество так называемых навязчивых страхов, или фобий. Фобии специфичны тем, что:

- а) не соответствуют реальной степени опасности (необоснованные и сильно преувеличены страхи);
- б) нередко причудливы (боязнь птичьих перьев);
- в) пациент понимает нелепость, необоснованность своего страха, но победить его не в силах.

Часто встречаются такие навязчивые страхи, как танатофобия — страх смерти, клаустрофобия — боязнь замкнутых пространств, агорафобия — боязнь открытых пространств, монофобия — боязнь одиночества, социофобия — страх общения, лиссофобия — страх сойти с ума, нозофобии — страхи различных заболеваний, кинофобия — страх собак и др. Существует даже такое явление, как фобофобия — страх возникновения страха. Часто навязчивые страхи кажутся труднообъяснимыми, но при анализе жизни человека становятся более понятны. Привожу краткое описание клинического случая на эту тему.

Алексей, 20 лет, обратился за помощью по поводу страха общения — социофобии. Страх возникал не во всех ситуациях общения, а лишь при контакте с женщинами среднего и старшего возраста, игравшими родительские роли (педагоги в вузе, врач в поликлинике, некоторые знакомые матери и др.). Алексей вырос в полной, любящей семье. В школе он нередко получал плохие оценки за ответы у доски из-за страха, который буквально парализовал его. В институте Алексей

старателльно учился, но, попадая на экзамене к преподавателю-женщине (особенно старшего возраста), долго не мог выдавить из себя ни единого слова, краснел и никонец отвечал невпопад. Ему приходилось неоднократно пересдавать экзамены, и он не раз был на грани отчисления из вуза. Алексей хорошо изучил свой страх, начинавший изводить его задолго до экзаменов, и старался попадать к экзаменаторам-мужчинам, которым обычно сдавал предмет с первого раза.

Возвращаясь ко времени появления страха, мы обнаружили, что это произошло очень рано: Алексею даже казалось, что страх жил в нем с момента его рождения. Постепенно мы опускались все глубже в детство моего пациента, и однажды, вспоминая о пребывании в детском саду, Алексей смущился, покраснел и рассказал следующее. Ему было около пяти лет. На занятиях в саду он не смог правильно составить рассказ по картинкам, и пожилая воспитательница в раздражении называла его — «олух царя небесного». Высмеяла и уничижила перед ребятами. Насмешка бывала не вполне понятной и вызвала в чувствительной душе Алексея жгучее чувство стыда. Именно стыд помешал мальчику рассказать о случившемся матери. С этой поры он начал бояться женщин, подобных той воспитательнице, и чувствовал себя «олухом царя небесного» в их присутствии.

Алексей выздоровел, когда смог вслух вразбрить бывшей воспитательнице и заявить о том, что он ее не боится. ■

Часто в душе одного человека поселяются сразу несколько навязчивых страхов. То, как фобии сочетаются друг с другом и то, для чего они «нужны» человеку, показывает следующий случай.

Ольга Ивановна, 45 лет. страдала кардиофобией — страхом болезни сердца. Ее мать умерла в возрасте около 50 лет от инфаркта миокарда. Саму Ольгу Ивановну сильно беспокоило сомнение собственного здоровья, она выработала для себя особый щадящий режим: почти не занималась домашними делами, боясь «перегрузить сердце», избегала волнений, а из дома выходила исключительно в сопровождении мужа. Открытых пространств она боялась (агорафобия). При столь серьезных самоограничениях в образе жизни из телесной симптоматики отмечались лишь периоды учащенного сердцебиения и редкие колющие боли в области сердца.

Ольга Ивановна была убеждена, что обследование выявит у нее серьезную болезнь сердца. Когда этого не произошло, она казалась даже разочарованной. Она отлично понимала необоснованность своего страха, но от этого он не уменьшался. Во время психотерапии быстро выяснилось, что Ольга Ивановна очень боится ухода из семьи мужа, увлекшегося своей сослуживицей. Роль неизлечимо больной «сердечницы» помогала Ольге Ивановне:

- а) удерживать мужа в семье, взывая к его чувству долга;
- б) демонстрировать окружающим monolithность семьи на совместных прогулках;
- в) уклоняться от выполнения домашних дел;
- г) одерживать верх в семейных спорах и избегать ответственности за свои поступки (при попытках критики в адрес Ольги Ивановны у нее учащалось сердцебиение и усиливался страх).



Для успешной борьбы со страхом, как и во всех других случаях, когда речь идет о психологических про-

блемах, необходимо прежде всего горячее желание человека победить свой страх. В самом общем виде способы борьбы со страхом можно обозначить как сжимание, развенчание и рассеивание.

1. **Сжимание.** В этом случае мы постепенно ограничиваем, уменьшаем круг ситуаций, в которых проявляется страх, как бы сжимаем его. Обычно это осуществляется путем постепенных, планомерных тренировок: например, человек, боящийся выходить на открытые пространства, доходит сначала до своей лестничной клетки, затем до подъезда, выходит во двор, доходит до рынка, постепенно расширяя ареал своих прогулок. Врач отслеживает прохождение каждого этапа и оказывает пациенту необходимую поддержку. К каждому следующему этапу можно переходить, когда на предыдущем страха не возникает. (В поведенческой психотерапии такой способ называется ступенчатой десенсибилизацией.) Я часто подкрепляю тренировки внушением в состоянии гипнотического транса.
2. **Развенчание.** В этом случае мы как бы ударяем в самый центр страха, делая его маленьким, смешным и изжитым. В случае с Алексеем молодой человек представил грозную воспитательницу просто немолодой, первои и не очень умной женщиной, не имеющей отныне никакой власти над ним. Этот прием я часто использую в работе с детьми, прося сочинить «страшилку с хорошим концом». В таких «страшилках» объекты страха (привидения, Баба-Яга, разнообразные чудовища) терпят поражение, побеждаемые добрыми силами с ребенком во главе, или оказываются в смешной и нелепой ситуации. Смех вообще хорошо помогает бороться со страхом. Этой же цели служат рисунки на тему «Мой страх», где ребенок проясняет в процессе рисования для самого себя, что именно он

боится. Затем нарисованный страх подвергается развенчанию или — в ряде случаев, обычно у подростков — анализируется.

3. Рассеивание. При рассеивании врач и пациент вместе как бы разбирают страх на составные части и затем рассеивают каждую часть в отдельности. Например, в случае с Оксаной, у которой помимо тревоги наблюдался страх покойников и гробов, мы отдельно проработали все составляющие страха мертвых людей, а затем начали представлять процесс изготовления гробов, начиная с распиливания досок и кончая обивкой. На каждом этапе я спрашивала пациентку: «Страшно?» — на что она улыбалась и отвечала: «Нет». Так мы справились с этим страхом.

Сроки лечения страхов определяются, помимо желания пациента излечиться, глубиной психологических «корней» страха. В одних случаях достаточно нарисовать рисунок или провести несколько сеансов гипноза, в других требуется более или менее длительная аналитическая терапия. Пользуясь вышеописанными приемами, человек может сделать многое для победы над своим страхом и без обращения к врачу. Победа над страхом укрепляет в человеке уважение к самому себе, улучшает настроение, расширяет горизонты возможностей личности.



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЗНЕЙ

Врачи древности лечили в основном больных, а не болезни, и не были склонны противопоставлять телесные особенности своих пациентов их психическому состоянию. «В здоровом теле — здоровый дух», — говорили они. Впоследствии, по мере развития медицины, возникали все новые классификации болезней, новые представления о причинах возникновения заболеваний и способах их лечения. Некоторые научные предположения не подтверждались, другие уточнялись и развивались. В результате медицина несколько увлеклась анализом страданий, так что болезни тела изучались во множестве широких, средних и узких ее разделов, а болезнями души занималась одна всеобъемлющая психиатрия.

Надо сказать, занималась она сначала такими болезнями, которые делали затруднительным пребывание человека в обществе. Все остальное списывалось на дурной характер, неправильный образ жизни или переутомление.

Затем зародился психоанализ, объяснявший прохождение психических расстройств не гневом богов или разлитием черной жалчи, а существованием подавленных влечений в человеческой душе. Аналитическое направление развивалось параллельно с суггестивными (основанными на внушении) методами и — позднее — по-

веденческой терапией, большое значение придававшей научению человека «правильному» поведению.

В тридцатых годах 20-го века начала активно развиваться психосоматическая медицина, вновь соединившая телесное и душевное в пациенте (от греч. «*ψυχή*» — душа, «*σῶμα*» — тело) и ставшая одним из важнейших разделов психотерапии. Психотерапия вообще является той отраслью занятия, для которой важна психосоматическая целостность человека, которая изучает тело и душу в их сложной и неразрывной взаимосвязи.

Любое серьезное заболевание тела накладывает более или менее глубокий отпечаток на психику человека. С другой стороны, психические проблемы могут привести как к имитации признаков телесных заболеваний, так и к развитию разнообразных болезней тела — от переходящих функциональных расстройств до неизлечимой органической патологии. (При функциональных расстройствах нет изменений в клетках и тканях организма, а при органических такие изменения имеются.)

Можно сказать, что чисто психические и чисто телесные болезни встречаются довольно редко: большинство болезней носит смешанный, психосоматический характер. И в каждом конкретном случае важно учитывать особенности личности пациента, особенности травмирующей его психику ситуации и особенности его тела. Соотношения между телесным и душевным могут быть различными. Рассмотрим некоторые часто встречающиеся варианты таких соотношений.

1. Психическая травма + особенности характера → исторические расстройства.

- Алла Викторовна поступила в неврологическое отделение с подозрением на кровоизлияние в оболочки мозга. Половина ее тела была парализована, страдалась недоразвитие мыши и языка, жевательная мускулатура оставалась сохр.

еды и часто громко кричала от «невыносимой» головной боли. Впрочем, кричала она только в присутствии медперсонала и соседей по палате; когда больные уходили на обед или процедуры, Алла Викторовна успокаивалась.

Картина заболевания не вполне соответствовала предполагаемому диагнозу. Было известно, что Алла Викторовна заболела внезапно, что в последние дни у нее были неприятности на работе. При обследовании не было обнаружено достоверных признаков заболевания мозга и его оболочек. Между тем состоящие пациентки оставалось тяжелым. Когда я пришла в палату консультировать Аллу Викторовну, в промежутке между ее криками мне удалось задать лишь один вопрос: «Вы заболели после неприятностей на работе?» В ответ она энергично кивнула своей больной головой. Было решено начать лечение гипнозом.

На первый сеанс пациентку привезли на кровати-каталке. На второй она пришла на собственных ногах, правда, в причудливой, скрюченной позе, и рассказала, что начальство недовольно ее работой и ейгрозитувольнение. Мне удалось убедить Аллу Викторовну, что здоровому человеку легче удержаться на своем рабочем месте, чем больному. После первого сеанса пациентка также начала есть и посещать туалет. После второго она расправилась, вымыла голову и накрасилась. Головные боли больше не беспокоили ее. После третьего сеанса передо мной предстала физически вполне здоровая женщина со своеобразным характером. ■

Исторические расстройства развиваются на фоне психических травм (чаще всего — в ситуациях, угрожающих жизни, здоровью или благополучию больного) и являются собой варианты ухода от ответственности в

болезнь. Истерию называют иногда «хамелеоном» и «обезьяной всех болезней» за то, что она может имитировать признаки самых разнообразных телесных страданий. Чаще всего имитируются страшные и наглядные болезни; так, наблюдаются истерические параличи, рвота, приступы с потерей или изменением сознания, слепота, глухота, немота и прочее. При этом особенности симптомов отражают представления пациента о данном заболевании. Картина болеани может выглядеть и более буднично, менее драматично, а истерическая природа расстройства обнаруживается порой лишь при детальном обследовании. Важно подчеркнуть, что пациент не симулирует, не изображает болезнь сознательно: все происходит на уровне более глубинных слоев психики. Своебразно отношение пациентов к своей болезни: подчеркивание страданий или, наоборот, видимое равнодушие к ним. Истерические расстройства часто отмечаются у лиц с демонстративным складом личности. Если выздоровление более желательно для человека, чем все выгоды, приносимые ему болезнью, выздоровление наступает довольно быстро.

2. Психическая травма + подавление эмоций + наследственная предрасположенность + образ жизни → психосоматические расстройства.

Тело и психика имеют множество тонких и сложных взаимосвязей. «Послания» от головного мозга передаются с помощью нервных окончаний и выделений желез внутренней секреции, составляющих эндокринную систему. В процессе жизни каждый человек испытывает различные чувства, получает свою долю приятных и неприятных эмоций. Одни люди открыто выражают свои чувства, «выплескивают» эмоции, другим в силу различных причин трудно это делать, они, как говорится, переживают все в себе. (Такое состояние называется: алекситимия, что в переводе с греч. означает: «нет слов для чувств».) Загнанные вглубь эмоции не исчезают. Они реагируют на уровне тела: спазмом сосудов и

бронхов, изменением состава желудочного сока и уровня сахара в крови, появлением кожного зуда или высыпаний и т. д. Такой человек подобен булькающей на огне кастрюле с плотно закрытой крышкой. Когда давление пара внутри повышается, рано или поздно крышка может слететь, а содержимое кастрюли — пролиться на плиту. При длительном подавлении неприятных эмоций могут развиваться психосоматические расстройства (психосоматозы). К ним относятся такие распространенные заболевания, как гипертоническая болезнь, ишемическая дистония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, бронхиальная астма, сахарный диабет, многие онкологические заболевания; многие заболевания имеют значительный психосоматический компонент (болезни кожи: псориаз, нейродермит, акзема; щитовидной железы — тиреотоксикоз; аллергические расстройства и др.). Имеется некоторая связь между «излюбленной» подавляемой эмоцией и видом психосоматоза: например, гипертоники склонны подавлять гнев, страдающие язвенной болезнью — обиду, подавление страха разлуки со значимыми близкими способствует развитию приступов бронхиальной астмы, а длительное эмоциональное напряжение предрасполагает к формированию сахарного диабета. Помимо подавления эмоций для развития психосоматических расстройств важное значение имеет наследственная предрасположенность и соответствующий образ жизни (мало движение, много рафинированной пищи, частые стрессы, курение), а психическая травма становится пусковым фактором в развитии психосоматоза.

Вера Матвеевна находилась на обследовании в терапевтическом отделении. Помимо умеренных нарушений в работе сердца у нее отмечался интенсивный зуд кожи и высыпания на ней, которые дерматолог-консультант расценил как акзему. Зуд мешал Вере Матвеевне спать до но-

чам, настроение ее было заметно снижено. Вскоре большая часть ее кожных покровов была покрыта красной зудящей коркой. Лечащий врач был вынужден назначить гормональный препарат — преднизолон, подавляющий повлечение высыпаний. Когда доза преднизолона, несколько облегчившего страдания больной, стала опасно высокой и начались осложнения со стороны внутренних органов, была назначена психотерапевтическая консультация.

Из беседы выяснилось, что несколько месяцев назад у Веры Матвеевны умер муж — самый близкий для нее человек. Окружающие удивлялись ее душевной стойкости, а Вера Матвеевна, не привыкшая выглядеть слабой и жалкой, тяжело переживала эту утрату в своей душе. Вскоре она заболела. Она чувствовала себя очень одинокой, но старалась по-прежнему не подавать виду, ни с кем не говорила откровенно о своем горе, опасаясь жалости окружающих.

Была проведена процедура прощания с мужем, а затем — короткий курс гипнотерапии (7 сеансов). Уже после трех встреч зуд исчез, высыпания значительно уменьшились, настроение нормализовалось. Вера Матвеевна строила планы на будущее. Вскоре она была выписана из стационара на поддерживающей дозе преднизолона. ■

Для успешного лечения психосоматических расстройств важны:

- 1) понять, какие невысказанные чувства стоят за заболеванием, проанализировать ситуации, в которых человеку становится язко;
- 2) помочь ему выразить эти чувства, «выпустить пар» (не только словесно, но и действием — например, гигантского пальца, можно попросить выбить ковры или зарубить дров);

- 3) понять, почему человек ведет себя именно так (анализ жизни);
- 4) помочь ему найти другие способы поведения в травмирующих ситуациях.

Лечение должно осуществляться в тесном контакте с врачами других специальностей (терапевтом, эндокринологом, хирургом — в зависимости от вида заболевания).

3. Психическая травма + особенности характера + «места наименьшего сопротивления» → маскированные (соматизированные) депрессии.

Люди с дистимичными или циклонидными особенностями характера чаще других склонны реагировать депрессиями на травмы, наносимые им жизнью.

Впрочем, депрессия может развиться у человека с любым складом характера. Не всегда депрессия выражается в тоске и рыданиях. Тоска может быть загнана глубоко внутрь тела, а рыдания — осуществляться на уровне внутренних органов. В этих случаях говорят о соматизированной (маскированной) депрессии или, как ее еще называют, «депрессии без депрессии». Телесные проявления ее весьма разнообразны: тяжесть в области сердца, упорные боли в разных частях тела, нарушения в работе пищеварительного тракта и мочевоющей системы и прочее. Соматизированная депрессия имеет значительное сходство с психосоматозами, но, в отличие от них, не сопровождается органическими изменениями в клетках и тканях организма и менее склонна к рецидивам. Эмоциональный фон при этом может быть близок к норме, и только тщательный опрос пациента позволяет выявить депрессию. Телесные симптомы часто проявляются в «местах наименьшего сопротивления» — со стороны наиболее уязвимых (или недолеченных) органов и систем. При депрессии часто обостряются хронические заболевания тела, а острые протекают дольше, чем обычно, и дают большее число осложнений.

✓ Александра Яковлевна, 45 лет, обратилась к урологу с жалобами на жжение в области мочевого пузыря и частыми позывами на мочеиспускание. При детальном обследовании болезненных изменений в системе мочеиспускания найдено не было.

В беседе Александра Яковлевна производила впечатление разумной, уравновешенной женщины, рассчитывающей получить необходимую врачебную помощь. Обращали на себя внимание лишь тихая, несколько замедленная речь и выражение усталости на лице. Нарушения сна (затрудненное засыпание) пациентка связывала с позывами на мочеиспускание. Когда контакт углубился, Александра Яковлевна призналась, что тяжело переживает изменения мужа с более молодыми женщинами, но вынуждена мириться с этим «ради сохранения семьи». Чувство обиды на мужа, боязнь приближающейся старости, сексуальная неудовлетворенность — все это вносило свою лепту в картину заболевания.

Была проведена аналитическая терапия и лечение антидепрессантами. Александра Яковлевна переключилась на заботу о маленькой внучке и детях, на любимые занятия (разведение комнатных растений, походы в театр). Муж, почувствовав себя несколько отстраненным от семьи, начал уделять Александре Яковлевне больше внимания. Неприятные ощущения в мочевом пузыре исчезли к шестому дню лечения и больше не возникали. ■

В лечении таких депрессий очень важно вовремя распознать истинную причину заболевания и лечить в первую очередь саму депрессию (с помощью лекарств — антидепрессантов и психотерапии). Если сосредоточиться на лечении телесных симптомов, радикального улучшения добиться не удастся (так как не ликвидирована при-

чина, порождающая эти симптомы), пациент постепенно начнет терять веру в успех лечения, а применение все более активных методов лечения и сильнодействующих лекарств может усугубить это состояние. Главная роль в лечебном процессе должна отводиться психотерапевту, но участие врача терапевтического профиля также необходимо.

4. Психическая травма + особенности характера → ипохондрия.

Суть ипохондрии — убежденность в наличии несуществующего или преувеличение существующего заболевания. Пациенты считают, что больны тяжелым, неизлечимым, смертельно опасным заболеванием (чаще всего фигурируют рак, СПИД, сифилис). Разубеждения врачей и близких людей воспринимаются как проявления некомпетентности или нежелания сообщить «страшную правду». Проявления нетяжелых заболеваний тела я просто небольшие колебания самочувствия трактуются как опасные симптомы. Иногда симптомов нет вообще, а пациенты говорят о надвигающемся, зрящем в них заболевании, умоляя остановить его. Оптимистические результаты обследования утешения не дают, напротив, раздражают и побуждают искать несуществующую болезнь. Зато любая информация, подтверждаяшая убежденность пациента, жадно впитывается и прочно отпечатывается в сознании.

В возникновении ипохондрии особенности характера значат больше, чем психическая травма (которая со стороны может даже показаться незначительной). К таким особенностям в первую очередь стоит отнести эгоцентризм и ригидность (негибкость) мышления, склонность к «застреванию» на отдельных мыслях. Ипохондрия может возникать на разнообразном психическом и телесном фоне. Лечение ее часто является весьма трудным делом, так как пациент убежден, что болен исключительно телесно и что психотерапевт вряд ли способен помочь ему. Поэтому хороший контакт с

пациентом, формирование установки на психотерапию — уже половине лечения. Во второй половине лечения важно увидеть, почему человек стремится во что бы то ни стало найти у себя тяжелую болезнь, какие психологические выгоды это ему дает (выгода может быть и отрицательной, например, разрешение умереть). Проработка психологической проблематики может лишить болезнь ее привлекательности для пациента, способствовать снятию ипохондрии.

Роль врачей, занимающихся болезнями тела, важна на диагностическом этапе (дабы не пропустить реальное заболевание), далее их вмешательство определяется выраженностью этого заболевания (если оно есть), а душевной сферой пациента занимается психотерапевт. Иногда «ипохондрия болезни» сменяется в процессе лечения «ипохондрией здоровья». Такой исход иллюстрирует следующий случай.

Николай Николаевич пришел на консультацию по совету врачей из поликлиники, измученных его частыми визитами. Николай Николаевич посетил множество специалистов и подвергся всем доступным ему диагностическим процедурам. Он был убежден, что болен раком, что рак пока «молчит», никак себя не проявляя, но разрастается постепенно в глубинах его тела. Результаты обследования и уверения врачей пациент игнорировал, при отказах в процедурах угрожал жалобами в администрацию и судебным разбирательством, психиатра посетить отказался. В беседе выяснилось, что Николай Николаевич малоуспешен как в работе (не устраивает и характер работы, и зарплата, сложные отношения с коллективом и начальством), так и в личной жизни (жена оставила его, забрав с собой ребенка, Николай Николаевич живет с престарелой матерью). Болезнь давала пациенту множество преимуществ:

- а) оправдание на работе: «Какой из меня работник!»;
- б) упрек жене: «Вот до чего ты меня довела!»;
- в) выплеск агрессии на медперсонал и утверждение своей значительности и силы: «Хоть вы и учились, а ничего не смыслите в медицине и меня вылечить не можете!»;
- г) получение внимания окружающих;
- д) заполнение времени (а свободного времени у Николая Николаевича хоть отбавляй);
- е) финансовые выгоды, связанные с инвалидностью.

Понятно, что расставаться со столпом ценной болезнью пациент не спешил. Потребовалось подтвердить все «плюсы», даваемые ему болезнью, и развенчать их. Постепенно Николай Николаевич осознал, что лучше все же быть здоровым. Это было усилено врачом: «Болезнь отступает». Анализ душевной жизни пациента постоянно подкреплялся словесным внушением в составлении бодрствования. Затем Николаю Николаевичу была выдана приятно пахнувшая зеленого цвета мицтрура с предписанием принимать определенное количество капель строго по часам.

Через месяц состояние пациента улучшилось настолько, что мысли о раке перестали мучить его. Николай Николаевич занялся самооздоровлением, практикует раздельное питание, дыхание по системе йогов и бег трусцой. Все это занимает теперь его свободное время. ■

5. Психическая травма + особенности характера + вредные внешние воздействия → последствия саморазрушения.

Последствия саморазрушения как душевые, так и телесные, часто бывают связаны с различного рода зависимостями. Злоупотребление алкоголем, наркотиками,

табаком, кофе, транквилизаторами, снотворными, обезболивающими, эмоциональная зависимость, трудоголизм могут в результате привести к гипертонии, инфарктам, инсультам, эпилептическим приступам, черепно-мозговым травмам и т. д.

Далеко не все подобные случаи попадают в поле зрения психотерапевта, далеко не все пациенты изъявляют готовность решать свои проблемы — и многие из них сокращают свою жизнь на годы и десятилетия. Иногда симптомы пациентов трактуются врачами как результат случайности (частые травмы) или неправильного образа жизни, тогда как на самом деле за этими симптомами стоит склонность к саморазрушению.

✓ Юрий Андреевич находился на обследовании в терапевтическом отделении по поводу болей в области сердца и приступов головокружения. При обследовании была выявлена ишемическая болезнь сердца. Юрий Андреевич — работник больницы, но долго не соглашался на госпитализацию, так как был очень занят: работал еще в нескольких жестах. В беседе выяснилось, что последние несколько лет он спит не более пяти часов в сутки (объяснял это характером работы), выкуривает две пачки сигарет в день, а 50-граммовой банки растворимого кофе ему едва хватает на два дня. Кроме того, у него сформировалась и развивается потребность в алкоголе. Пройдя обследование, Юрий Андреевич отказался как от лекарств, воздействующих на сердечную мышцу, так и от психотерапии. Он просил выписать ему транквилизаторы, «чтобы снять напряжение». ■

Особенности характера пациентов нередко типичны для так называемых зависимых личностей: дефицит глубинной, первичной способности испытывать радость,

склонность к «подпитке» изнане, а также проблемы с самоконтролем. Зависимая личность ищет себе зависимость — и находит ее. Помощь пациенту часто заключается в переключении его на все менее разрушительные зависимости (например, «заязвающего» алкоголика — на накопление материальных ценностей). Одновременно осуществляется лечение телесных последствий саморазрушения. (Подробнее о саморазрушительном поведении — см. соответствующую главу.)

6. Болезнь тела + особенности личности → психологические реакции на болезнь.

В этих случаях, в отличие от психосоматических расстройств, телесный недуг первичен, а психологическая реакция на него — вторична. Тут мы говорим о соматопсихических соотношениях.

Выраженность реакции может быть различной: от спокойного осознания факта заболевания и разумного стремления к излечению — до тяжелого душевного расстройства. Имеют значение тяжесть телесного заболевания, срок его существования, возможности его излечения или уменьшения симптоматики, степень его повреждающего действия на головной мозг, психологический смысл, который пациент вкладывает в свое заболевание (от субъективной приятности и выгодности до ощущения жизненного краха), личностные особенности пациента. Тяжелые болезни тела (онкологические, почечная и печеночная недостаточность, тяжелые формы сахарного диабета, рассеянный склероз и др.) нередко приводят к значительным изменениям в душевной сфере. В то же время нет прямой пропорциональности между тяжестью телесного страдания и выраженностью реакции на него: при серьезных болезнях тела человек может сохранять полное психическое здоровье, а при незначительных — приобрести душевное расстройство.

Можно выделить следующие варианты реагирования на телесное страдание.

1. Гармоничный (трезвая оценка своего состояния, разумный подход к лечению; в коррекции не нуждается).
2. Тревожный (беспокойство и мнительность в отношении болезни и ее осложнений).
3. Ипохондрический (преувеличение опасности болезни, сочетание желания лечиться и неверия в успех лечения).
4. Меланхолический (удрученность болезнью, неверие в успех лечения).
5. Апатический (полное безразличие к болезни и лечебному процессу, пассивность).
6. Неврастенический (поведение по типу «раздражительной слабости»).
7. Обессиленно-фобический (навязчивости и страхи).
8. Сенситивный (чрезмерная озабоченность впечатлением, которое болезнь производит на окружающих; боязнь стать обузой для близких).
9. Эгоцентрический («уход в болезнь»; выставление напоказ своих страданий и манипулирование оружением с помощью болезни).
10. Эйфорический (необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни).
11. Анозогноическая (отрицание болезни — полное или частичное).
12. Эргопатический («уход от болезни в работу»).
13. Паранойяльный (уверенность в том, что болезнь — результат чьего-то злого умысла, недоверие к врачам и подозрительность в ходе лечения).

Реакции на телесное заболевание в зависимости от их выраженности, глубины и стойкости требуют более или менее активного психотерапевтического вмешательства. Иногда это вмешательство осуществляется стихийно, «по наитию» — медперсоналом, родственниками и друзьями пациента. В более серьезных случаях может потребоваться помощь психотерапевта-про-

фессионала. Основную же роль в лечебном процессе играет врач соответствующего профиля, занимающийся телесным аспектом проблемы.

То, что личность может оказаться сильнее даже очень серьезного недуга, показывает следующий пример.

Федор Петрович — профессор одного из городских вузов. Его жизнь была яркой, плодотворной, насыщенной событиями. Он внес значительный вклад в науку и сейчас пишет очередную монографию по своей специальности. У него любящая и дружная семья. Начальство его уважает, а студенты благотворят. Он аскетичен в своих привычках и прост в общении. Несколько лет назад его настигла очень серьезная болезнь почек, но Федор Петрович не воспринял диагноз как приговор. Он только стал более собран в своих занятиях наукой и более внимателен к семье. Он исправно выполняет все рекомендации врачей, но не зацикливается на болезни и при случае не прочь даже пошутить над ней. Несмотря на пессимистические прогнозы, Федор Петрович продолжает жить, активно работать, радоваться жизни, состояние его здоровья не ухудшается. ■

Существует и множество других душевно-телесных взаимовлияний, которые не всегда приводят к развитию соматического или психического заболевания. Во всех случаях очень важно правильно поставить диагноз, определить роль самого пациента, психотерапевта и врачей других специальностей в лечебном процессе, уточнить характер (стационарный, амбулаторный) и место лечения (или решения проблем).

Важно понять, о чём говорят симптомы, точнее, что пытается сказать человек с помощью своих симптомов, и готов ли он расставаться с ними. Важно помочь

человеку выражать свои чувства, не впадая в болезнь, не убегая из трудной жизненной ситуации, а изменяя ее.

К какому врачу обратиться за помощью: к психотерапевту или к специалисту по болезням тела?

Иногда этот выбор оказывается затруднительным для пациента. Вот несколько признаков, позволяющих предположить душевную причину страдания, они не абсолютны и важны именно в совокупности.

1. Заболевание начинается после психической травмы.
2. Симптомы реагируют на жизненную ситуацию: усиливаются в трудных обстоятельствах и ослабевают в благополучных, внезапно появляются и внезапно исчезают.
3. Симптомы быстро сменяют друг друга, меняется место проявления страдания, его интенсивность, его характер (например, блуждающие по телу боли, то колющие, то ноющие, то сильные, то слабые, сменяются тяжестью за грудиной).
4. При телесно-ориентированном обследовании (анализы, ЭКГ, ЭЭГ, компьютерная томография и прочее) не выявляется достоверных отклонений от нормы.
5. Телесноориентированное лечение (в том числе у разных специалистов) не дает эффекта.

В большинстве случаев страдание, как указывалось выше, носит смешанный характер и целесообразно проконсультироваться у врачей, занимающихся болезнями тела, пройти обследование в рекомендованном ими объеме, уточнить соматическое лечение (если таковое необходимо), а затем заниматься психотерапией.

Большое значение психотерапия имеет и для предотвращения болезней тела. Душевное равновесие, умение радоваться жизни и стойко переносить жизненные трудности, раскрытие потенциала личности, гармонизация семейных отношений, достигаемые в ходе психотерапии.

терапии, делают человека менее восприимчивым к разного рода заболеваниям, уменьшают сроки их протекания и количество осложнений и в конечном счете увеличивают продолжительность человеческой жизни и улучшают ее качество.

Д

ДЕТИ БЕЗ РОДИТЕЛЕЙ И РОДИТЕЛИ БЕЗ ДЕТЕЙ

«Я все время думала о них — живы ли, и где находятся, и что с ними происходит. Когда мать лишили родительских прав, мне было четырнадцать. Ане — восемь, а Маше только исполнилось три года. Я просто с ума сходила от тревоги за них, всех новеньких в нашем детском доме о них расспрашивала. Но никто ничего не знал. Когда я получила паспорт, первым делом принялась искать их. Все детдома обошла и школы-интернаты, все больницы... И вот в туберкулезном санатории мне говорят, есть, мол, девочка одна, фамилия и имя совпадают — но фамилия-то у нас очень распространенная, я шла и молчала: боже, только б не просто совпадение — и выжу — стоим: худая, обрита наголо — от вшей, значит... сестренка моя! Я ее даже не узнала сначала — так она выглядела. Потом уж и Машу нашла».

Плечи у Светланы Васильевны вздрогивают, а голос прерывается. Наконец мы обе не выдергиваем и плачем. Невозможно без слез слышать эту историю. Мать Светланы Васильевны пила залпами и часто меняла спутников жизни. Три дочери от разных отцов росли сами по себе. Светлана, старшая, рано поняла, что на мать пала-

заться невозможно, и взяла на себя все заботы о сестрах. Сейчас все они выросли.

Светлана Васильевна — женщина-предприниматель с очень развитой интуицией. Ее проблема состоит в том, что на протяжении всей жизни она буквально тащит на себе множество людей, близких и не очень, часто забывая не только о личных потребностях, но и об интересах своих детей. Так, она полностью содержит мужа и его многочисленную родню, сверх меры помогает сестрам и сотрудникам, пытается спасать знакомых от семейных разладов и пьянства. Вместе с тем позволяет мужу быть детей и унижать себя.

Дети без родителей, сироты... Эту тему невозможно обойти молчанием. Раньше государство нередко отнимало родителей у детей: родители погибали в войнах, умирали в сталинских лагерях, а государство внушало детям мысль, что оно-то и является их Большим Отцом, которого нужно чтить превыше всего. Сейчас дети из дома по-прежнему не пускают, только родители все чаще сами отказываются от тех, кому они случайно — без желания, без любви — подарили жизнь, не сказав, что делать с этим подарком. Возможны для матери и отца алкоголь и наркотики оказались важнее собственного сына или дочери, возможно, ребенок родился тяжелобольным и не был принят в родительские сердца, возможно, мать настолько плохо устроила свою жизнь, что ей не на что даже кормить свое ~~детя~~.

Социальное сиротство, сиротство при живых родителях — это позор для нации, это показатель того, как дешево у нас ценится человеческая жизнь. Персонал детских домов физически неспособен, в силу своей малочисленности и загруженности, заменить детям «отказникам» мать. А недостаток любви для ребенка — как недостаток солнца для маленького ростка: такие дети

хуже развиваются умственно и физически, чаще болеют.

Из-за отсутствия естественной среды развития, несформированности простых жизненных навыков и правил лишь очень немногим из этих детей удается создать и сберечь собственную семью, реализовать себя в профессии, жить в ладу с миром и собой. Каждый такой ребенок, подрастая, начинает понимать, что родители отказались от него. Возникает естественный вопрос: почему это случилось? И тогда ребенок может решить: «Я плохой» или «Они плохие».

В первом случае агрессия направляется на себя и наблюдается широкий спектр саморазрушительного поведения — от пьянства до попыток самоубийства. Во втором случае агрессия направлена вовне, ребенок начинает мстить миру за свою отверженность: так формируются преступники и просто жестокие люди. Особенно неблагоприятным является сочетание этих двух установок в душе подрастающего человека. Но, к счастью, это не единственные возможные варианты решений. Ребенок может великодушно простить своих несостоявшихся родителей, может, вырастая, найти смысл жизни в помощи отверженным, стать социальным работником, или дать жизнь своим детям и изливать на них ту любовь, которой самому недоставало в детстве. Счастливые исходы возможны. Но рубцы в душе такое детство оставляет навсегда.

Существует и множество семей, в которых дети в большей или меньшей степени безнадзорны, их естественные жизненные потребности игнорируются, «не замечаются» родителями. В лучшем случае (если здесь вообще уместно говорить о «лучшем») ребенок сът и одет, но никого не интересует, что творится в его душе, о чем он мечтает, чего боится, с кем дружит. В худшем случае родители почти не обращают внимания на детей, предоставляя им выживать самостоятельно, или даже цинично используют ребенка для удовлетворения

собственных нужд, заставляя малолетнего просить милостыню или заниматься проституцией. Последствиями такого «воспитания» нередко является не только склонность к криминальному или асоциальному поведению, но и глубокий, проносимый через всю жизнь душевный разлад с утратой доверия ко всем людям.

Часто встречается и следующий феномен, возможно, специфичный для нашей страны: детей сдают на воспитание бабушкам и дедушкам. (Часто в этих случаях родители находятся в разводе, и один из них вообще не проявляет интереса к существованию сына или дочери, а второй слишком занят зарабатыванием денег, саморазрушением или созданием новой семьи, в которой ребенку не находится места.) Ситуация смягчается, если бабушка и дедушка любят ребенка и заботятся о нем, подменяя отсутствующих родителей (в таких семьях внука или внучку часто называют «сын» или «дочка»). Но и здесь имеются свои сложности. Хотя дети нередко вырастают социально благополучными и способными к любви людьми, они часто панически боятся потерять своих пожилых «родителей» и тяжело переживают утраты. Кроме того, отмечается своеобразная «любовь через поколение»: прохладное отношение к собственным детям (заимствованное от родителей) сочетается с пылким обожанием внуков (приобретенным у бабушки и дедушки).

Трагична судьба детей, подвергающихся насилию в собственных семьях. Насилие может носить различный характер: физический (побои, любое неоправданное причинение боли, насильственное кормление или лишение пищи и т. д.), психологический (унижения, оскорбления), сексуальный (от развратающих действий до полового акта) и смешанный. Оно имеет различную интенсивность (в зависимости от выраженности повреждающего действия на психику ребенка) и частоту (от одного эпизода до образа жизни). Никогда не забуду четырехлетнего ребенка, молчаливого, с затравленным взглядом

и множеством пятнышек на теле, похожих на следы комарных укусов. При расспросе выяснилось, что отец (!) в отсутствие матери систематически истязал несчастного малыша и, в частности, колол его иглой. Мать «ничего не замечала», пока в дело не вмешались беспокойные криками ребенка соседи. Значение имеет не только то насилие, которому подвергается ребенок, но и то, которое он наблюдает в семье (например, отец бьет мать). Вырастая, такой ребенок склонен отождествлять себя либо с жертвой («Такая уж наша судьба») — и тогда он будет как бы случайно находить людей и ситуации, позволяющие ему играть роль жертвы, «коала отпущения», либо с насильником, решив: «Я им всем отомщу» или «Прав тот, кто сильнее» (в этом случае человек проявляет насилие по отношению к окружающим и в первую очередь к тем, кто не способен этому противостоять). Часто бывает и так, что насильник и жертва по очереди проявляются в поведении человека: например, на работе он ведет себя как жертва, а в семье склонен проявлять насилие или создает такую семью, в которой супруги мучают друг друга по очереди. Человек, подвергшийся в детстве насилию, обычно несет в себе повышенный запас агрессивности, обращенной на себя или на окружающих людей; он имеет больше шансов не дожить до старости, приобрести депрессивное или тревожное расстройство (в том числе такое серьезное, как посттравматическое стрессовое расстройство).

Вольно ранит неокрепшую душу ребенка и первое отношение со стороны родителей, когда жестокость и неоправданные придирки чередуются с лихорадочной лаской. Такая неровность часто объясняется особенностями родительского характера, особенно ярко проявляющими себя в трудных жизненных обстоятельствах (например, циклический характер с частыми необъяснимыми сменами настроения или астенический характер, при котором вспышки раздражительности чередуются

с утомлением и бессильными слезами раскаяния). Кроме того, у таких родителей имеется склонность изливать свои неприятные эмоции на ребенка, который оказывается без вины виноватым и никак не может понять, почему один и тот же поступок вчера вызвал одобрительную улыбку, а сегодня — брань. Неровность в отношении к ребенку может быть обусловлена и другими причинами (например, алкоголизацией, наркотизацией или душевной болезнью родителя). Впоследствии у ребенка может развиться аффективное (связанное с настроением) расстройство.

Не меньшую опасность представляет шротиворечковое отношение к ребенку: на словах говорится одно, а мыслью и поведением изображается другое (например, мать говорит ребенку: «Я люблю тебя», а сама отталкивает его). Ребенок не может понять, на что ему следует реагировать — на слова матери или на ее поведение. Впоследствии у таких детей отмечаются серьезные проблемы в общении, трудности в принятии решений, повышенный риск развития некоторых душевных заболеваний (в том числе таких серьезных, как шизофрения).

Огромное влияние на формирование психики ребенка оказывают его отношения с матерью в раннем возрасте. Долгая разлука с матерью, особенно в период от восьми месяцев до двух с половиной лет (в это время интенсивно развивается эмоциональная сфера), как правило, представляет собой серьезную психотравму, на которую ребенок реагирует чаще всего развитием депрессии. В поведении его при разлуке с матерью выделяют фазы протеста (громко плачет, зовет мать, ищет ее, пытается успокоить себя самостимуляцией — сосет палец, раскачивается в кроватке и т. д.) и отчаяния (затихает, становится вялым, безучастным, перестает интересоваться игрушками, отказывается от пищи, с трудом засыпает, утрачивает свежеприобретенные навыки речи, самообслуживания).

В тяжелых случаях такое расстройство расценивают как аналитическую депрессию. Ситуацию усугубляет отсутствие рядом лиц, тепло относящихся к ребенку, удовлетворяющих его потребности в любви, заботе и играх. На ранних стадиях заболевания воссоединение с матерью способствует излечению ребенка, на поздних происходят необратимые изменения в структурах головного мозга и возможен летальный исход. К счастью, сейчас аналитическая депрессия в развернутом виде отмечается сравнительно редко, а депрессивная симптоматика при разлуке с матерью смягчается присутствием бабушек и воспитателей Домов ребенка. Тем не менее пережитая разлука может впоследствии откликнуться тревожным расстройством (в частности, паническим расстройством) или новой депрессией, связанный с разлуками и утратами.

Разумеется, вышеизложенные не исчерпываются проблемы детей-сирот и детей, отцы и матери которых не вполне справляются со своими родительскими обязанностями. Но хочется еще раз подчеркнуть, что даже самые трагичные обстоятельства первых лет жизни ребенка не являются фатальными и лишь предрасполагают к появлению психологических проблем, но не обуславливают их. Многое зависит и от самого ребенка (его наследственности, склада характера), и от окружения.

В то время, когда тысячи детей в Домах ребенка спрашивают каждую приходящую посетительницу «Ты не моя мама?» — когда нерадивых женщин по закону лишают родительских прав — в это самое время тысячи бездетных семей мечтают о возможности отдавать ребенку всю нерастраченную любовь. Ибо чаще всего решение принять в семью ребенка из детского дома продиктовано насущной потребностью реализовать себя в материнстве или отцовстве; на втором месте стоят соображения социального престижа, а также боязнь развода или желание иметь поддержку на старости лет.

Чаще всего усыновляют ребенка семьи, где не было своих детей, затем — семьи, пережившие смерть единственного ребенка; изредка встречаются такие, в которых родные дети воспитываются вместе с усыновленными. Выходит, что в силу различных обстоятельств усыновляются дети родственников или друзей. Во всех этих случаях ребенок приходит в новую для него семью. Безусловно, решение об усыновлении (удочерении) должно быть хорошо продумано, ибо семья берет на себя высокую ответственность за жизнь и воспитание ребенка. Всем, кто убежден: «Все равно он останется детдомовским» и «Наследственность не исправишь» — возможно, лучше вообще этим не заниматься.

Принимая решение об усыновлении, вы должны быть готовы отнестись к ребенку как к родному, без всяких оговорок. При этом стоит учесть следующее:

- а) ребенок не обязан и не может быть во всем похожим на вас самих, всплесканный вами в мечтах персонаж или вашего умершего ребенка;
- б) его прошлое, как правило, изобилует психическими травмами, которые могут проявлять себя в различные возрастные периоды, в том числе во взрослом состоянии, и помочь излечению должны именно вы;
- в) ребенок может страдать различными физическими недугами, лечение которых является вашей задачей;
- г) даже в самом благоприятном случае вам придется отдать ему много сил, терпения и времени, не говоря уже о материальных затратах.

Не стоит думать, что процесс адаптации ребенка в семье всегда протекает гладко и безболезненно. Он может длиться до двух лет и включает в себя следующие фазы.

1. Фаза иллюзий и надежд. В это время как ребенок, так и приемные родители видят друг друга другие не столько реальных людей, сколько вымечтанные

образы. Будущее представляется безоблачным, а имеющиеся проблемы и разногласия — несущественными по сравнению с фактом обретения друг друга.

2. **Фаза нарастания напряжения.** Дымка иллюзий рассеивается, члены новой семьи вновь обретают отчетливость восприятия и обнаруживают частичное несовпадение своих ожиданий и реальных свойств друг друга. Порой это несовпадение кажется полным. Появляются чувства обиды, разочарования, вины, гнева и страха. Эти чувства зреют, но пока почти не изливаются наружу.
3. **Фаза конфликтов.** Напряжение достигает критического уровня и разряжается в конфликте. Предъявляются взаимные претензии, а порой — прямые обвинения и угрозы. В этот период очень важно, какое решение примет для себя каждый из членов семьи. Лучше всего, если все готовы обсуждать проблемы и помогать друг другу в их разрешении, продолжая жить вместе. Но порой принимаются и другие решения: происходит уход (родители отдают ребенка обратно в детдом или ребенок сам убегает из семьи), отдаление (например, отец старается проводить дома как можно меньше времени) или продолжение конфликтов.
4. **Фаза перестройки внутрисемейных отношений.** Разрешаются самые наболевшие проблемы, уточняются внутрисемейные роли, родители и ребенок начинают лучше понимать друг друга. Система отношений приобретает стабильность.

Вышеописанные фазы могут иметь более или менее драматический характер, но в целом они являются нормой при выстраивании отношений в новой семье. Обращение к психотерапевту чаще всего происходит в фазах 2 и 3. Однако завершение адаптации еще не гарантирует семейной гармонии. Опасна как ситуация угнетения ребенка родителями с неоправданными при-

дирками, упреками, попытками унизить, физическими наказаниями (ребенок в роли жертвы), так и ситуация постепенного потеснения всех интересов ребенка с отказом от удовлетворения собственных потребностей (родители — жертвы). И в том, и в другом случае в родительском поведении явно или скрыто звучит навязчивый рефрен: «Ты должен быть благодарен нам за все, что мы сделали ради тебя». И в том, и в другом случае ответом часто становится «черная» неблагодарность.

Многие семьи, желающие усыновить ребенка-сироту, испытывают определенные сомнения. Что, если они не справятся с взятой на себя ответственностью? Возвращать усыновленного в Дом ребенка, вторично заставляя малыша проходить через травму сиротства? Или терпеть и мучиться самим? Для сомневающихся потенциальных родителей в некоторых регионах существует практика пробных отпусков. Ребенок приходит в семью в гости (на день, неделю или на каникулы), при этом взрослые не дают ему лишних обещаний. Когда срок пребывания ребенка в семье заканчивается, принимается решение о том, будет ли ребенок усыновлен, станет навешивать семью или никогда больше не придет в нее.

Часто перед приемными родителями встает вопрос: как объяснить близкому окружению появление ребенка в семье? Многие мучительно боятся сказать об этом прямо. Вспоминается мне добрая, милая, очень ранимая молодая женщина, которая долго имитировала беременность с помощью подушки, привязанной к животу, затем сменила место жительства, придумала легенду о восточном прадедушке, объясняющую рождение смуглого темноволосого мальчика у родителей-блондинов, и все время с трепетом ожидала разоблачения. Надо сказать, что отсутствие способности к деторождению передко воспринимается женщиной как тяжелый порок и ведет к появлению чувств вины и страха. Окружение

же порой ведет себя нечутко, обижая женщину намеками на ее «неполноту» и указывая ребенку на «незаконность» его появления в семье. Хотелось бы освободить всех женщин, принявших благородное решение воспитать неродного по крови, но такого желания ребенка, от переживания этой мнимой вины. Социальные факторы зачастую оказываются важнее физиологических, а способность дать любовь, воспитать гармоничную, счастливую личность не определяется способностью к деторождению. Примат социального над физиологическим подтверждает и следующий феномен: у пары, усыновившей малыша, способность к деторождению нередко восстанавливается, и семья обретает второго ребенка. Не делайте тайны из факта усыновления. С достоинством смотрите в глаза людям. Вам есть чем гордиться.

Но как объяснить все это ребенку? Многие дети на основании логических выводов, ранее воспоминаний или интуиции знают или по крайней мере догадываются, что не были рождены в этой семье. Как объяснить ребенку, куда исчезла его родная мать и почему затем был выбран именно он? Задача эта непроста, но разрешима. Стоит сказать примерно следующее: «Ты не виноват в том, что все так произошло. Никто не виноват. Так сложились обстоятельства. Ты хороший, и мы все тебя очень любим. Нам всем очень повезло, что мы нашли друг друга».

Радость любви к растущему человеку, возможность участвовать в формировании его личности с лихвой компенсируют все трудности, связанные с усыновлением. Я знаю такие счастливые семьи. И в этой связи мне вспоминается беседа с молодым человеком по имени Иван.

 *Ивану повезло. Его родители — мудрые и заботящие люди. Повезло и им.*

Сейчас Ивану 20 лет. Он вырос красивым, уравновешенным, умным парнем, надежным другом и нежным сыном. Мама Ивана очень волновалась, не догадываясь ли сын о том, что в раннем возрасте был принят в семью. Я убедила ее в том, что лучше сказать ему правду. Осторожно начав разговор на тему, я быстро поняла, что Иван все знает. Он не отрицал этого. «И... что Вы чувствуете?» Тут он улыбнулся и просто ответил: «Я их люблю. Зря мама так волнуется». ■

Особого внимания заслуживают отношения между членами так называемой неполной семьи, то есть семьи, где детей воспитывает один родитель. Второй родитель отсутствует (он умер; пропал без вести или просто расстался с семьей и не принимает никакого участия в ее жизни). Было бы ошибкой полагать, что все неполные семьи несчастны или ущербны. Можно привести множество примеров, когда дети в таких семьях вырастали весьма достойными и вполне здоровыми людьми. Дисгармоничная полная семья, где один из родителей пьет или избивает детей, может нанести детской душе гораздо больше серьезных повреждений, нежели неполная семья, в которой ребенка любят и разумно воспитывают. Отсутствие одного из родителей может отчасти компенсироваться теплыми отношениями с родственниками, педагогами и старшими друзьями того же пола, что и отсутствующий родитель. Вместе с тем в неполной семье существуют и свои трудности, и главная из них — нарушения в отношениях с противоположным полом. У детей, выросших в неполной семье, часто отмечаются вследствие неустойчивые (быстро распадающиеся) браки или склонность сохранять явно дисгармоничный брак «ради детей».

Что же мешает родителям из неполных семей найти себе нового спутника (или спутницу) жизни? Бесе-

дя с пациентами на эту тему, я выделила две группы причин — внешние и внутренние. Внешние причины формулируются следующим образом.

1. Неверие в любовь к ребенку («Неродной отец родного не заменит», «Мачехи — они и в сказках злые»).
2. Агрессивность, направленная на противоположный пол («Все мужчины думают лишь о своих удовольствиях», «Все женщины глупы»).
3. Нежелание обременять себя («Своих проблем хватает», «Не хочу стирать чужие щоки»).
4. Невозможность найти партнера («Знакомиться nowhere, и возраст уже не тот»).

Если же мы заглянем в душу одинокого родителя поглубже, то сможем обнаружить следующее.

1. Патологическая связь с бывшим супругом (хотя брак распался, оставшийся партнер не простился с ушедшим в своей душе и, возможно, питает надежду на восстановление брака).
2. Патологическая связь с собственными родителями (расторгнув брак, человек с облегчением возвращается в родительское гнездо, где живет сам и воспитывает ребенка вместе со своими отцом или матерью).
3. Патологическая связь с ребенком (сюда относятся те случаи, когда сын в эмоциональном отношении заменяет матери мужа, а дочь заменяет отцу жену. Дети в таких семьях ревниво оберегают родителя от нового брака, добиваясь единоличного «владения» им).
4. Низкая самооценка (человек отказывается верить, что его еще может кто-нибудь полюбить. Как правило, на депрессивный манер винит себя в распаде семьи).
5. Боязнь повторения травм и ошибок предыдущего брака.

Часто встречается вариант неполной семьи с приходящим отцом, редко — материем. Появилось даже выражение: «воскресший папа». «Воскресный папа» изредка появляется в семье, засыпает ребенка подарками и обещаниями счастливого различий, а маму — баснями о том, что он-де вот-вот решит все свои проблемы и они славно заживут все вместе. В промежутках между редкими и нерегулярными посещениями «воскресный папа» живет своей жизнью и не думает обременять себя ответственностью за семью. Семья фактически является неполной, и в то же время это не сразу осознается ее членами, ибо в душе женщины долго теплится надежда на воссоединение, а для ребенка «воскресный папа» является кем-то вроде сказочного Деда Мороза, несущего праздник в своем мешке.

Создание новой семьи, как правило, начинается с освобождения от разрушительных чувств, связанных с распавшимся браком. Каждая семья неповторима, и потому в психотерапевтической работе всегда важно учитывать специфику внутрисемейных отношений, личностные особенности и ожидания членов семьи. Вместе с тем существует ряд общих закономерностей, и схему работы с неполной семьей можно представить следующим образом.

1. Признание факта, что брак распался и восстановлению не подлежит.
2. Отречение от разрушительных чувств (гнева, обид, тоски, стыда, вин и др.), связанных с распавшимся браком.
3. Выражение благодарности (возможно, звонко) бывшему супругу за все то хорошее, что было в браке.
4. Эмоциональное и физическое отделение от бывшего супруга, осознание того, что у него — своя жизнь, у вас — своя.
5. Укрепление самооценки.

6. Анализ причин распада брака и причин, мешающих вступить в новый брак.
7. Активизация общения с ближним окружением, получение эмоциональной поддержки.
8. Активизация общения с противоположным полом.
9. Выбор партнера.
10. Адаптация нового партнера к членам семьи.
11. Создание новой семьи.

То, что история существования неполной семьи может иметь счастливый конец, подтверждает случай молодой женщины по имени Лиза.

Лиза — умная и волевая особа, но нередко ее импульсивность одерживала верх над здравым смыслом. Влюбившись в человека вдвое старше себя, Лиза решила, что он непременно должен на нее жениться. Девушка полагала, что именно она должна спасти своего избранника от его неудачного брака (страдания, причиняемые ему этим браком, сам избранник неоднократно подчеркивал в приватных беседах) и осчастливить его рождением сына. И она действительно родила ему сына, и избранник был, по всей видимости, счастлив этим обстоятельством, но разводиться со своей женой не стал. Какое-то время он судорожно метался между двумя женщинами, а затем превратился в «воскресного папу» для Лизиного сынишки, при этом он почти не помогал Лизе.

Время шло. Постепенно Лиза, что называется, упала с небес на землю и обнаружила, что осталась без мужа, без средств к существованию и с маленьkim ребенком на руках. Сначала ей помогали родители, затем молодая женщина устроилась на работу и быстро научилась неплохо зарабатывать, понимая, что отныне может рассчитывать только на свои силы. Однако прощание

с надеждой на семейную жизнь с приходящим избранником затянулось на долгих семь лет, ибо Лиза была упрямая. Затем она очнулась окончательно и начала задавать всем знакомым мужчинам вопрос: «Смог бы ты полюбить чужого ребенка как родного?». Мужчины отвечали по-разному, в основном вежливо и дипломатично, но ни один ответ не казался Лизе удовлетворительным.

Тогда она разместила объявление в газете и получила от двухсот мужчин письма, содержащие в себе надежду на знакомство. Тем из написавших, кто показался ей симпатичным при первой встрече, она продолжала задавать все тот же вопрос. И вот однажды, вместо ставших уже привычными вежливо-уклончивых ответов Лиза услышала простое и недвусмысленное «Да». Вадим был молод, но отличался зрелостью суждений, надежностью и непоколебимым здравым смыслом. Он сразу полюбил Лизу и вскоре предложил замужество. Лиза прекратила дальнейшие поиски, но предложила сначала пожить вместе, дабы «проверить свои чувства».

Проверка длилась больше года, и для всех членов новой семьи это было вовсе не простое время. Иногда Лиза, привыкшая за семь лет к роли одинокой матери, пыталась отташнуть Вадима, но тот терпеливо и мудро усмирял ее порывы. Он стал хорошим отцом Лизиному сыну, и вскоре мальчик ответил ему любовью. Самой Лизе через год пришлось ненадолго уехать в командировку и там, вдали от дома, она обнаружила, что сильно скучает по Вадиму и мыслями часто возвращается к нему. Ночью Вадим встречал ее на вокзале — свежий, сияющий, с розой в руке. По лицу Лизы текли слезы. Последние барьеры рухнули. Она любила этого человека.

Вскоре Лиза и Вадим поженились. Они воспитывают сына и готовятся к рождению второго ребенка, всем членам семьи эта встреча по-прежнему кажется настоящим чудом.

А что же стало с «воскресными лапой»? Какое-то время он продолжал посещать сына и пытался настраивать Лизу против Вадима. Потом обнаружил, что стал лишним в этой семье, и прекратил посещения. Сейчас он сетует общим знакомым не только на тяготы своего брака, но и на жестокость Лизы. ■■■

Не стоит, однако, думать, что с приходом в семью нового взрослого в ней немедленно воцаряются покой и благополучие. Возможно, так бывает, но очень редко. Обычно члены семьи проходят те же фазы взаимной адаптации, что и при усыновлении ребенка. И на этом этапе возможны следующие перекосы в семейных отношениях, создаются своего рода коалиции.

1. **Мужчина и женщина против ребенка.** Неоправданные упреки и чрезмерно суровые наказания достаются ребенку, при этом взрослые полностью одобряют поведение друг друга.
2. **Женщина и ребенок против мужчины.** Мужчина старается, но никак не может угодить семье, его достижения умаляются, просьбы саботируются, а робкие критические замечания встречаются потоком слез или обвинений. Иногда (или постоянно) в дело вмешиваются бабушки и дедушки ребенка и на манер древнегреческого хора восклицают: «Чего ж вы хотите! Отец-то неродной!». Ребенок пользуется в семье неограниченной властью.
3. **Женщина мечется между ребенком и мужчиной.** Она тщетно пытается угодить обоим, забывая о своих личных потребностях, становится арбитром в долгих и бесплодных спорах — и живет в по-

стоящим душевным напряжением, которое сменяется глубокой усталостью.

Адаптация может длиться до двух лет. Постепенно все перекосы сглаживаются, в семье формируется определенный эмоциональный баланс. Во второй брак люди обычно вступают более обдуманно, нежели в рачный первый, они имеют более реалистичный взгляд на партнера и большую лояльность к нему, четко формулируют свои потребности и тщательнее осуществляют выбор. Возможно, поэтому вторые браки часто оказываются достаточно прочными. Брак имеет хороший прогноз, если члены семьи готовы сотрудничать друг с другом и нести свою часть ответственности за семью.

Желающим иметь детей современные технологии предоставляют новые возможности сделать это. (Например, экстракорпоральное оплодотворение, вынашивание плода суррогатной матерью и др.) В любом случае к родительской роли стоит готовиться заранее — не только физически, но и психически. Основная цель этой подготовки — принятие ребенка, готовность дать ему любовь. При правильном подходе ограничения собственного организма можно компенсировать, а совершенные ошибки исправить. И если вы мечтаете о полной и счастливой семье, она у вас обязательно будет. Только над воплощением своей мечты в жизнь вам придется поработать.

В заключение — несколько пожеланий людям, которым посчастливилось стать родителями.

1. Избегайте (особенно это касается мам) длительных разлук с ребенком до трех лет.
2. Отвечайте на все вопросы ребенка — терпеливо и по существу.
3. Воздерживайтесь от безусловных отрицательных оценок личности ребенка («Ты плохой», «Ты глуп»), критикуйте только отдельные поступки. Не делайте невыгодных для ребенка сравнений с другими детьми.

4. Не применяйте к ребенку физических наказаний, как бы вы ни сердились на него.
 6. Будьте последовательны в своих словах и поступках. Ставьте хорошим жизненным примером для своих детей.
 6. Не ставьте слишком много запретов. Запреты должны быть обоснованы, тверды и неизменны.
 7. Радуйтесь вместе с ребенком его достижениям, поощряйте его стремление к самостоятельности.
- Все это, в сущности, очень просто — и очень важно. А главное пожелание хочется написать большими буквами: **ЛЮБИТЕ ДЕТЕЙ!**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У каждого из нас — свой неповторимый путь, своя линия жизни. Она определяется характером и сценарием, желаниями и страхами личности. На нее, как бусины на нитку, нанизываются основные жизненные события. На нее влияет наследственность и среда, в которой живет человек, его телесное здоровье и его отношения с другими людьми. Она определяет смысл и результат человеческого существования. Какой она окажется, эта линия жизни: прямой или извилистой, длинной или короткой, приводящей к цели или обрывающейся на середине — зависит от нас самих.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

Адаптация (лат. *adaptatio* — приспособление) — приспособление к условиям окружающей среды. Психологическая А. предполагает, что человек находится в гармонии с собой, партнерами по общению и окружающим миром в целом. Дезадаптация — нарушение А.

Акцентуации характера (лат. *accentus* — ударение) — крайние варианты психиатрической нормы, при которых разные черты характера развиты неравномерно и в структуре личности имеются «слабые места», при воздействии на которые психотравмирующих факторов может произойти дезадаптация личности. При некотором сходстве с психопатией (содержит сходные характерологические радикалы, наблюдается на протяжении всей жизни) отличается от последней парциальностью (дисгармоничность развития затрагивает не весь характер, а лишь отдельные его черты), меньшей глубиной дезадаптации.

Алкоголизм (араб. *al Kohol*) — систематическое злоупотребление спиртосодержащими напитками в дозах, вызывающими опьянение. Хронический А. характеризуется длительным употреблением алкогольных напит-

ков, формированием психической и телесной зависимости от алкоголя, изменением его переносимости, необратимыми нарушениями в душевной и телесной сфере (алкогольная деградация).

Аналитическая (психоаналитическая) психотерапия — группа психотерапевтических методов, использующих в качестве теоретической базы психоанализ — учение З. Фрейда о существовании подавленных влечений в бессознательных слоях психики, которые могут прорываться на поверхность сознания в замаскированном виде — в виде симптомов, о борьбе сознания и бессознательного. Современные авторы придают большое значение социальным условиям, в которых живет и развивается личность (круг общения, семейные отношения, ситуация в обществе и т. д.).

Гипноз (греч. *hypnos* — сон) — особое состояние психики, обычно вызываемое искусственно. Характеризуется изменением сознания с повышением способности гипнотизируемого воспринимать внушение и снижением восприимчивости ко всем другим влияниям. Используется в психотерапии в качестве самостоятельного метода или в сочетании с другими лечебными методами.

Гипнотерапия (греч. *hypnos* — сон, *therapia* — лечение, забота) — психотерапевтический метод, основанный на применении лечебного внушения в гипнозе.

Депрессия (лат. *depressio* — подавление, угнетение) — болезненное состояние психики, характеризующееся снижением настроения, двигательной и психической заторможенностью, снижением жизненного тонуса, пессимистическими оценками себя, своего положения в настоящем и будущем. Разные компоненты Д. могут быть выражены в различной степени.

Зависимость (определение Всемирной организации здравоохранения) — психическое, а иногда также и соматическое состояние как следствие приема психотропной субстанции. Оно характеризуется нарушением поведения и другими расстройствами, включающими стремление принимать эту субстанцию постоянно или периодически для достижения психического эффекта и иногда сопровождается избеганием ошибок в выборе субстанции для предотвращения неудовлетворенности.

Ипохондрия (греч. *hypochondrion*) — необоснованная обеспокоенность по поводу минимого или реально существующего, но преувеличиваемого заболевания, которое пациент считает тяжелым и/или неизлечимым. Наблюдается в рамках различных душевных расстройств.

Истерические расстройства (лат. *hysteria* — матка) — группа расстройств психики, при которых наблюдается высокая внушаемость и самовнушаемость пациентов, возникновение симптомов на фоне психической травматизации, их демонстративность, несоответствие внешних проявлений болезни выраженности объективных изменений в организме.

Конформизм (лат. *conformis* — подобный, соответствующий) — склонность личности к изменению своего поведения в зависимости от влияния окружающих с целью приспособления к нормативам данного социального окружения.

Психиатрия (греч. *psyche* — душа, *iatreia* — лечение, врачевание) — смежная с психотерапией область медицинской науки. Занимается изучением причин, распространенности, видов, проявлений психических заболеваний, разрабатывает методы их диагностики, лечения и профилактики.

Психология (греч. *psυχe* — душа, *logos* — наука, учение) — смежная с психотерапией область знания, изучающая закономерности развития и функционирования психики.

Психопатия (греч. *psυχe* — душа, *patoς* — страдание, болезнь) — «уродство характера», аномалия личности с дисгармоничностью всего личностного склада. П. характеризуется стабильностью (проявляется на протяжении всей жизни), тотальностью (дисгармоничны не отдельные черты личности, а весь склад характера), социальной дезадаптацией (частые стереотипные конфликты, личность нередко с трудом находит свое место в обществе). В формировании П. важное значение имеют как наследственная предрасположенность, так и условия воспитания.

Психосоматика (греч. *psυχe* — душа, *soma* — тело) — направление в современной психотерапии, изучающее взаимосвязи психических особенностей личности, подавленных чувств, влечений, внутрипсихических конфликтов и их выражение на телесном уровне в виде симптомов, носящих символический характер.

Психосоматические расстройства (психосоматозы) — группа заболеваний, при которых психотравмирующие воздействия и наличие определенных особенностей психики обуславливают расстройства функций органов и систем тела. Различают органические П. (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь и др.), при которых имеются стойкие изменения в клетках и тканях организма, функциональные П. (например, вегетососудистая дистония, логоневроз), при которых нарушение функций не сопровождается органическими изменениями, и П. в широком смысле (например, повышенный травматизм, обусловленный личностными особенностями пациента).

Психотерапевт — квалифицированный специалист по психотерапии. В нашей стране П. обязан иметь высшее медицинское образование, специализацию в области психиатрии и психотерапии и сдать экзамены, подтверждающие его способность работать по данной специальности.

Психотерапия (греч. *psyche* — душа, *terapeia* — лечение, забота) — «лечение средствами души», область знания, использующая методы психологического воздействия на отдельного человека или группу людей с целью улучшения их психического состояния, качества жизни и адаптации в обществе. П. насчитывает в своем арсенале около 2000 методов, содержащих (в разных пропорциях) анализ жизни и переживаний пациента, эмоциональную поддержку и обучение новым образцам поведения. П. направлена как на лечение различных психических расстройств, так и на решение психологических проблем личности. Являясь первоначально областью медицины, в настоящее время П. перерастает медицинские рамки, активно развивается П. здоровых.

Стигматизация (греч. *stigma* — клеймо) — процесс «навешивания ярлыков», выбраковывание из общества носителей стигмы с игнорированием их личностного потенциала. С. подразумевает, что носитель стигмы является менее ценным членом общества и обладает вследствие этого меньшими правами, нежели аналогичный индивид без стигмы. С. может осуществляться по национальному, ментальному, религиозному, имущественному, половому, возрастному и другим признакам.

Страх — чувство внутренней напряженности, непосредственной опасности для жизни в ожидании угрожающих событий.

Темперамент (лат. *temperamentum* — соразмерность) — индивидуальные особенности личности, определяемые ее эмоциональностью и активностью в их динамической взаимосвязи (интенсивность, темп, ритм, подвижность психических процессов).

Тревога — чувство неопределенной опасности, возможности неблагоприятного развития событий. Раличают конституциональную личностную тревожность (присущую данной личности на протяжении ее жизни) и ситуативную Т. (наблюдается у данной личности в настоящее время).

Тревожные расстройства — группа расстройств психики, в клинических проявлениях которых ведущую роль играет тревога.

Травма психическая (психотравма) — воздействие личностно значимой информации на психику человека, способное при недостаточности механизмов психологической защиты и определенном складе личности («слабые места» в структуре характера) привести к развитию психического заболевания.

Фобии (греч. *phobos* — страх) — навязчивые страхи. Характеризуются преувеличением опасности, субъективно воспринимаются пациентом как чуждые (нелепые) и непреодолимые. Делятся на 4 группы:

- 1) Ф. особых ситуаций и общения;
- 2) Ф. опасности окружающего мира;
- 3) Ф. дисфункции того или иного органа или системы;
- 4) Ф. совершения насилия по отношению к самому себе или кому-нибудь другому.

Характер (греч. *charakter* — отличительная черта, особенность) — совокупность стабильных индивидуальных особенностей личности, ее неповторимый психический склад. Формируется и проявляется в деятельности и общении, является основой присущих данной личности форм поведения.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Алкоголизм 75–86.

- признаки 76–80,
- стадии 77–79,
- факторы риска 79–80,
- лечение 84–86.

Гипнотерапия /см. Суггестивная терапия/.

Депрессия 53–62,

- признаки 53–55,
- лечение 56–62,
- анатомическая 158,
- невротическая 56,
- соматизированная 57–58, 141–143,
- эндогенная 56–57.

Дистанция в психотерапии 15.

Зависимости 70–74,

- признаки 71,
- виды 71,
- алкогольная /см. Алкоголизм/,
- пищевая 97–102,
- трудовая (трудоголизм) 87–96,
- эмоциональная 103–114,
- информационные 71–72,

— химические 71–72.

Ипохондрия 148–149.

Контракт психотерапевтический 17.

Лечение:

- алкоголизма 84–86,
- депрессий 56–62, 142–143,
- ипохондрии 148–144,
- истерических расстройств 136–138,
- пищевой зависимости 99–102,
- психосоматозов 140–141,
- страхов 133–134,
- тревожных расстройств 118–123, 125–128,
- трудоголизма 92–96,
- утрат 44–46, 48–52,
- эмоциональной зависимости 95–96.

Мифы в психотерапии 11–14.

Насилие семейное 155–156.

Пациенты 14–16.

Психиатрия 9.

Психология 9.

Психосоматика 136, 150.

Психотерапевт 15–16.

Психотерапия:

- определение 9,
- методы 17–19, 135–136,
- показана 8–10, 150,
- профессиональная 10–11,
- стихийная 10.

Расстройства:

- истерические 136–138,

- психосоматические 138–140,
- тревожные 116–121.

Развод 165–166.

Реакции психологические на болезнь 147–148.

Саморазрушение 62–74.

- причины 63–65,
- виды 65,
- темпы 65.

Сгорания синдром 15.

Семья:

- алкогольная 81–84,
- дисгармоничная 154–157,
- неполная 152–157.

Созависимость 74.

Стигматизация 11.

Сценарий жизненный 38–41.

Страх 128–132.

Телосложение

- типы 22.

Темперамент 20.

Терапия (психотерапия):

- аналитическая 18, 58–61, 65–67, 69–70, 92–94, 103–108, 118–121,
- суггестивная 50–52, 69–70, 100–101, 125–128, 136–137, 139–140, 144–145, 185.

Травма психическая 42–43.

Тревога 115–128.

Усыновление 159–162.

Утраты 42–52,

- признаки 48,
- стадии 43–46,
- ритуалы 46,
- хронизация переживаний 47,
- лечение 48–52.

Фобии 130.

- Характер 20–41,
- демонстративный 28–29,
 - неустойчивый 32–34,
 - паранойяльный 31–32,
 - пемхастенический 29–30,
 - циклоидный 23–24,
 - шизоидный 25–26,
 - эпилептоидный 26–28.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993.
2. Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб: Речь, 2000.
3. Батарин А. В. Психодиагностика способности к общению, или как определить организаторские и коммуникативные качества личности. — М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1999.
4. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных / Пер. с англ. — СПб: МФИИ, 1992.
5. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1988.
6. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия/ Пер. с англ. — СПб: Братство, 1992.

7. Буль П. И. Основы психотерапии. — Л.: Медицина, 1974.
8. Бурно М. Е. К вопросу о клинической (медицинской) психотерапии. — Московский психотерапевтический журнал, 1993, № 2.
9. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — М.: Медицина, 1989.
10. Гузикова Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. — Л.: Медицина, 1988.
11. Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 1997.
12. Джеймс М., Джонсвард Д. Рожденные выигрывать. Трансакционный анализ с гештальтупражнениями / Пер. с англ. — М.: Издательская группа «Прогресс», 1993.
13. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия / Пер. с англ. В 2-х томах. — М.: Медицина, 1994.
14. Каравасарский Б. Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1980.
15. Каравасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985.
16. Коттерер Дж. Совершенный психотерапевт. Работа с трудными клиентами / Пер. с англ. — СПб: Питер, 2002.

17. Кречмер Э. Строение тела и характер. / Пер. с нем. изд. 2-е — М.-Л.: Госиздат, 1930.
18. Лазурский А. Ф. Классификация личностей / Под ред. М. Я. Басова, В. Н. Мясишева. Изд. 2-е. — М.-Л.: Госиздат, 1923.
19. Лангмайер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте / Пер. с чешского. — Прага: Медицинское изд-во, 1984.
20. Леви В. Л. Разговор в письмах. — М.: Сов. Россия, 1982.
21. Леонгард К. Акцентуированные личности / Пер. с нем. — Киев: Вища школа, 1981.
22. Ле Шан Э. Когда ваш ребенок сводит вас с ума / Пер. с англ. — М.: Педагогика, 1990.
23. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1985.
24. Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л.: Медицина, 1986.
25. Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л. Курс лекций по детской психологии. — Ростов н/Д: Феникс, 2000.
26. Морозова П. Р. Дети и сексуальное насилие // Российский психиатрический журнал, 1999, № 1. С. 66-70.
27. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. — Л.: Медицина, 1988.

28. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. — Л.: Медицина, 1981.
29. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — М.: Медгиз, 1962.
30. Руководство по психотерапии / Под ред. Б. Е. Рожнова. изд. 3-е — Ташкент: Медицина, 1985.
31. Пезешкиан Н. Позитивная семенная психотерапия: семья как психотерапевт. — М.: Смысл, 1998.
32. Свит К. Соскочить с крючка. — СПб: ПитерПресс, 1997.
33. Семке В. Я., Судаков М. М., Свердлов Л. С. Ипохондрические состояния в общесоматической практике. — Томск, 1991.
34. Скиннер Р., Клиз Дж. Семья и как в ней уцелеть. — М.: Класс, 1993.
35. Смулевич А. Б., Гиндин В. Я., Аведисова А. С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний. Некоторые аспекты клинической систематики, организации медицинской помощи и терапии: Обзор зарубежной литературы // Журнал неврологии и психиатрии, 1984. — Вып. 8.
36. Тополинский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1986.
37. Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990.

38. Хорки К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / Пер. с англ. — М.: Издат. группа «Прогресс» — «Универс», 1993.
39. Шерлок Л. Гипноз. — М.: Медицина, 1992.

Издательство «Феникс»

Приглашает к сотрудничеству Авторов

- Учебников для ПТУ, колледжей и ВУЗов
- Медицинской и ветеринарной литературы
- Прикладной и технической литературы
- Литературы по спорту и боевым искусствам
- Детской и педагогической литературы
- Литературы по кулинарии и рукоделию

*Все финансовые затраты берем на себя,
выплачиваем высокие гонорары согласно договорам.*

*При принятии произведения в производство
гарантируется гонорар, превышающий на 10%
предложение любого Российского издательства.
Рукописи не рецензируются и не возвращаются*

НАШ АДРЕС:

344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17
тел. (8632) 62-51-94, 62-58-34, факс 62-57-97
gleb@ic.ru

Торговая фирма «Феникс»

- Оплата и различная торговля книжной продукцией
- Более 50 новинок каждый месяц
- Более 1400 наименований книжной продукции собственного производства
- Более 1500 наименований книг от лучших издательств России
- Своевременная доставка книг в любую точку страны за счет Издательства концепциями и автотранспортом
- Низкие цены и гибкая система скидок

Наш адрес:

344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17
тел. (8632) 62-44-72 — для Санкт-Петербурга, Сибири
и Дальнего Востока
тел. Факс 62-57-97 — для Урала
и севера европейской части России
тел. Факс 62-45-94 — для Москвы
и центра европейской части России
тел. 44-19-04 — для Краснодарского
и Ставропольского краев, Северного Кавказа
e-mail: rhostix@ic.ru

ФЕНИКС

Торгово-издательская фирма

Книги издательства «Феникс»

можно приобрести

в крупнейших магазинах г. Москвы:

ТД «БИБЛИО-ГЛОБУС»

ул. Мясницкая, 6 (тел.: 925-24-57)

ТД «МОСКВА»

ул. Тверская, 8 (тел.: 229-66-43)

«МОСКОВСКИЙ ДОМ КНИГИ»

ул. Новый Арбат, 8 (тел.: 290-45-07)

«МОЛОДАЯ ГВАРДИЯ»

ул. Большая Полянка, 28 (тел.: 238-50-01)

«ДОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КНИГИ»

ул. Пушкинская, 7/5 (тел.: 229-50-04)

«МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА»

Камсамольский проспект, 25 (тел.: 245-39-27)

*По вопросам оптовых и мелкооптовых поставок
обращайтесь в Торговый Дом «Феникс»:*

Наш адрес:

344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17
тел. (8632) 62-44-72 — для Санкт-Петербурга,

Сибири и Дальнего Востока

тел. \ факс 62-57-97 — для Урала и севера европейской
части России

тел. \ факс 62-45-94 — для Москвы

и центра европейской части России

тел. 44-19-04 — для Краснодарского

и Ставропольского краев, Северного Кавказа

e-mail: rboepix@ic.ru

Издательство «Феникс»

сообщает об открытии в г. Москве своего представительства для работы с покупателями в г. Москве и Московской области

*по адресу: ул. Маршала Новикова, д. 1,
вход со двора (М «Октябрьское поле»),
тел.: 196-08-43, e-mail: feniks-m@mtu-net.ru.*

Моисеенко Сергей Николаевич

Торгово-издательская фирма «Феникс»

имеет представительство в г. Москве на территории
**Издательского Торгового Дома
«КноРус»**

*Вы можете приобрести наши книги
и получать информацию о них по адресу:*

г. Москва, ул. Б.Переславская, 46,
м «Рижская», «Проспект Мира».

*тел./факс: (095) 280-02-07, 280-72-54, 280-91-06,
280-92-13*

e-mail: phoenix@knoprus.ru

Мелкооптовый и розничный магазин при складе

г. Москва, Сокольнический вал, д. 2«б» (256-м автобусом от станции М «Рижская» до остановки «1-я Рыбинская улица») тел.: (095) 264-27-73
Сервер в сети Интернет: <http://www.book.ru>

ТОРГОВЫЙ ДОМ «ФЕНИКС»

В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

книги издательства «Феникс»

можно купить:

«ДОМ КНИГИ»

Невский проспект, 28

Тел.: 318-65-04, факс: 311-98-95

Email: poskova@hbook.spb.ru

Для оптовых покупателей

РЕГИОНАЛЬНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО

194100, г. Санкт Петербург,

ул. Капитана Воронина, дом 8

тел.: 245-55-76, 245-06-57

Email: spbbooks@mail.lanck.net,

phoenixspb@mail.lanck.net

Заничковский Владимир Николаевич

Представительство осуществляет доставку грузов
автотранспортом и почтой-багажными вагонами,
транспортные расходы делятся 50/50.

В РОСТОВЕ-НА-ДОНЕ

книги издательства «Феникс»

можно купить:

Согласия, 3

тел.: 99-93-39

Станиславского, 8а

тел.: 67-18-83

Кални, 4

тел.: 53-77-77

Немировича-Данченко, 78

тел.: 44-69-34

Соборный, 17

тел.: 62-47-07

Большая Садовая, 70

тел.: 62-06-73

e-mail: ph21c@mail.ru

Справочное издание

Некрасова Елена Александровна

Краткий справочник по психотерапии

**Ответственные
редакторы:**

**Жанна Фролова
Наталья Калиничева
Галина Логвинова
Геннадий Чмырев
Николай Передистый
Владимир Кузнецов**

**Тех. редактор:
Редактор:
Корректор:
Макет:**

Сдано в набор 15.11.2002.

Подписано в печать 20.12.2002.

Формат 84×108 1/32. Бумага Типогр. № 2.

Гарнитура Школьная.

Тираж 7 000. Заказ № 794.

Издательство «ФЕНИКС»

344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17

**Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУИПП «Курск»
305007, г. Курск, ул. Энгельса, 109.**

**Качество печати соответствует
качеству представленных заказчиком диапозитивов**

Феникс



Интернет-магазин

OZON.ru



30674746

158к 5-222-03008-3



9785222030080