

КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Я.И. Коряков

РАБОТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ТЕРАПИИ РЕАЛЬНОСТИ

Терапия реальности, называемая иногда также терапией здравого смысла, – это практичный, современный, директивный метод консультирования и психотерапии, разработанный Уильямом Глассером [14,15,16,17,18] и его коллегами. Среди наиболее близких родственных подходов можно указать адлерианскую и рационально-эмотивно-поведенческую терапию.

По мере своего развития терапия реальности нашла применение в самых разных психологических сферах – отношений [17,20], эмоционального выгорания [31], аддиктивного поведения [22,33], суицидального поведения [34], последствий сексуального насилия [23,24], острого горя [29], тревоги и депрессии [30], сексуальных расстройств [11] и многих других, в том числе, не относящихся к консультированию (например, образования, эффективного управления и т.д.). В данной работе мы опишем применение терапии реальности в отношении психосоматических расстройств в соответствии с накопленным автором за последние годы опытом. Обсуждение данной тематики встречается у представителей соответствующего направления, в первую очередь, в работах Глассера, но специального внимания она не получила, если не считать рассмотрения случаев хронической боли [28].

Основные положения теории выбора Глассера можно описать следующим образом:

1. Потребности и желания – мотиваторы человеческого поведения. Потребности универсальны и общи для всех людей, желания специфичны и уникальны для каждого человека.

Базовые потребности:

- физические (выживание, самосохранение);
- в принадлежности (любви, отношениях);
- во власти (компетентности, достижении, самооценке, признании);
- в удовольствии (развлечении);
- в свободе (независимости).

Желания представляют собой специфические способы удовлетворения потребностей, образуют внутренний «фотоальбом» соответствующих образов.

2. Разница между тем, что человек хочет, и тем, что он получает (в его восприятии), непосредственно обуславливает конкретное поведение в данный момент.

3. Поведение составляют действия (делание), мышление (думание), чувства (чувствование) и физиология. Поведение всегда целенаправленно и стремится уменьшить различие между тем, что человек хочет, и тем, что, как ему видится, он имеет.

4. Таким образом, тотальное поведение имеет внутреннее происхождение и, в основном, является выбранным. Оно направлено на контроль внешней и внутренней ситуации с целью максимально возможного удовлетворения базовых потребностей. Люди ответственны за свое поведение и способны меняться. Изменение происходит в результате выбора более эффективного поведения.

5. Человек воспринимает мир опосредованно, при помощи перцептуальных систем. Низкий уровень восприятия – распознавание внешнего мира, событий и ситуаций. Высокий уровень восприятия – вынесение суждения, приписывание положительного или отрицательного значения объектам восприятия.

Теорию выбора нельзя назвать строго научной, скорее, это прагматичная модель-метафора, основанная на клиническом опыте, и терапевтическая идеология. Однако как таковая она весьма эффективна в применении к психологическому консультированию.

Поскольку физиологические проявления входят в так называемое тотальное поведение, любой симптом, вообще, любой поведенческий паттерн, включает соматические аспекты. Такое «соматическое поведение» является также, в большой степени, результатом выбора человека, попыткой адаптации и контроля в его жизненной ситуации, и его вполне резонно (хотя и условно) можно назвать психосоматическим. Если физиологические проявления поведения дисфункциональны, в общем случае, мы можем говорить о психосоматическом нарушении. Сам Глассер называет психосоматическим расстройством «хроническую болезнь, которая является прямым результатом не контролируемой эффективно жизни, обычно в течение долгого времени, (и) которая включает не только боль и дискомфорт, но также ошутимое повреждение какой-либо ткани или органа в теле» [13, с. 180]. Таким образом, язва двенадцатиперстной кишки будет, по определению Глассера, психосоматическим расстройством, а мигрень, какое бы сильное влияние она ни оказывала на жизнь человека, – нет. Такой, хоть и логичный, взгляд кажется нам излишне ограничивающим, поскольку исключает из рассмотрения традиционно относимые к психосоматическим симптомам острые или хронические боли неясного генеза, не включающие

повреждения тканей, такие, как вышеупомянутая мигрень. Мы используем здесь более обобщенную точку зрения, тем более что на этиологические модели и ход терапии это никак не влияет. Нужно отметить, что и в целом, современная нозология психосоматических расстройств ясностью и проработанностью не отличается [3,4,19].

В отличие от традиционных психодинамических и близких к ним моделей [1,3], в терапии реальности не проводится глубокий этиологический анализ симптома. В общем, симптом свидетельствует о неэффективности контроля в жизни клиента. Несмотря на популярность подхода «специфические проблемы – специфический результат» и развитую этиологическую мифологию психосоматики (порой весьма полезную в работе), очень часто нельзя выявить какие-то надежные закономерности. Похожие стратегии поведения могут привести к разным симптомам у разных людей, и наоборот, разные жизненные стили порождают аналогичные заболевания. Поэтому терапия может быть неспецифичной, но эффективной. Например, практически одинаковые консультативные действия привели в одном случае к почти полному и устойчивому исчезновению астматических проявлений, в другом – к снятию диагноза красная волчанка. И в том, и в другом случае клиентки осознавали свою эмоциональную зависимость от матери и предпринимали действия, ведущие к сепарации от нее, укрепляя, в то же время, отношения с партнерами. В терминах базовых потребностей они могли лучше удовлетворить, в первую очередь, потребности в свободе, принадлежности (отношениях) и, в какой-то мере, во власти (компетентности), что привело к изменению общего баланса потребностей.

В отличие от деятельностного, когнитивного и, в какой-то мере, эмоционального физиологический компонент тотального поведения субъектом непосредственно не контролируется. Однако он может формироваться во многом как реакция на остальные составляющие, что обуславливает как возможность собственно психосоматических расстройств, так и возможность психотерапевтического влияния. Физиология приспособляется к определенным когнитивно-эмоционально-деятельностным конфигурациям. В процессе эволюции человек выработал определенные физические реакции на те или иные условия и состояния, связанные с ними. Скажем, интенсивные движения, бег стимулируют работу потовых желез. Но та же реакция потения может быть вызвана ситуацией сильного смущения. Социальная эволюция значительно превосходит биологическую в скорости изменений, и организм не успевает приспособиться к новым эмоциональным требованиям и когнитивным метаморфозам. Как правило, лучшее, что он

может предпринять, – подобрать реакцию «по аналогии» с выработанными. Например, неудовлетворенность, связанная с фрустрацией базовых потребностей, может «восприниматься» организмом аналогично ситуации голода, приводить к усилению пищеварительных процессов и, в конечном счете, к язве двенадцатиперстной кишки. Таким образом, многие психосоматические расстройства обязаны своим появлением ошибочным (в силу неспецифичности) адаптивным процессам.

Как особый случай Глассер рассматривает расстройства с явным и непосредственным участием иммунной системы организма (ревматоидные артриты, экземы и т.п.). Действительно, как показывают многочисленные исследования последних десятилетий в области физиологии, именно иммунная система наиболее оперативно и чутко откликается на психические изменения [9,21,26]. В свое время эта ее особенность привела к возникновению и развитию целой междисциплинарной области исследований – психонейроиммунологии [7,8,21]. Расстройство можно считать результатом творческой адаптации организма, однако в этом случае творчество становится деструктивным. Если расхождение между желаемым и получаемым не удастся устранить «обычными средствами», фрустрация принимает хронический характер, человек может изменить восприятие ситуации. Если изменение касается, в первую очередь, когнитивной и эмоциональной сферы, мы наблюдаем развитие психотических процессов. Например, чувствуя тревогу, параноик в своем восприятии превращает в источник агрессии и нападения близких, друзей, людей, даже не подозревающих о его существовании и т.д. Подобно этому, в области физиологии иммунная система, «ощущая» стресс, может превратить во «врагов» части и органы собственного тела или безобидные субстанции, атакуя их в творческой попытке защитить организм от мифического нападения, можно сказать, что иммунная система «галлюцинирует». Все же подобное «безумие» организма является не ошибкой, как часто полагают, а адаптивным решением. Приспосабливаясь к сложившейся ситуации, человек делает определенный выбор, исходя из имеющихся ресурсов. Во многих случаях такой выбор является вынужденным, организм просто не «видит» другого решения, иного способа удовлетворить свои потребности на данный момент. Когда же предоставляется возможность, физиология сама настраивается на более здоровый вариант, если, конечно, органические нарушения не зашли слишком далеко. В простых случаях специфической аллергии часто достаточно провести несколько манипуляций с визуальными образами (работа с когнитивной сферой), чтобы организм почти немедленно ответил снижением, изменением или снятием аллергической реакции. В

некоторых случаях иммунной системе нужно время для выбора (до недели), но это не требует дополнительного терапевтического вмешательства – организм сам приспосабливается к изменившемуся мышлению.

С телеологической точки зрения, Глассер на примере депрессии описывает три функции любого симптома [17,18].

1. Контроль и модификация гнева, который всегда возникает при фрустрации желаний и потребностей.

2. Крик о помощи.

3. Ограничение деятельности, в которую (чаще всего неосознанно) человек не желает или боится вовлечься.

Гнев – наиболее частая реакция в ситуации, когда человек не может удовлетворить собственные желания. Уже в самом раннем возрасте ребенок пытается активно контролировать окружение, используя именно гневные эмоции, капризы. Однако (в подавляющем большинстве случаев) он достаточно быстро усваивает, что такие попытки контроля не очень эффективны и даже могут иметь негативные последствия – наказание, ответный родительский гнев, по крайней мере, игнорирование. И ребенок учится заменять неудачный способ поведения более эффективными, но не обязательно конструктивными – теми, что подкрепляются реакциями ближайшего окружения. Поскольку гнев появляется спонтанно, заменяющий вариант также должен эффективно контролировать эмоцию, связывать ее энергию, модифицировать реализацию. Соматический симптом, в частности, может хорошо справляться с этими задачами. Неслучайно, скажем, язвенная болезнь нередко связывается с прямым конвертированием агрессии в недуг. В русле модификации гнева также возникают расстройства, воспринимаемые (чаще неосознанно) как самонаказание за недостойное или неуспешное поведение, либо общий статус негодяя или неудачника.

Соматический симптом также может служить неявной просьбой о помощи, в нашей культуре даже более эффективно, чем та же депрессия. Как очевидная болезнь, он позволяет честно и легально претендовать на сочувствие и участие окружающих. Явная просьба о помощи может быть расценена как свидетельство некомпетентности, неполноценности – препятствие к удовлетворению потребности во власти. Болезнь же – другое дело, очень часто человек с детства привыкает к тому, что больному достается больше внимания, чем здоровому, к нему проявляют снисхождение, на него ложится меньшая нагрузка и ответственность. Он получает поддержку и заботу почти автоматически.

Отказ от какой-либо деятельности также хорошо мотивируется соматическими жалобами и симптомами. И если депрессия может еще

показаться сомнительным оправданием для такого отказа, то физическое расстройство или нарушение – явный лидер в данной категории. На эту функцию болезни прямо указывает слово «недомогание». Очень часто угрожающая деятельность связана с возможностью неудачи, особенно, если опыт такой неудачи человек уже имеет. Например, у девушки, пережившей тяжелое расставание с молодым человеком, в дальнейшем развилась локализованная форма нейродермита (кисти рук), вследствие чего она стала ограничивать свои социальные контакты и отчаялась завести близкие отношения (по предварительным данным исследований в Екатеринбурге около 38% женщин с аллергодерматозами не могут создать семью [6]).

Выбор именно соматического симптома в противовес «чисто» психологическим часто обусловлен подкреплением болезненного состояния со стороны окружающих – так появляются «ипохондрические» варианты и относительно поздно развивающиеся расстройства (язвы, ревматоидные артриты и пр.). С другой стороны, психосоматика в раннем возрасте обусловлена тем, что у младенца физиологические компоненты тотального поведения развиты лучше, чем деятельностные, когнитивные и даже эмоциональные. Соответственно, гибкость и творческий потенциал здесь гораздо выше, и затруднения в поведенческом контроле могут эффективнее разрешаться соматически. Классические представители этого ряда расстройств – аллергии, дерматиты, астма и т.п. Понятно, что совмещение этих двух факторов, влияющих на выбор, также широко встречается.

Соматические расстройства могут стать результатом определенного образа жизни, что часто подчеркивают медики. Ежедневные стрессы, гиподинамия, нездоровое питание выливаются, например, в артериосклероз. То есть, болезнь является следствием и отражением тотального поведения человека – соответствующих действий, мыслей, паттернов эмоционального переживания. Такой вариант обычно не рассматривается как психосоматика, но, по сути, является ею. И врач, рекомендуя больному конструктивный отдых, отказ от курения, диету и физические упражнения, действует как психолог-консультант в рамках терапии реальности – предлагает пациенту изменить приоритеты желаний и поведение для более эффективного контроля собственной жизни.

Однако во многих случаях качество медицинской помощи можно повысить, добавив к ней психологические консультации, а в случаях очевидной психосоматики, когда медицинские средства не работают, психотерапия может стать решающим фактором исцеления или, по крайней мере, оптимального контроля болезни. С другой стороны,

ограничиваться только психологической работой во многих случаях нецелесообразно: чем более ярко выражены у пациента органические изменения, тем более важно обращаться к врачебной помощи. В идеале же медики и психологи могут работать совместно, дополняя функции друг друга.

В процессе консультирования в общем случае можно выделить четыре явных этапа, которые сами по себе четко не структурированы [32]. В принципе, даже их последовательность оказывается удобной, но не обязательной в каждом случае. Основой же всего процесса служат эффективные терапевтические отношения и общая атмосфера встреч.

На *первом* этапе выясняются желания клиента и особенности его восприятия. Полезно, в первую очередь, помочь прояснить клиенту, что он хочет от консультирования, консультанта, от собственной семьи, окружающих людей, от самого себя. Необходимо понять, насколько сильны его желания в том или ином контексте, каковы его приоритеты и цели. К такому прояснению нужно возвращаться на протяжении всего процесса консультирования, корректируя его направление по мере надобности. Кроме того, важно понять, как клиент воспринимает происходящее с ним, каков его локус контроля. Здесь, как правило, можно исследовать общий уровень удовлетворенности клиента в жизни, конкретные области фрустрации желаний и базовых потребностей.

Для клиентов с психосоматическими расстройствами довольно характерно замешательство относительно дифференциации собственных желаний, степени их выраженности и приоритетов. Подчас консультационное интервью может быть сопряжено с обучением клиента различать искомые сущности. Например, полезным оказывается «спектр желательности», описывающий степени желаний [32]. Можно выделить в нем следующие категории: безоговорочное требование – воздуха, пищи и т.п., преследуемая цель – сопровождается соответствующим поведением, желание – сопровождается определенными, но не слишком большими, усилиями, слабый каприз – не очень значимые предпочтения, «двойная связь» – желание сопровождается саботирующими действиями (переедание при желании сбросить лишний вес), неохотное пассивное принятие – часто, принятие неизбежного, нежелаемое активное принятие – принятие негативных последствий желаемого поведения, мечта (греза, фантазия) – о чем-то недостижимом.

На *втором* этапе исследуется деятельность клиента, включая мышление и чувства, причем не только относительно симптомов и жалоб, но и, в целом, – привычное поведение в типичных жизненных условиях. Особое внимание уделяется именно деятельностному аспекту поведения, поскольку действия контролируемы и изменяемы легче, чем всё

остальное. Это подчеркивается консультантом в задаваемых вопросах: «Что Вы делаете, когда симптом проявляется (отсутствует)?», «Представьте, что Вас снимает видеокамера, когда Вы чувствуете себя несчастной. Что я могу увидеть в этом фильме?». Упор делается, в первую очередь, на текущее поведение. Хотя проблемы человека могут иметь давнее происхождение (и прояснение обстоятельств их начала может оказаться крайне важным для успешной работы), их поддерживает его поведение в настоящем, его текущие потребности не удовлетворяются теми методами, которые он использует в данный момент.

Третий этап – оценочный. Отвечая на вопросы консультанта, клиент оценивает, насколько те или иные его действия эффективны для достижения желаемых результатов, насколько реалистичны и конструктивны его цели и желания. Важны следующие области оценки: 1) эффективность общего жизненного стиля; 2) эффективность специфических видов деятельности; 3) возможность реализации желаний и их реалистичность; 4) адекватность восприятия в конкретных случаях; 5) уровень мотивации клиента и степень ожидаемого успеха; 6) успешность плана действий, если он есть, насколько он удовлетворяет характеристикам хорошего плана. Важна также самооценка консультанта (возможно, уже требуется супервизия).

Переход к четвертому этапу знаменует собой ключевой момент терапии – выбор клиентом собственно пути изменения в противоположность сохранению и поддержанию текущего дисфункционального состояния. В дальнейшем процессе консультирования бывает полезным напомнить о результатах оценки и сделанном выборе – это помогает предотвращать саботаж и повысить ответственность у клиента. Для кого-то такие напоминания следует делать регулярно.

На *четвертом* этапе клиент с помощью консультанта планирует изменения собственного поведения. Терапевтические планы должны удовлетворять критериям эффективности. Они должны быть достаточно простыми, реалистичными, измеримыми, реализуемыми непосредственно и контролируруемыми самим клиентом. Эффективна формулировка целей в положительных терминах (что будет происходить, осуществляться, а не просто то, от чего нужно избавиться). Реализация плана не должна зависеть от внешних факторов, а должна основываться на решениях и действиях клиента. Планы могут быть сколь угодно обширными и детализованными, но важно наметить первые, непосредственные шаги к изменению. Желательно (хотя не всегда возможно и обязательно), чтобы клиент заканчивал встречу, имея определенное чувство направления и приняв решение о ближайших действиях в этом отношении. Контрольный

вопрос: «Что Вы сделаете сегодня такого, чего не сделали бы, не случись наш сегодняшний разговор?»

Для клиентов с психосоматическими расстройствами полезным дополнением оказывается упражнение «Саботаж». Клиенту предлагается сформулировать методы саботажа для выбранного плана действий – этого часто достаточно для укрепления решимости (или пересмотра исходного плана). Усиление метода – задание придумать вторичный план по борьбе с саботажем. Также клиенту полезно бывает определить свой уровень вовлеченности, касающийся реализации плана. Достаточно выделить пять степеней: «Не хочу здесь находиться и делать ничего не буду», «Мне нравятся результаты изменений, но не хочется прилагать усилий», «Я попытаюсь», «Я это сделаю», «Я сделаю это во что бы то ни стало».

Особенное внимание в случаях психосоматических расстройств нужно уделять чувственно-эмоциональной сфере. Так же, как и физиологические реакции, эмоции прямо не контролируются человеком, но находятся в прямой зависимости от его мыслей и действий. Поскольку цель терапии реальности – эффективное изменение, она фокусируется именно на мышлении и деятельности. Подчас это уводит от тщательного рассмотрения чувств и эмоций, несмотря на вполне эффективный набор средств для работы с ними. Однако эмоциональная сфера играет особую роль в психосоматических расстройствах и требует к себе особого же внимания. Эмоциональные дисфункции всегда присутствуют в случаях психосоматических заболеваний. Недавние исследования показывают, что подавление так называемых негативных эмоций, в первую очередь, гнева, вообще нарушения в их регуляции являются прогностическим признаком для развития сердечно-сосудистых расстройств и, в долгосрочной перспективе, связаны с разнообразными ухудшениями здоровья [12,25]. Обучение эффективной эмоциональной регуляции становится, по сути, одной из главных задач психообразовательного подхода и психологического консультирования в работе с психосоматическими и соматическими недугами. К сожалению, анализ различных программ психообучения для соответствующих пациентов показывает, что эта задача практически не решается – общим предписанием о необходимости снижения уровня тревоги и депрессии недостает конкретики [27]. Идеология и методы терапии реальности обеспечивают вполне успешное решение задач эффективного эмоционального контроля.

В системе поведения эмоции имеют и оценочно-сигнальную функцию, сообщая о специфической готовности человека реагировать на конкретную ситуацию. Например, радость сигнализирует об удовлетворении желаний и потребностей (совпадении внутренней картинки и воспринимаемой ситуации). Гнев связан с попыткой

контролировать окружение – это сигнал о том, что человек готов изменять ситуацию в соответствии со своими желаниями. Страх – сигнал о реальной или воображаемой угрозе в ситуации, которую нельзя контролировать. Человек готовится защищаться или бежать. Грусть связана с потерей, конкретной или абстрактной, реальной или воображаемой (здесь границу провести труднее, чем в случае угрозы и тревоги). Человек готовится освободить себя от прежней привязанности. Эту же сигнальную функцию выполняют и ощущения – боли, жажды, голода, сексуального возбуждения. Все они относятся к области чувств («чувствовать радость» – «чувствовать голод»).

Соответственно, задача распознавания чувств – одна из важнейших для эффективного удовлетворения базовых потребностей. В случаях психосоматических расстройств мы часто наблюдаем путаницу и замешательство именно в отношении правильного различения клиентом собственных переживаний. Нередко это проявляется в том, что телесно клиент испытывает разные чувства в одном и том же месте. Например, молодая женщина с диагнозом «гастрит» и затруднениями в питании все негативные чувства – страх, раздражение, печаль – ощущала в области желудка, там же, где и чувство голода, практически неотличимое от отвращения.

Замешательство и неразличение в области чувств могут быть присущи человеку в течение всей жизни, недаром психосоматические расстройства тесно связаны с алекситимией. В этом случае бывает достаточно трудно не только помочь клиенту научиться распознавать и различать чувства и эмоции, но и просто привлечь его внимание к этой проблеме. Локализация переживаемого чувства в теле – один из важных шагов в решении такой задачи. Нередко те или иные эмоциональные состояния телесно связаны с областью локализации соматического симптома.

Другие проблемы, касающиеся адекватности выражения чувств при условии их правильного распознавания, составляют несообразность интенсивности и внешней выраженности эмоции и несоответствие чувства обстоятельствам. Социальные последствия таких искажений очевидны. Внутренне интенсивное переживание, сопровождаемое слабым внешним проявлением, может вызывать заметное или хроническое напряжение в организме, а реакция окружающих на внешние признаки может не соответствовать ожиданиям субъекта. Обратная ситуация, когда слабые переживания получают сильное выражение, также чревата трудностями в общении и, соответственно, в удовлетворении базовых потребностей. Вариант несоответствия чувства обстоятельствам часто наблюдается, когда человек примешивает к эмоциональной реакции на текущую

ситуацию какие-то прошлые переживания или переживания, связанные с фантазиями (нередко о будущем). В этом случае полезным может оказаться тренинг распознавания чувств в размерностях «прошлое-настоящее-будущее» и «реальность-фантазия».

Некоторые дисфункции эмоциональной сферы особенно выражены у людей с психосоматическими расстройствами. Несоответствие переживания и выражения чувства нередко доходит до крайней степени – чувство просто не выражается. Человек осознает его, но сдерживает какое-либо проявление. Когнитивный и физиологический аспекты присутствуют в полной мере, деятельностный и эмоциональный удерживаются в относительном напряжении, которое не получает разрешения. Такая стратегия, как правило, выбирается достаточно рано в ответ на требования окружающих «сдерживать чувства», «держаться в руках», «не ронять достоинства», «делать хорошую мину при плохой игре» и нацелена на контроль поведения других людей. Сдерживаемая энергия чувства находит выход в соматическом симптоме. Напряжение снимается ценой болезни. В процессе консультирования клиент может прийти к выводу о неэффективности такого способа контроля ситуации и начать экспериментировать с альтернативными методами выражения чувств. В обучении таким методам, чаще всего, требуется помощь психолога.

Другая стратегия, характерная для людей с психосоматическими заболеваниями – подавление чувств. В этом случае эмоция подавляется тотально, во всех или почти всех аспектах поведения (иногда ей неосознанно дается косвенный выход в деятельности, например, гнев проявляется в саркастических и критических замечаниях). На этой почве легко развивается депрессия (сама по себе довольно разноликая стратегия адаптации), а в соматической сфере нередки хронические боли.

Еще один, характерный для психосоматики вариант – когда подавляется «переживательный компонент» чувства, собственно ощущение, связанное с ним. Проблему выражения чувства человек пытается решить «головой», не осознавая эмоции как таковой, но понимая, что в данной ситуации следует вести себя определенным образом – изображая, например, гнев или иначе решая стоящую перед ним задачу. Такая попытка изолировать, закапсулировать эмоциональную сферу в целостности тотального поведения может «перегрузить» другие компоненты – когнитивный и физиологический. В первом случае могут появиться навязчивые мысли (еще Фрейд описывал изоляцию чувства от мысли как главный механизм невроза навязчивости), во втором – психосоматические расстройства. Организм творчески перераспределяет энергию чувства. Клиент А. страдал от астмы и нейродермита, причем

лекарственный контроль проявлений последнего принял уже угрожающие его здоровью формы [10]. Характерной особенностью переживаний А. было практически полное отсутствие многих эмоций – страха, гнева, грусти в подходящих для этого ситуациях. Терапевтический план, принятый на консультации, предусматривал повышенное осознание собственных телесных реакций, исследование его способов чувствования. А. обнаружил, что страх (возникший в ситуации опасности для его ребенка) проявляется как покалывающие ощущения на коже, а гнев (направленный на отца-тирана и подавляемый с детства) ощущается в груди, там же, где локализованы астматические симптомы. «Возвратив» себе эмоциональные переживания, А. совершил ряд изменений в жизни, которые привели к более эффективным способам удовлетворения базовых потребностей. В результате, астма сошла на нет, а нейродермит принял легко регулируемую форму [10].

Возможны и другие эмоциональные дисфункции, но они не столь выражены для данной категории расстройств. Например, смещение чувства с выражением в другом контексте (гнев на начальника срывается на близких) не очень характерно для людей с психосоматическими симптомами.

Для научения клиентов правильному обращению с чувствами оказалась крайне полезной следующая универсальная метафора. Чувство можно представить как некий вектор, берущий начало в теле субъекта и направленный на что-то – на себя, на внешний объект, ситуацию, собственную фантазию и т.д. Собственно, это что-то и служит поводом для возникновения чувства, а самим человеком воспринимается как его источник и причина. Причем этот повод часто находится вне контроля субъекта, и чувство, связанное с ним, также воспринимается как неизбежное и неконтролируемое («Когда он плохо себя ведет, я сержусь на него и ничего не могу с этим поделать»). Чем больше человек сосредоточен на поводе, тем сильнее и продолжительнее соответствующее чувство. Можно вогнать себя в депрессию, кипеть от непреходящего раздражения, изводить окружающих постоянным беспокойством. Человек «заводит» сам себя, перекладывая ответственность на объект чувства. Вместо этого можно сосредоточиться на противоположном, исходном конце вектора – на тех ощущениях, которые порождаются чувством, на телесном, прежде всего, переживании чувства, абстрагируясь, по возможности, от его объекта. Можно просто наблюдать за изменением этого телесного ощущения, или даже позволить ему охватить тело целиком, погрузиться в него. Это приводит к тому, что чувство, будучи принятым и пережитым, снижает свою интенсивность, исчезает или трансформируется. В той же ситуации человек может теперь действовать,

руководствуясь более рациональными, чем эмоциональными мотивами. Сам процесс близок описанному Джендлиным в методе фокусирования [2]. Необходимо фокусироваться именно на телесном ощущении, а не просто на «своем конце вектора». Скажем, человеку, охваченному жалостью к себе (очень распространенное и, в хроническом виде, деструктивное чувство), кажется, что он и так сосредоточен на себе, а то время как объект этого чувства – образ страдающего себя, некая фантазия.

Клиента можно прямо проинструктировать, предложив выбор соответствующих действий, и помочь потренировать новый способ обращения с чувствами на консультационной сессии в рамках ролевой игры, или вызвав проблемные эмоции воспоминанием о недавних событиях. Разумеется, такой, более конструктивный метод переживания эмоций не станет сразу автоматическим и потребует определенного внимания со стороны клиента, но определенные плоды принесет достаточно быстро. Прежде всего, положительный отклик возникает в межличностных отношениях, а позитивный результат вдохновляет на дальнейшие усилия.

Какие-либо специфические когнитивные нарушения, присущие психосоматическим расстройствам, выявить сложно. В целом, они совпадают с «общепринятыми» [5], однако их наличие, можно сказать, гарантировано.

Особо следует отметить убеждение клиентов в том, что в отношении собственного недуга они не имеют никакого выбора. Они могут лишь страдать, в лучшем случае, играть роль пассивного пациента, подвергаемого медицинскому воздействию (нелишне упомянуть, что такое убеждение нередко поддерживается врачами). Это приводит к пассивной позиции в целом, и человек просто не пользуется возможностями регуляции собственного состояния. Консультирование в рамках терапии реальности позволяет подчеркнуть ответственность клиента за собственный выбор тотального поведения и поощряет принять непосредственное участие в борьбе за свое здоровье.

Успешная работа с психосоматическими расстройствами в рамках психологического консультирования требует активного вовлечения клиента и понимания терапевтом особенностей данной проблематики. Как метафора и метод терапия реальности может эффективно применяться в этой области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аммон Г.* Психосоматическая терапия. - СПб.: Речь, 2000.
2. *Джендлин Ю.* Фокусирование. - М: Независимая фирма «Класс», 2000.
3. *Кулаков С.А.* Основы психосоматики. - СПб.: Речь, 2003.

4. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крезгер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. - СПб., 2003.
5. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. – СПб: Изд-во «Речь», 2001
6. Торопова, Н.П., Синявская О.А. Экзема и нейродермит у детей. - Екатеринбург, 1993.
7. Ader R. Psychoneuroimmunology. Current Directions in Psychological Science. - 2001, 10(3), 94-98.
8. Ader R., Felten D.L., Cohen N. (Eds.) Psychoneuroimmunology. - San Diego: Academic Press, 1991.
9. Booth R.J., Ashbridge K.R. A fresh look at the relationship between the psyche and immune system: teleological coherence and harmony of purpose. // Advances. 1993, 9(2), 4-23.
10. Cartmel G., Cartmel G. A systematic approach to feeling dysfunction in the context of psychosomatic disease. Transactional Analysis. // J. 1988, 18(3), 191-198.
11. Chapman S. Sexual Dysfunction: A Reality Therapy Approach // J. of Reality Therapy. 1995, 15(1), 37-45.
12. Demaree H.A., Schmeichel B.J., Robinson J.L., Pu J., Everhart D.E. Up- and down-regulating negative emotional expressions: behavioral, affective, and autonomic consequences // Psychophysiology. Sept. 2004, 41(S1), S23.
13. Glasser N. (Ed.) Control Theory in the Practice of Reality Therapy. - New York: Harper & Row, 1989.
14. Glasser W. Reality therapy: A new approach to psychiatry. - New York: Harper and Row, 1965.
15. Glasser W. Positive addiction. - New York: Harper and Row, 1972.
16. Glasser W. Control theory. - New York: Harper and Row, 1984.
17. Glasser W. Choice theory: A new psychology of personal freedom. - New York: HarperCollins, 1998.
18. Glasser W. Counseling With Choice Theory: The New Reality Therapy. - New York: Harper Collins, 2000.
19. Guthrie E., Creed F. (Eds.) Seminars in Liaison Psychiatry. - London: Gaskell, 1996.
20. Ford E. Choosing to Love. - Minneapolis, MN: Winston Press, 1983.
21. Foss L. The Biomedical Paradigm, Psychoneuroimmunology, and the Black Four of Hearts // Advances, 1994, 10(1), 32-44.
22. Howatt W. A. Spontaneous choice: An explanation for stopping addictive behaviors // The International J. of Reality Therapy. 2002, 21(2), 9-12.
23. Kelly-Garnett M. Group Treatment of Sexual Abuse // J. of Reality Therapy. 1989, 8(2), 62-68.
24. Kitchen C. D. Crisis Intervention Using Reality Therapy for Adult Sexual Assault Victims // J. of Reality Therapy. 1991, 10(2), 34-39.
25. Mauss I.B., Gross J.J. Blow your top or bite your tongue: Automatic emotion regulation and anger // Psychophysiology. Sept. 2004, 41(S1), S23.
26. Moynihan J. Stress-Induced Modulation of Immunity // Advances. 1994, 10(4), 23-28.

27. *Ousseldorp E., Elderen T. van, Maes S., Heulman J., Kraaij V. A Meta-Analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients // Health Psychology. 1999, 18(5), 506-519.*
28. *Sherman K. C. CAT/RT in Chronic Pain Management // J. of Reality Therapy. 2000, 19(2), 10-14.*
29. *Stanwood D.L. Grief and the Process of Recovery // J. of Reality Therapy. 1992, 12(1), 11-18.*
30. *Udry E.M. Interventions for the Anxious and Depressed // J. of Reality Therapy. 1992. 12(1), 32-36.*
31. *Wubbolding R. Reality Therapy as an Antidote Burnout // Am. Mental Health Counselors Assn. J. 1979, 1,1. 39-43.*
32. *Wubbolding R. Understanding Reality Therapy. - New York: Harper Collins, 1991.*
33. *Wubbolding R. Reality Therapy and Addiction. One to One // J. of National Assn. of Alcohol and Drug Abuse Counsellors (UK). 1995, 7(15), 1-5.*
34. *Wubbolding R. Working with Suicidal Clients // ACA Ethical Standards Casebook, Eds. B. Herlihy, G. Corey. Alexandria, VA: ACA Press, 1996, 267-274.*

Д.А. Сапунов

ПРОБЛЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОДЕРМИТОМ

Прогнозы многих специалистов и учёных, занимающихся проблемой нейродермита, свидетельствуют о возможности значительного увеличения числа больных и более тяжелом течении заболевания в ближайшие годы. Это делает нейродермит одной из наиболее актуальных проблем современности. Помимо ежегодного увеличения числа больных и ускорения темпов роста заболеваемости значимость проблемы обусловлена и недостаточной на сегодняшний день эффективностью лечения этой болезни.

Подход к нейродермиту в настоящее время базируется на идее мультифакторности данного заболевания, сложности его этиологии и патогенеза. Именно с этим связана недостаточная результативность проводимой терапии.

Однако специалисты не придают большого значения поведенческим особенностям ребёнка с нейродермитом: гиперактивности, импульсивности, дефициту внимания. Незамеченным остаётся и то, что практически все дети с таким диагнозом в анамнезе имеют патологии беременности матери, родовую травму или интоксикации в первые годы жизни. Кроме того, такие дети, как правило, очень слабы. Они часто болеют простудными заболеваниями (ОРВИ, ОРЗ), имеют патологии органов пищеварения (прежде всего, энтероколит, дисбактериоз, хронически текущие паразитозы), патологии ЛОР-органов, заболевания