

ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ КОГНИТИВНОЙ МОДЕЛИ

Н.Г.ГАРАНЯН, А.Б.ХОЛМОГорова

Эмоциональные расстройства в форме депрессий, фобий, панических атак и генерализованной тревоги служат одной из серьезных причин социальной дезадаптации, алкоголизма и смертности больных. По данным ВОЗ (1990), ряд факторов современной жизни – резкое возрастание ее стоимости, стремительные изменения социальной и физической среды, дезинтеграция традиционных семейных структур, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний – повышают требования к человеческим возможностям совладать со стрессами и увеличивают риск заболеть тревожно-депрессивными расстройствами. Эпидемиологическое исследование, проведенное в рамках программы Epidemiologic Catchment Area в США, выявило различные типы тревожных состояний у 9% обследованных, а 15,1% переносили тревожные состояния когда-либо на протяжении жизни (*Шиньон*, 1991). Сходные результаты получены европейскими исследованиями, проведенными на основе МКБ-10. По данным ВОЗ (*Sartorius*, 1990), около 100 млн. человек ежегодно обращаются за помощью по поводу депрессивных состояний того или иного генеза. По данным немецких исследователей, каждая пятая женщина в течение жизни перенесла депрессивный эпизод (*Штернберг*, 1977).

Тревожные и депрессивные состояния часто сопровождаются алкоголизацией. По данным Мюнхенского исследования, 50% пациентов, страдающих тревожными расстройствами, также имеют проблемы, связанные с алкоголем, а 26% страдают лекарственной зависимостью от анксиолитиков (*Wittchen*, 1988). И, наоборот, среди пациентов, госпитализированных в связи с хроническим алкоголизмом, распространенность тяжелых инвалидизирующих фобий составляет примерно 33% (*Millaney, Trippet*, 1979). Ежегодные выплаты по

нетрудоспособности лицам, страдающим депрессией, обходятся американской нации в 16 млрд. долларов (NIHM, 1989).

Тревожные и депрессивные расстройства являются одним из самых серьезных факторов риска суицида (NIHM, 1989).

Депрессивные и тревожные расстройства отличает высокая коморбидность (например, по данным венского исследования, 35% депрессивных больных страдают острыми приступами тревоги – *Katsching, 1988*), что оправдывает их совместное рассмотрение (*Вертоградова О.П. с соавт., 1994*). «Взаимосвязь тревожных и депрессивных синдромов представляет собой клиническую реальность. Эта взаимосвязь является главной психопатологической проблемой, как в теоретическом, так и в клиническом и терапевтическом плане. Пытаясь разграничить или даже противопоставить друг другу эти две патологии, современные исследователи настойчиво указывают на эволюционность и взаимосвязь этих состояний, часто сосуществующих у одного и того же индивидуума» (*Шиньон, 1991*).

Таким образом, распространенность тревожно-депрессивных расстройств и их тяжелые последствия в форме алкоголизации, суицидального поведения и снижения социально-трудовой адаптации делают особенно актуальной задачу разработки эффективных методов терапии. Биологическое психофармакологическое лечение имеет ряд ограничений: резистентность большой группы больных к препаратам (40% по различным данным – *Краснов, 1985; Karasu, 1990*), возникновение зависимости от транквилизаторов и седативных средств, а также побочных эффектов от различных психотропных средств (*Quitkin, 1972*). Риск возникновения повторного аффективного приступа, а также суицидального поведения сразу после прекращения медикаментозного лечения остается относительно высоким (*Karasu, 1990*). На наш взгляд, ориентация на чисто медикаментозное лечение укрепляет такой важный фактор риска по тревожно-депрессивным расстройствам, как экстернальность (*Rotter, 1966; Seligman, 1978*) – установка на помощь извне без собственных усилий по совладанию и внутренней перестройке. Все это диктует необходимость психотерапевтической помощи указанному контингенту наряду с медикаментозным лечением.

Существует большое количество психологических моделей тревожно-депрессивных расстройств и соответствующих им психотерапевтических подходов. К наиболее признанным в этой области относят аналитически-ориентированную терапию (*Фрейд, 1922; Abraham, 1927; Bibring, 1953; Jacobson, 1971*), межличностный подход (*Klerman, 1993*), поведенческую терапию (*Wolpe, Lazarus, 1966; Lewinsohn, 1979*), когнитивную терапию (*Beck, 1984; Beck & Rush, 1979; Beck & Emery, 1985*). Каждый из этих подходов акцентирует и разрабатывает определенный аспект этих расстройств, в известной степени игнорируя остальные. Так, аналитическая терапия фокусируется, в основном, на детских травмах; поведенческая – на устойчивых способах реагирования,

возникших по механизму условнорефлекторной связи; межперсональная – на микросоциальном контексте указанных расстройств; когнитивная – на дисфункциональных паттернах мышления.

Тревожно-депрессивные расстройства представляют собой сложную систему нарушений, в которой все выделенные аспекты тесно взаимосвязаны. По-видимому, этим обусловлена отмечаемая в настоящее время тенденция к интеграции и взаимопроникновению всех перечисленных подходов (*Karasu, 1990; Norcross, 1992*). На наш взгляд, наиболее подходящей основой такой интеграции применительно к эмоциональным расстройствам является когнитивная психотерапия. Во-первых, когнитивный подход был создан прицельно для эмоциональных расстройств, и в его рамках особенно много сделано для их фундаментального экспериментального изучения и описания. Во-вторых, двухуровневая когнитивная модель (*Beck, 1984*), учитывающая текущие когнитивно-поведенческие процессы и лежащие в их основе глубинные структуры (подробнее см. *Гаранян*, в этом номере; *Холмогорова*, в этом номере), органично соединяет симптоматически-ориентированные и глубинно-ориентированные подходы.

Пик исследовательского интереса к депрессиям пришелся на 70-80-е годы. Сейчас фокус внимания смещается на тревожные расстройства при сохранении актуальности изучения депрессий. Вероятно, это связано с эпидемиологическими тенденциями нашего времени.

Как отмечается в МКБ-10, на сегодня не существует единой классификации депрессий, одобряемой всеми исследователями (МКБ-10, 1994). Подход, описываемый в данной статье, адресован преимущественно монополярным невротическим вариантам расстройства, с которыми авторам больше всего пришлось работать.

Рассмотрим основные модели депрессий. В рамках психоаналитической школы можно выделить следующие подходы: классический (*Freud, 1922; Abraham, 1927*) и современный (*Jacobson, 1971; Kernberg, 1979; Kohut, 1971; Arieti, 1977*). В классической работе «Печаль и меланхолия» (1922) Фрейд делает попытку развести печаль как нормальную реакцию на утрату объекта привязанности и меланхолию как патологическую реакцию.

Перечислим условия такого патологического реагирования по Фрейду: 1) выбор объекта привязанности на нарциссической основе (построенный не на понимании качеств реального человека, а на приписывании ему свойств, продиктованных собственными желаниями и потребностями); 2) утрата объекта реальная (разлука, смерть) или мыслимая (разочарование, на самом деле неизбежное в силу нереалистичных ожиданий); 3) амбивалентность отношений к объекту – смесь любви и ненависти; 4) идентификация с объектом и трудности дифференциации своего и чужого «Я»; 5) смещение агрессии, возникшей в результате разочарования в объекте, на собственное «Я», вследствие чего она не находит разрядки вовне; 6) регрессия «Я» к оральной стадии

развития. Все это можно обобщить в емком образе поведения младенца, одновременно сосущего и кусающего материнскую грудь при невозможности дифференциации ее от самого себя.

Все последующие аналитические подходы берут за основу тот или иной аспект учения Фрейда о депрессиях – фиксация на оральной стадии развития у Абрахама; недостаточная дифференцированность в сознании «Я» и объекта и как следствие этого слабость «Я» и повышенная зависимость от других в теории объектных отношений (Jacobson и Kernberg), акцент на нарциссизме у Кохута.

Наиболее фундаментальные исследования в аналитическом русле были осуществлены Джудит Якобсон (*Judit Jacobson, 1971*), которая видит центральные проблемы депрессивной личности в хрупкости самооценки и зависимости от других. В основе этих проблем лежит суровое, карающее Супер-Эго, ошибочные грандиозные идеалы, патологическое развитие представлений о себе (например, искаженный образ собственного тела как отталкивающего), нарциссическая травма в детстве (например, разочарование в родительской привязанности). При этом самооценка целиком зависит от внешне проявляемой любви. Впоследствии происходит перенос прошлого на актуальные объектные отношения, выражающийся в чрезмерной опоре на внешние источники в поисках подтверждения собственной ценности. Без явных внешних проявлений за фасадом «нелюбимого и наказуемого «Я» скрываются постоянная ярость и агрессия.

Основные задачи психоаналитического лечения депрессий – это изменение личности через понимание конфликтов прошлого, достижение инсайта через анализ защит и переносов, катартическое отреагирование агрессии. Моделью для осознания и проработки собственной зависимости, скрытой агрессии и других проблем служат отношения с терапевтом. В целом, психотерапия депрессий в аналитической школе разработана гораздо хуже, чем психотерапия шизофрении (*Matussek, 1980*), что проявляется, например, в гораздо меньшем объеме литературы по этому вопросу. Если психоаналитические модели шизофрении послужили импульсом к многочисленным экспериментальным исследованиям (см. обзор *Холмогоровой, 1993*) на основе гипотезы «двойной связи» (*Bateson, 1993*) и «эмоциональной экспрессивности» (*Vaughn, Leff, 1976*), то аналогичных экспериментальных исследований в области аффективных расстройств несравнимо меньше (*Haas, Clarkin, 1988*).

Основные идеи «межличностной модели» депрессий зародились в Вашингтонской школе психиатрии, основоположники которой, Адольф Майер и Гарри Салливан, во многом отошли от классического психоанализа, сделав основной акцент на социальном контексте (макро- и микросоциальных средовых факторах). В современных межличностных моделях основным объектом изучения становится «первичная социальная группа» – социальная сеть пациента. Хотя в этих моделях социальные контакты не рассматриваются как единственная причина заболевания,

выдвигается гипотеза о том, что они являются важными патогенетическими факторами. В основе модели лежат эмпирические исследования коммуникативных процессов в семьях, стрессогенных жизненных событий, феноменов привязанности, сепарации и утраты (Bowlby, 1977; Klerman, 1993; Haas, Clarkin, 1988).

Основной тезис представителей данного направления – «подверженность болезни связана со слабыми, малочисленными и недостаточно интимными эмоциональными связями с окружающими» (Karasu, 1990a, p.140). При этом важно не столько количество контактов, сколько их качество. Именно наличие теплых, доверительных отношений, особенно в семье, предупреждает возникновение депрессивных состояний. Как и в аналитической модели, способность к установлению таких отношений рассматривается как результат прочной, стабильной эмоциональной связи с матерью. В качестве пускового механизма депрессии рассматриваются стрессогенные жизненные события, такие, как смерть одного из родителей, разводы, расставания и отвержения. Согласно Клерману (Klerman, 1993), в основе аномального реагирования на подобные события лежат дисфункциональные отношения в родительской семье пациента – амбивалентные, с симбиотическими зависимостями. Поэтому в рамках межличностной модели депрессий особое значение придается семейному контексту (Haas, 1988).

Для депрессивных пациентов характерны также завышенные, чрезмерные ожидания от значимых других, трудности, связанные со сменой периодов жизни и соответствующей сменой социальных ролей (женитьба-замужество, рождение ребенка, переход от учебы к профессиональной деятельности, выход на пенсию), дефицит социальных навыков.

В соответствии с перечисленными представлениями в качестве основных мишеней психотерапии депрессий в рамках межличностной модели выделяются: выявление и проработка психотравмирующих жизненных событий, повышение социальной компетентности больных, развитие способности устанавливать теплые, доверительные отношения, коррекция завышенных неадекватных ожиданий от партнера, тренинг ролевой гибкости.

Особое место отводится работе с переживаниями утраты. При этом важно отдифференцировать истинную утрату от трудностей смены ролей и необходимости жизненной перестройки. Например, рождение долгожданного ребенка может провоцировать тяжелые переживания, связанные с утратой прежних возможностей свободного образа жизни. В процессе психотерапии исследуется вся гамма чувств, связанных с «утратой», стимулируется альтернативный взгляд на ситуацию, отыскиваются новые возможности развития в субъективно «безвыходной» ситуации. В случае истинной утраты важно создание условий для ее катартического отреагирования.

В настоящей статье мы не будем останавливаться подробно на бихевиоральной модели депрессий, где центральная роль отводится «утрате позитивного самоподкрепления» (Lewinsohn, 1979), и когнитивной, акцентирующей роль дисфункциональных паттернов мышления (Beck, 1976). Эти модели изложены в других статьях данного номера.

Как мы уже упоминали, существуют различные клинические и психологические классификации депрессий и типов депрессивной личности. Как отмечает Матусек (P.Matussek, 1980), в зависимости от школы принято говорить о «невротико-депрессивной» структуре личности (Riemann), о «типичной личности меланхолика» (Freud, Tellenbach), которые, в свою очередь, отличаются по структуре личности от биполярной депрессии (Кречмер). В рамках аналитического подхода выделяются различные типы депрессии (анаклитическая, интроективная).

Следует отметить дефицит экспериментально-психологических исследований личности депрессивного больного. Как показывают единичные работы такого рода (Matussek, 1980), в личности депрессивных больных, в зависимости от типа депрессии, варьируют по степени выраженности такие черты, как аутоагрессия, склонность к чувству вины, нейротизм, пессимизм, низкая самооценка, трудности контактов, экстрапунивная установка, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Однако есть некоторые константные характеристики, которые отмечаются в той или иной степени при разных вариантах депрессии.

Попытаемся, суммируя разные психологические подходы и собственный опыт работы с депрессиями, дать обобщенный портрет депрессивной личности.

1. Перфекционизм – чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности. Нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе и идеалов депрессивных больных акцентируется во всех психологических моделях депрессии (аналитической, межличностной и когнитивной), а также в клинических учениях о «типус меланхоликус» (Телленбах) и «статотимии» (Шимода) (см. Захарова, 1985).

На наш взгляд, перфекционизм представляет собой сложное психологическое образование, включающее следующие аспекты:

– завышенная, по сравнению с возможностями, трудность целей (завышенный уровень притязаний): чрезмерные требования к себе в плане количества и качества работы, безупречности поведения в той или иной ситуации, наличия различных умений и душевных качеств;

– оценка любой, даже нейтральной, ситуации с точки зрения уровня своих достижений;

– поляризованная оценка собственных достижений («Если не справился блестяще, значит, не справился вовсе»);

- жизнь «в режиме сравнения» себя с другими людьми, при ориентации на полюс самых «успешных и совершенных»;
- чрезмерные требования к другим и завышенные ожидания от окружающих.

К проявлениям и последствиям перфекционизма относятся:

- «тирания долженствований» – жизнь с многочисленными «Я должен» (Хорни, 1995) и чувство вины как следствие стремления быть совершенным и невозможности реализовать его;
- постоянное недовольство собой и достигнутым;
- «паралич» деятельности в ситуациях, где нет уверенности в высоком качестве выполнения;
- конкурентные отношения с окружающими вследствие постоянного сравнения себя с ними.

Яркий пример перфекционизма являет больной М., который, обладая высоким интеллектом, эрудицией и обязательностью, испытывает постоянный страх не справиться с работой научного сотрудника и невозможность справляться с рутинными профессиональными задачами. Он уверен, что даже молодые сотрудники знают и понимают гораздо больше него. Однако больной не в состоянии обратиться к кому-либо за помощью, так как это означает для него проиграть в сравнении с другими. Этот же больной испытывает приступы мучительного недовольства собой и тоски при чтении высокохудожественной литературы и просмотре талантливых фильмов, так как автоматически сравнивает себя с их создателями и страдает от сознания собственной «незначительности».

2. Следующая черта – психологическая зависимость, имеющая два основных проявления:

- зависимость самооценки от внешних факторов – мнений, критики, одобрений со стороны других людей, достижений или неудач в достижении цели;
- эмоциональная зависимость от значимого другого с ощущением собственной неспособности справляться с задачами жизни.

К психологическим последствиям зависимости следует отнести постоянные колебания настроения, связанные с переживаниями «признали – не признали», «любит – не любит»; амбивалентные отношения с большим удельным весом зачастую неосознаваемого гнева и ярости, связанных с собственной зависимостью; трудности принятия ответственности и проявления собственной инициативы; страх потерять в лице другого источник силы и уверенности в жизни.

Например, одаренная молодая женщина К., обладающая практической сметкой и многочисленными навыками, дважды вступает в дисфункциональный брак (первый муж – алкоголик, второй – душевнобольной), так как убеждена в собственной неспособности жить хотя бы некоторое время одной. В обоих союзах на ее плечи ложится непомерная нагрузка, с которой больная мужественно справляется, но

продолжает считать, что без мужчины она пропадет, так как «слаба и беспомощна».

3. Для депрессивных больных характерно также негативное мышление, проявляющееся в следующем:

– селектировании негативной информации о себе и окружающем мире;

– особом стиле каузальной атрибуции – успех приписывается внешним факторам (везению, помощи со стороны других людей), неуспех – внутренним (собственному неумению, несовершенству);

– фиксации на теме утраты.

Так, у больной В. – школьной учительницы усугубляется депрессивное состояние после конфликта в школе. В ходе этого конфликта 20 родителей учеников выразили учительнице поддержку, написав соответствующее письмо в дирекцию школы, а одна из матерей, наоборот, пожаловалась директору. Эта единственная жалоба и послужила поводом для глубокого чувства недовольства собой, сверхобобщений о «неправильности выбранного пути» и обострения депрессивного состояния.

4. Наконец, при депрессиях обязательно отмечаются социальные дисфункции в виде низкой ролевой гибкости, завышенных ожиданий и требований к другим (повышающих риск разрыва отношений, разочарований и отвержений), дефицита навыков в установлении теплых, доверительных отношений.

Так, больная Т. высказывает недовольство своими родственниками и знакомыми, не оказавшими, как ей кажется, достаточной поддержки в ситуации болезни. При более прицельном расспросе оказывается, что она считает ниже своего достоинства предъявлять жалобы и просить о конкретной помощи, считая, что родственники и знакомые сами должны догадаться обо всем.

Вышеперечисленные характеристики и составляют основные мишени психотерапии депрессий: перфекционизм, разные формы психологической зависимости, негативное мышление и социальные дисфункции. Такая традиционно выделяемая мишень психотерапии депрессий, как пассивность, является, на наш взгляд, результатом вышеперечисленных психологических особенностей.

Перейдем к рассмотрению тревожных расстройств. В рамках МКБ-10 выделяются следующие основные тревожные расстройства: агорафобия (страх оказаться в «ловушке» – толпе, транспорте, где нет возможности сразу попасть в «безопасное» место) с паническими расстройствами и без них, паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога), социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство (постоянно испытываемая тревога, не связанная с конкретными обстоятельствами), а также различные простые фобии (животных, темноты, крови и т.д.). Четкое подразделение указанных расстройств достаточно условно, так как различные страхи часто сосуществуют друг с другом, например,

агорафобия, на наш взгляд, почти всегда сопряжена с социальными страхами и т.д.

Переходя к рассмотрению моделей тревожных расстройств, остановимся только на психоаналитической (в ее классическом и современном варианте, акцентирующей роль межличностных отношений), так как другие (бихевиоральные и когнитивные) подробно изложены в других статьях данного номера.

В учении Фрейда о тревоге и фобиях можно условно выделить два этапа (*Shur*, 1953). На первом этапе тревога рассматривалась Фрейдом как следствие вытесняемой, не находящей разрядки либидинозной энергии и враждебно-агрессивных импульсов. И то, и другое порождает в теле напряжение, которое в сознании трансформируется в тревогу. После создания учения о структурном, трехкомпонентном строении психики и учения об инстинктах тревога рассматривается Фрейдом как следствие конфликтов между различными инстанциями – требованиями Ид и строгими императивами Супер-Эго, инстинктом жизни и инстинктом смерти. Фрейд считал, что фобия – это страх перед собственными внутренними влечениями, обнаружение которых представляет внешнюю опасность. Поскольку этот страх ищет внешние мотивировки, возникают объектные фобии. Фундаментальная роль тревоги в понимании психических расстройств неоднократно подчеркивалась Фрейдом, считавшим, что за всеми симптомами всегда скрыта тревога.

Один из аспектов учения Фрейда, а именно связь тревоги и вытесненных враждебно-агрессивных побуждений, был развит в социальном психоанализе К.Хорни (1993). Выделение и развитие именно этого аспекта было не случайно, а связано с конфликтными тенденциями современной культуры: ориентация на успех, конкуренцию и доминирование при ценности партнерства, приличного и доброжелательного поведения. С другой стороны, акцентируемый Фрейдом сексуальный аспект тревоги в современной культуре в значительной степени утратил свое значение. По мнению К.Хорни, «враждебные побуждения разного рода образуют главный источник, из которого проистекает невротическая тревожность» (с.50, 1993).

Почему же вытеснение враждебности оборачивается страхом для человека? Потому что вытеснить враждебность означает для человека делать вид, что «все хорошо», и, таким образом, уклониться от борьбы, когда этого сильно хотелось или было необходимо. Вытеснение враждебности происходит, как полагает К.Хорни, если ее осознание невыносимо для человека по ряду причин: 1) в силу противоречивости чувств – можно любить кого-то и нуждаться в нем, и в то же время испытывать к этому человеку враждебность; 2) в силу нежелания и страха увидеть те стороны собственной личности, которые порождают враждебность – зависть, конкурентность и т.д.; 3) по причине высоких этических норм и жесткого Супер-Эго.

Вытеснение враждебности имеет ряд последствий для человека: постоянное переживание смутной тревоги из-за наличия внутри «опасного, взрывного» аффекта, проекция собственных враждебных импульсов на внешний мир (человек полагает, что разрушительные побуждения исходят не от него, а от кого-то или чего-то извне), чувство беспомощности и бессилия перед «непреодолимой» опасностью извне. Отметим, что до сих пор выдвинутые К.Хорни постулаты о ведущей роли враждебности в тревожном реагировании не получили достаточной экспериментальной проверки.

Исследования семейного и микросоциального контекста тревожных расстройств немногочисленны и основаны, преимущественно, на идеях Боулби о роли ранней сепарации, утрат и материнской тревоги как пусковых факторов тревоги у взрослых (*Bowlby, 1977; Cottraux, Mollard, 1988*).

Попытаемся, суммируя различные подходы и собственный опыт работы, дать обобщенный портрет личности больного тревожными расстройствами.

1. Вытесненная враждебность в форме недоверия к людям, потребности в доминировании и конкурентности.

Последствиями являются изоляция и одиночество, особый характер коммуникаций с повышенной потребностью контроля за другими и формальным контактом, подозрительностью, что связано с возможной неискренностью, безразличием и эксплуатативностью со стороны окружающих. Больные перестают видеть в окружающих людях возможный источник помощи в трудных ситуациях.

Так, общим для всех обследованных нами больных агорафобией (со страхом транспортной езды) было переживание равнодушия или даже враждебности окружающих людей, которые не только не помогут в случае приступа удушья или сердцебиения в транспорте, но и посмеются и отнесутся с презрением. Опыт психотерапевтической работы показывает, что за этими переживаниями стоит проекция собственной враждебности, но это наблюдение нуждается в дальнейшей экспериментальной проверке.

2. «Культ силы» или благополучного «фасада», связанный с желанием выглядеть благополучным, сильным и справляющимся с жизнью, и ни в чем не зависеть от других.

Это подчеркнутое уважение к силе и презрение к слабости, на наш взгляд, тесно связано с враждебностью. Последствиями «культа силы» являются невозможность принять помощь (в том числе и от психотерапевта, так как обнаружение потребности в помощи расценивается как проявление слабости), а также конкурентные и формальные отношения с людьми.

Например, больной Т., долго и безрезультатно лечившийся от тяжелой агорафобии с паническими атаками, на наш вопрос о том, каким должен быть специалист, способный ему помочь, отвечает: «Я очень сильный человек, и врач должен быть сильнее меня». Принятие помощи

для этого больного невозможно, так как это означает признать себя «слабее», чем врач. Ощущать себя сильным, независимым и возвышаться над другими – базовая потребность для этого больного. Например, больной сильно переживает потерю веса, так как занимает теперь меньше пространства и выглядит не столь значительным.

Или, например, больная, пережившая большое несчастье и остро нуждающаяся в психотерапевтической помощи, рекомендует себя для работы как «интересный случай», подчеркивая преимущественную заинтересованность в этом психотерапевта.

Выделяемые черты (враждебность, «культ силы») находятся, на первый взгляд, в противоречии с клиническими описаниями личности больных тревожными расстройствами как слабых, постоянно неуверенных в себе и зависимых (Шиньон, 1988). На наш взгляд, субъективное переживание неуверенности может быть последствием недоверчивого отношения к другим и невозможности просьбы о помощи.

3. Негативное (катастрофическое) мышление с концентрацией, с одной стороны, на потенциальной опасности окружающего мира, а с другой – на собственной беспомощности и неспособности воздействовать на внешнюю ситуацию.

Эту негативную «тревожную диаду» Бека мы считаем необходимым дополнить третьим компонентом – представлением о людях как неспособных оказать поддержку (враждебных или равнодушных). Так, одна из наших пациенток Л. избегает выходить на улицу, так как представляет себя лежащей в обмороке далеко от дома, абсолютно беспомощной и подвергающейся насмешкам («Алкоголичка!») со стороны проходящих мимо.

4. Нормативность – стремление жестко следовать общепринятым нормам, стандартам и приличиям.

Данная черта особенно характерна для больных социальной фобией со страхом осуждения, насмешки и разоблачения. Последствиями нормативности являются «лакировка» и сокрытие своих проблем, отсутствие доверительных контактов, ложные жизненные выборы – «жизнь не по себе», а по внешним стандартам.

Так, больная С. тяжело страдала в детстве от бесчинств отца-алкоголика и постоянных ссор между родителями, но никогда никому не пожаловалась на это ни в детстве, ни в зрелом возрасте. Не говорила она об этом и в психотерапевтической группе, стараясь выглядеть прилично и достойно.

Как мы уже отмечали в начале статьи, тревога и депрессия часто сопутствуют друг другу. Тем не менее, на наш взгляд, можно говорить о преимущественных факторах – прежде всего, перфекционизме у депрессивных и скрытой враждебности у тревожных (что требует дальнейшей экспериментальной проверки). Все выделенные черты депрессивной и тревожной личностей в разных пропорциях зачастую представлены у одного и того же больного. Например, среди тревожных

больных велик процент «зависимых» личностей, а депрессивные страдают нормативностью и «культом силы».

Поэтому мы считаем возможным и целесообразным совместное рассмотрение психотерапевтического сопровождения этих больных в виде общих целей и этапов.

Совместное рассмотрение различных аспектов эмоциональных расстройств («глубинных», межличностных, когнитивных) в едином психологическом портрете диктует необходимость интеграции различных подходов с целью воздействия на все ведущие мишени. Результатом такой интеграции является предлагаемый в данной статье подход, который может использоваться как в индивидуальной, так и в групповой работе. Наиболее эффективна, на наш взгляд, комбинация обеих форм.

Предлагаемый вариант терапии является краткосрочным (30-40 индивидуальных сеансов); в групповом варианте – 60-80 часов групповой работы.

Рассмотрим основные этапы предлагаемой интегративной модели и соответствующие им задачи.

1 этап – психодиагностический

Работа с тревожно-депрессивными больными начинается с подробной беседы, в ходе которой выявляются следующие, важные для первичной разработки индивидуальной стратегии психотерапии мишени и ресурсы.

1. Соотношение физических и эмоционально-психологических факторов в представлении больного о причинах его заболевания (внутренняя картина болезни). Многие больные, страдающие тревогой (особенно паническими расстройствами) и депрессией, склонны акцентировать биологическое происхождение состояния («устал», «подорвал здоровье», «страдаю невыявленной физической патологией»). Такая внутренняя картина болезни определяет установку больных на лекарственные или «пассивные» (гипноз) методы лечения при отсутствии запроса на активную психологическую помощь и интереса к самоисследованию. Такие больные нуждаются в дополнительном мотивировании и разъяснительной работе (см. *Холмогорова, Гаранян, 1996*).

2. Негативные последствия болезни для жизни больного – сужение круга интересов, занятий, общения; избегающее поведение и т.д.

3. Рефлексивность – способность к самопониманию, отчету о собственных личностных особенностях, наличие психологических характеристик в образе «Я» и степень их нюансированности и дифференцированности.

4. Способность к вербализации чувств – адекватные ответы на вопросы о чувствах в тех или иных проблемных ситуациях, наличие эмоциональных категорий в речи.

5. Качество социальной поддержки – качественная характеристика отношений с семейным и ближайшим социальным окружением, наличие доверительных связей в социальной сети.

6. Уровень мотивации к преодолению болезни и условная выгодность заболевания – обеспечивает ли болезнь большую поддержку и внимание и от каких обязанностей и жизненных трудностей оберегает.

7. Широта интересов и характер ценностных ориентаций – что составляет основное содержание жизни больного, что он любит и ценит, чем увлекается.

8. Наличие контртерапевтических факторов в виде враждебности или «культы силы», создающих предпосылки для недоверия и конкуренции в отношениях с психотерапевтом. Это позволяет отнести пациента к одной из двух категорий, требующих разных стратегий ведения – «ориентированных на получение помощи» (группа «А») или «бессознательно ориентированных на обесценивание помощи и конкуренцию» (группа «В»). Если для первой группы пациентов возможен быстрый переход ко второму, симптоматически-ориентированному этапу, то вторая группа требует введения специального этапа работы, характеристика которого приводится ниже.

В целом, в плане прогноза терапии благоприятным является наличие таких ресурсов, как психологическая картина болезни, мотивация к активному преодолению болезни, социальная сеть с достаточным количеством поддержки, широта интересов и связей с миром. Дополнительными мишенями работы на разных ее этапах становятся физическая картина болезни, узкий круг интересов и возможностей самоактуализации, условная выгодность болезни.

I' этап – первичной проработки контртерапевтических факторов

В психотерапевтической литературе подчеркивается высокая эффективность когнитивных и бихевиоральных техник в работе с эмоциональными расстройствами. Эти работы построены, в основном, на данных катамнеза прошедших психотерапию больных. Однако нам не приходилось встречать цифры «отсева» – процент больных, покинувших психотерапевта до завершения работы. Нам представляется, что эти цифры представляют большой интерес и должны включать, прежде всего, пациентов группы «В». Эти больные бессознательно ждут возможности выиграть в конкуренции с терапевтом, доказав его беспомощность, или подтвердить свою враждебную картину мира, приписав терапевту непонимание, равнодушие или эксплуатативность («использует для экономической выгоды или в научных целях»). Косвенным указанием на наличие такой установки служат отзывы больных о предшествующем опыте лечения у разных специалистов. Как правило, эти отзывы о результатах резко негативны («ничем не помогло»), а о специалистах сверхкритичны («Он был занят только своими делами», «Меня не

поняли»). Такое поведение должно насторожить психотерапевта в плане возможности принятия помощи таким пациентом без специальной проработки его конкурентных и враждебных установок.

Быстрый переход к использованию когнитивно-бихевиоральных техник позволяет этим больным добиться своих бессознательных целей, так как без осознания причин собственного первоначального сопротивления лечению они преждевременно знакомятся с инструментарием психотерапевта, который легко опорочить («Я понимал это и раньше, и сам это делал»; «Ваши методики не для меня»). Именно здесь следует, не торопясь с когнитивно-бихевиоральными интервенциями, использовать принципы психодинамической терапии, – маркировку и проработку первичного сопротивления, выявление и первичную конфронтацию с бессознательными конкурентными и обесценивающими помощь установками.

Эффективный прием такой работы – это подведение больного к более осознанному решению – «работать дальше или доминировать и болеть» – через определение психотерапевтической ситуации как точки такого выбора, а также анализ последствий этой «игры» для жизни и терапии. Тот же прием эффективен для проработки условной «выгодности» болезни, когда она настолько высока, что создает угрозу быстрого ухода из терапии. Если такой угрозы нет, эта проработка целесообразна на более поздних этапах, когда терапия блокируется установкой на болезнь.

В целом, данный этап является наиболее сложным и требует от терапевта внимательного и деликатного поведения, сочетающего принятие пациента и умение без «лакировки» обратить его внимание на препятствующие лечению внутренние проблемы.

II этап – симптоматически ориентированный

Данный этап основан, прежде всего, на принципах когнитивной терапии. В ходе его решаются следующие задачи.

1. Выявление суммы проблемных ситуаций, вызывающих тяжелые эмоции, и первоначальное тестирование способности больного регистрировать свои мысли и чувства в этих ситуациях.

Например, ситуация утреннего пробуждения у депрессивного больного с ощущением собственной беспомощности и мыслями о своей неспособности справиться с задачами наступающего дня. Или ситуация поездки в метро для больного агорафобией с паническими расстройствами, сопровождающаяся острым страхом, мыслями об опасной болезни, равнодушии людей и скорой смерти. В случае, если тестирование выявляет затруднения больных в вербализации своих чувств (чаще всего отмечается у больных с большим удельным весом соматического компонента в структуре жалоб), ставится дополнительная задача на тренинг в осознании и вербализации чувств (подробнее см. Холмогорова, Гаранян, 1996).

2. Представление когнитивной модели расстройства – информирование больного о связи эмоциональных состояний и хода мышления и ориентация больных на перестройку дисфункционального мышления. Для больных со склонностью к соматизации излагаются сведения о связи эмоций и вегетативных реакций (см. *там же*).

3. Дифференциация отдельных эмоций в сложной гамме возникающих в этих ситуациях чувств и соответствующего им когнитивного содержания. Здесь наиболее адекватными являются домашняя работа (ведение специального дневника с регистрацией чувств и мыслей *in vivo*), а также моделирование проблемных эмоциогенных ситуаций во время групповых или индивидуальных сеансов (ролевое проигрывание, гештальт-техника «пустого стула») с названием возникающих чувств и озвучиванием сопровождающих их мыслей.

Приведем пример дифференциации эмоций в диффузном чувстве тяжести и дискомфорта у одной из наших пациенток С., страдающей страхом транспортной езды в течение семи лет. Пациентка озвучивает это чувство тяжести: «Больно, жалко, не знаю кого. Наверное, себя в прошлой жизни. Жалко Свету. Отец пил, маму гонял, вот отсюда у нее слабый характер». Терапевт просит пациентку дать более точное название своему чувству – «печаль, жалость к себе» – и повторяет ее слова, обращаясь к пациентке от имени обозначенного чувства, после чего просит сообщить о возникшей в ответ эмоциональной реакции. Теперь она сообщает о чувстве недовольства собой и опять озвучивает его: «У тебя есть слабости в характере, ты несовершенна». После прослушивания этого чувства пациентка сообщает о чувстве страха: «С тобой будут приключаться всякие неприятности – равнодушные люди, злоключения, в экстремальной ситуации останешься одна. Из-за твоей слабости страдают и дети».

Развертывание этой гаммы чувств позволяет хорошо проследить динамику возникновения страха: через жалость к себе, акцентирование собственной слабости и беспомощности к катастрофическим взглядам на будущее, грозящее всевозможными неприятностями и принятие на себя ответственности за все их последствия для жизни своей семьи.

4. Снятие внутреннего запрета на отрицательные чувства и поощрение к их открытому выражению («размораживание» аффекта).

Часто в процессе вышеописанной дифференциации чувств обнаруживаются очень сильные чувства горя или гнева, выражение которых блокировано. С целью их высвобождения и отреагирования терапевт эмпатически дублирует пациента с учетом известных ему подробностей истории жизни и особенностей личности больного. Тем самым терапевт стимулирует открытое и полное выражение горя в виде сетований, рыданий и слез или выражение гнева в виде крика и нанесения ударов по условному объекту гнева (обычно по пустому стулу). Иногда такая процедура отреагирования требует многократного повторения.

Так, пациент Е., страдающий кардиофобией с паническими расстройствами, практически непрерывно плачет на протяжении

нескольких сеансов. Он вспоминает, как отец-алкоголик ежедневно избивал его, начиная с самого раннего детства и до 15 лет (возраста побега пациента из дома). При этом он ни разу не решился на открытый протест, и никто не защитил его от побоев. Работа терапевта во время этих сеансов заключалась в снятии чувства стыда перед этими слезами, стимуляции их и эмпатическом сопереживании. Пациенту было предложено написать письмо своему отцу и высказать в этом письме чувства гнева, ненависти и обиды, которые он никогда не высказывал в жизни. Письмо не было отправлено, а писалось для отреагирования этих тяжелых, годами накапливаемых чувств. Со слов пациента, на следующий год он смог впервые без тяжелого гнетущего чувства обиды и ненависти общаться с отцом, который очень изменился за эти годы и был любящим дедом.

5. Дистанцирование от неадаптивных чувств и конфронтация с привычным способом когнитивной переработки событий.

После выявления и отреагирования тяжелых чувств ставится задача разведения субъективного состояния и объективной реальности («Это не реальность так ужасна, а я катастрофически воспринимаю события» или «Мой прошлый тяжелый опыт и мои переживания не распространяются на мою настоящую жизнь»). Важно побуждать пациента рассматривать собственные мысли как гипотезы, а не факты реальности. Перед больным ставится задача возражать собственным дисфункциональным мыслям, например, во время вышеописанного гештальтсеанса по дифференциации чувств. Такие возражения могут естественно провоцироваться терапевтом путем пробуждения в клиенте «ресурсной злости» на мысли о собственной слабости и никчемности (техника up-dog). Другой прием – вступление в сократический диалог с клиентом, побуждающий его усомниться в непогрешимости его взглядов на мир и самого себя.

6. Систематическая конфронтация с дисфункциональными мыслями, развитие навыков управления эмоциями.

Поскольку дисфункциональные мысли и сопряженные с ними неприятные эмоции возникают у тревожно-депрессивных клиентов многократно в течение дня, чрезвычайно важно через постоянное самонаблюдение приучить клиента отслеживать пусковые ситуации, свои чувства и мысли в них. Отметим, что эта работа не является самоцелью, а служит необходимой предпосылкой для самопонимания и управления своими состояниями. Последнее достигается развитием навыков ведения внутреннего совладающего диалога. Для решения этой задачи используется ведение дневника с фиксацией пусковых ситуаций, мыслей и чувств (техника трех колонок) и техника систематической конфронтации (к вышеупомянутым трем колонкам добавляется колонка «альтернативного взгляда» на ситуацию или две колонки – с аргументами за дисфункциональные мысли и за альтернативный взгляд). Последнее позволяет более глубоко проработать когнитивную базу дисфункциональных эмоций.

Приведем пример такой работы с больной с синдромом генерализованной тревоги и выраженными социофобическими реакциями.

СИТУАЦИЯ	ЧУВСТВА	МЫСЛИ	АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВЗГЛЯД
1. У ребенка горячий лоб	Тревога	Надо же, неужели заболел? Ой, вдруг страшная болезнь, может даже умереть. А вдруг какие-то тяжелые осложнения? Наверное, это воспаление легких или еще какая-то тяжелая болезнь.	Ну, заболел, ничего страшного. Всю зиму не болел. Имеет ребенок право поболеть? Все дети болеют, без этого не обходится. Поболит – выздоровеет. Что заранее рисовать себе ужасы? Буду решать проблемы по мере их поступления.
2. Сотрудники в моем кооперативе возобновили после ремонта помещения работу, а мне не позвонили.	Тревога, негодование, страх	Начальник хочет от меня избавиться. Вдруг останусь без работы, а на одну зарплату не проживешь – полная нищета. Не смогу нормально кормить и одевать детей. Наша семья будет хуже других, будет ненормальная семья, ненормальная жизнь.	Возможно, начальнику неловко было приглашать меня выйти в новое помещение, где такие плохие условия. Может быть, ему неловко за эти условия передо мной – единственной женщиной. Нужно позвонить ему самой. В конце концов, я могу найти и другую работу, у меня уже есть вариант. Нет худа без добра – это подтолкнет моего мужа.

Приведем еще один фрагмент работы с пятью колонками. В ситуации утреннего пробуждения (1 колонка) у депрессивной больной возникает чувство тревоги и безнадежности (2 колонка) со следующими мыслями (3 колонка): «Как же я справлюсь в этом состоянии со всеми требованиями жизни? К сорока годам осталась у разбитого корыта». Ниже приводятся 4 и 5 колонки с аргументами «за» и «против» этих мыслей.

АРГУМЕНТЫ «ЗА»	АРГУМЕНТЫ «ПРОТИВ»
1. У меня мало контактов и поддержки.	Это явление временное – это мое состояние депрессии, в котором мне трудно общаться. Но когда мне станет легче, я могу возобновить контакты. Есть, по меньшей мере, два дома, где мне всегда рады.
2. Я профессионально не	Меня любят мои ученики. Родители высоко

состоялась. На меня была жалоба от родителей директору школы.	ценят меня как педагога и были за меня горой в этом конфликте, отзываются обо мне в превосходных степенях. Нет профессионального краха – не срabатывает модель идеального педагога без права на ошибку или неодобрения с чьей-то стороны.
3. Дети болеют, я в этом виновата.	Если я делала что-то не так, это не означает, что ничего нельзя исправить. Не все в жизни моих детей зависит полностью от меня. Я дала детям много хорошего.
4. Не сумела выбрать правильное учение, жила неправильным путем, довела себя до такого состояния.	Не нужно подгонять жизнь к учению. Не существует абсолютно правильного образца. Я имею право на ошибку, в моей жизни было много тяжелого, что мешало мне. Сейчас у меня есть шанс в этом разобраться.
5. Нет истинной близости и душевной поддержки в семье.	Мой муж помогает мне и любит меня, не всегда возможно полное понимание. Я слишком многого требую, мечтая об идеальной близости.

7. Проработка сопротивления, обсуждение «условной выгоды болезни».

На предшествующем этапе чаще всего усиливается сопротивление работе, так как больной сталкивается с необходимостью изменить привычные способы мышления, связанные с ними способы поведения и лежащую в их основе жизненную философию. Поэтому работа с сопротивлением становится условием продолжения психотерапии.

Сопротивление может проявляться в виде сомнений в успехе терапии, падения энтузиазма в работе, плохого выполнения заданий, малого количества материала, приносимого для работы, и т.д. Сопротивление маркируется и обсуждается с больным. Распространенной причиной усиления сопротивления является также улучшение состояния, идущее вразрез с условной выгодностью болезни. Тут важно обсудить с больным – с какими трудностями он столкнется и что изменится в его жизни при выздоровлении, постараться совместно извлечь ресурсы для преодоления этих трудностей.

Важно подвести больного к осознанию данного момента в терапии как точки жизненного выбора – жить с невротическими ограничениями, создаваемыми болезнью, или столкнуться с необходимостью принятия своих проблем: необходимости налаживания отношений с людьми, преодоления своей зависимости и т.д. По выражению одного из наших пациентов, человек оказывается в данный момент терапии «между Сциллой болезни и Харибдой проблемы». Очень важно пробудить в пациенте веру в наличие ресурсов для решения встающих проблем,

совместно извлекать эти ресурсы, выказывая поддержку и понимание. Так, больная агорафобией с выраженными социальными страхами 3. сумела продолжить работу с терапевтом лишь после обсуждения задач, встающих перед ней в случае выздоровления: выход на работу, установление контактов с коллегами, самостоятельная жизнь без привычной помощи матери.

8. Наконец, завершает список задач этого этапа задача первичной формулировки личностных проблем (мишеней дальнейшей работы) на основании типичных проблемных ситуаций и содержания когнитивной продукции.

Например, больная, систематически испытывающая страх остаться одной с мыслями о собственной беспомощности и слабости, подводится к формулировке проблемы зависимости. Пациент, для которого выполнение любой деятельности провоцирует тоску и недовольство собой с мыслями о собственной несостоятельности, о превосходстве других людей в этих видах деятельности, о необходимости сделать все на самом высоком уровне или не делать вовсе, подводится к проблеме перфекционизма. Больной, постоянно сомневающийся в хорошем отношении к себе людей, в их искренности и порядочности, подводится к проблеме недоверия людям и собственной враждебности. Принятие этих проблем больными возможно при достаточном доверии терапевту и уверенности в его принимающем отношении.

III этап – глубинно-ориентированный

На данном этапе больному предлагается совместное с терапевтом исследование глубинных источников его дисфункционального мышления и выявление личностных проблем (зависимости, перфекционизма, враждебности и т.д.). Сама идея наличия таких источников в виде прошлого опыта и возникших на его основе личностных образований противоречит бихевиоральному подходу и наиболее бихевиорально ориентированным когнитивным подходам, фактически ограничивающимся рассмотрением текущих когнитивных процессов (предшествующий этап).

Когнитивные подходы, идущие по пути интеграции с психоаналитически или глубинно ориентированными подходами, ставят задачу выявления глубинных когнитивно-личностных образований, определяющих текущие дисфункциональные мыслительные и аффективные процессы. Мы считаем также важным выявление источников этих образований в прошлом опыте больного. Таким образом, на глубинно-ориентированном этапе нами решаются следующие задачи.

1. Проведенная на предшествующем этапе работа по выявлению характера дисфункциональных переживаний и содержания сопровождающих их мыслей позволяет поставить задачу выявления и формулировки дисфункциональных базисных посылок – глубинных представлений о себе, о мире, об окружающих людях.

Систему этих представлений мы обозначаем как концепцию жизни, в соответствии с которой человек не только думает и чувствует, но и принимает жизненно важные решения, совершает те или иные поступки, строит свои отношения с миром. То есть базисные послылки определяют ситуативно возникающие чувства, мысли и поведение. В процессе психотерапии нами проделывается обратная реконструкция – от ситуативных мыслей и чувств к их глубинным источникам. Так, анализ повторяющихся в различных ситуациях мыслей тревожного больного о недоброжелательном настрое окружающих, постоянное ожидание презрения и насмешек вместо понимания и помощи подводит к формулировке таких возможных базисных посылок: «нельзя доверять людям», «человек человеку волк, каждый в этой жизни только за себя». Анализ мыслей депрессивного больного о собственном несовершенстве, никчемности с постоянным эмоциональным фоном недовольства собой может привести к формулировке следующих базисных посылок: «я не имею права на ошибку», «я должен все делать на самом высоком уровне, иначе я не достоин уважения» и т.д.

Приведем еще примеры базисных посылок больных с различными эмоциональными расстройствами депрессивного и тревожного круга.

- *Я должна все делать «на пятерку».*
- *Если кто-то негативно оценил меня, значит, я ничего не стою.*
- *Я отвечаю за все, что происходит в этой жизни.*
- *Любое недомогание может быть началом серьезной болезни.*
- *Я слабый, неспособный самостоятельно справляться с трудностями жизни.*
- *Люди заняты только собой, равнодушны, презирают слабых.*
- *Людям нельзя доверять.*
- *Я не имею права на ошибку, я всегда должен быть на высоте.*
- *Если кто-то не обращает на меня внимания, значит он презирает меня.*
- *Любая ошибка может иметь серьезные и тяжелые последствия для дальнейшей жизни.*

Этот список можно было бы продолжить. А.Бек и А.Фриман (1990) выделяют типичные базисные послылки, соответствующие разным личностным акцентуациям, которые также важно учитывать при работе с тревожными и депрессивными расстройствами как почву, на которой последние существуют. Так, тревожное расстройство у пациентки с истерической акцентуацией характера развивается на фоне повышенной потребности во внимании и восхищении со стороны окружающих, в чувстве собственного превосходства. Ее базисная послылка: «Я из особого теста, у меня все должно быть по-особому». Ситуация измены мужа вызывает у больной ощущение крушения своего жизненного замысла и чувство ненависти к мужу, связанное, прежде всего, с тем, что он сделал из нее обычную женщину с обычными проблемами – женщину, которой изменил муж. Несмотря на раскаянье мужа, возникающая тревожно-

депрессивная реакция переросла в тяжелый фобический невроз со страхом транспортной езды.

Важно проанализировать выявленные базисные послылки на предмет их безусловности и однозначности, привлекая жизненный опыт самого больного и опыт знакомых ему людей: случаи бескорыстной помощи со стороны других, примеры позитивной роли ошибки для приобретения опыта, ситуации, где зависимый больной проявил самостоятельность и компетентность, и т.д. То есть речь идет об опыте, противоречащем дисфункциональным базисным послылкам и подводящем к альтернативному взгляду на людей, на себя и на мир. Происходит как бы повторение приема систематической конфронтации (см. симптоматически ориентированный этап), но на этот раз не с ситуативными мыслями и чувствами, а с лежащими в их основе устойчивыми жизненными установками.

Эффективным является прием анализа последствий тех или иных базисных послылок для жизни человека и его отношений с людьми. Так, представление о собственной исключительности, ложная ценность личного превосходства тешат самолюбие вышеупомянутой больной с истерической акцентуацией, но обрекают на полное одиночество и патологические эмоциональные реакции при любых серьезных жизненных неудачах или проблемах, от которых никто не застрахован. Пациентка подводится к осознанному выбору – жить дальше со своей привычной жизненной философией и всеми вытекающими из нее последствиями или же попытаться осмыслить и изменить ее.

Уже в процессе анализа повторяющихся тем, мыслей и чувств, а также первичной формулировки своих базисных послылок, у многих пациентов спонтанно возникают идеи об источниках своей жизненной философии в прошлом опыте, прежде всего внутри родительской семьи.

2. Для систематического исследования источников жизненной философии ставится задача исследования семейного контекста в трех поколениях.

Здесь мы, прежде всего, опираемся на традицию системной семейной психотерапии, прочно утвердившейся во всем мире и доказавшей свою высокую эффективность (*S.Minuchin*, 1988; *H.Stierlin*, 1986). Согласно этой традиции, именно анализ поколений позволяет вскрыть дисфункциональные семейные сценарии, установки и представления, передающиеся из поколения в поколение и превратившиеся в прочно укорененные и не подлежащие сомнению мифы и ценности. В системной семейной психотерапии разработан и адекватный прием для такого анализа – метод генограмм (*P.Heinl*, 1987).

Генограмма – это рисунок семьи в трех поколениях со специальными условными обозначениями пола, возраста, характера взаимоотношений и т.д. В процессе семейной реконструкции методом генограмм мы обязательно спрашиваем о чувствах, связанных с каждым членом семьи, о наличии стрессогенных событий в жизни семьи и способов их семейной

переработки, о характере взаимоотношений между разными членами семьи, о семейных ролях («взрослый ребенок», «глава семьи», «жертва», «виновник всех бед» и т.д.), о широте и характере социальных связей семьи (границы семьи) и т.д.

В процессе сбора такой информации выяснилось, что для больных эмоциональными расстройствами характерен повышенный индекс таких стрессогенных семейных событий, как тяжелые болезни, ранние смерти, алкоголизация кого-то из членов семьи, наличие семейных тиранов и самодуров.

Так, больная М. 33-х лет с канцерофобией указывает на сиротство деда по линии отца (отец пропал без вести во время войны, мать рано умерла), на раннюю смерть деда по линии матери от диабета и сестры матери от ишемической болезни сердца, на раннюю смерть первой жены отца и его систематическую алкоголизацию с жестоким избиением матери. Алкоголизация характерна и для других родственников по линии отца матери. Границы семьи всегда были очень жесткими – скрывали от посторонних пьянство и семейные скандалы. М. росла без близких друзей, стыдилась пьянства отца. При создании собственной семьи привыкла жертвовать своими семейными отношениями ради родителей (как приносила себя в жертву отцу ее мать), в результате чего резко ухудшились отношения с мужем. Мать требует внимания к себе и негативно настроена по отношению к зятю. Сейчас все интересы больной сосредоточены на единственном восьмилетнем сыне, без которого «жизнь теряет смысл». Испытывает панический страх при мысли о том, что с сыном может что-нибудь случиться или что она заболит тяжелой болезнью, а сын останется сиротой, подобно ее отцу. Отношения с мужем дистанцированные и конфликтные, с матерью – симбиотически зависимые. Такие же симбиотические отношения установились с собственным сыном, у которого уже отмечаются проблемы со сверстниками.

Анализ семейного контекста ставит задачу осознания источников тревоги и страха перед любыми недомоганиями в насыщенной болезнями и ранними смертями семейной истории, замкнутостью членов семьи друг на друга, узостью контактов с внешним миром. Характерное для больной недоверие к людям и страх перед контактами становятся понятными в свете традиционно замкнутого образа жизни семьи с установкой на сокрытие семейных проблем. Встает задача преодоления зависимости пациентки от собственной матери, укрепления отношений с мужем, сближения между мужем и ребенком, расширения социальных контактов семьи.

Анализ семейной истории помогает больной осознать источники своих дисфункциональных базисных посылок: «терпи и жертвуй собой ради родных», «жизнь опасна и полна страданий», «не доверяй людям», «любое недомогание чревато опасными последствиями». Здесь явно

просматриваются семейные источники внутренней враждебности и ипохондрических установок больной.

Анализ семейной истории депрессивной больной В. показывает, что женщины играют в этой семье доминантную роль, детям из поколения в поколение адресуются высокие требования, много критики, мало эмоционального тепла и поддержки. Границы семьи жесткие, стремление быть во всем на высоте способствует изоляции от контактов в ситуациях кризисов и неудач, т.е. именно тогда, когда поддержка нужнее всего. Наша больная перестала звонить кому-либо, «так как не может рассказать ничего хорошего о себе». В ее семейной истории явно прослеживаются источники перфекционизма и конкурентности, отраженные в следующих базисных посланках: «надо быть всегда на высоте и не показывать слабости», «скрывай от других свою душевную боль», «человек или властвует, или подчиняется – отношения партнерства невозможны».

Формулировке базисных посланок с одновременным осознанием их источников нередко помогают приемы психодраматической семейной реконструкции – семейная скульптура с озвучиванием «посланий» от каждого члена семьи, озвучивание «посланий» родителей, женских или мужских ролей – в зависимости от выявленных в ходе сбора генограммы болевых точек семейной истории.

Особенно важно зафиксировать и озвучить противоречивые взаимоисключающие «послания», – способствующие росту тревоги и парализующие активность. Например, больная Ф. с синдромом генерализованной тревоги так озвучила родительские послания:

Мать: *Ты слабая, болезненная, тебе надо беречь себя, избегать перегрузок и перенапряжения.*

Отец: *Ты должна многого достигнуть, я хочу тобой гордиться, если делаешь что-то, делай на самом высоком уровне.*

Болезнь становится для этой больной решением ситуации с двумя несовместимыми требованиями от самых значимых близких, превратившимися в конфликтные базисные посланки.

Другой пример родительских посланий депрессивного больного с тревожными реакциями (страхом тяжело заболеть, опозориться в ответственной ситуации, быть осмеянным в компании и т.д.).

Отец: *Нельзя допускать ошибок, любая ошибка может привести к жизненному краху, надо, все взвесив, принимать единственно правильное решение, будь осторожен.*

Мать: *Нельзя доверять чужим, люди только и ждут, чтобы ты споткнулся, чтобы посмеяться над тобой, слушайся близких.*

Приведем пример самостоятельной работы больной с агорафобией и выраженными социофобическими реакциями по формулировке базисных посланок на основе анализа собственных мыслей и чувств в стрессогенных ситуациях, с одной стороны, и проделанной работы по осмыслению семейного и жизненного контекста – с другой. Больная получила задание

подытожить свои дневниковые записи, перечислить наиболее типичные ситуации, вызывающие тревогу, описать свои мысли и чувства в этих ситуациях, сформулировать лежащие в их основе базисные послылки и описать прошлые события и отношения, ставшие источниками дисфункциональных базисных послылок, наконец, найти альтернативный взгляд на ситуацию.

СИТУАЦИЯ	ЧУВСТВО	МЫСЛИ	БАЗИСНЫЕ ПОСЫЛКИ	АЛЬТЕРНАТИВА
Пробуждение утром	Тревога	Как же я проживу целый день? Тяжело жить, делать что-то, не дай Бог куда-то ехать, не справлюсь.	Жить надо трудно. Это свекровь изо дня в день повторяла, что нельзя сидеть ни минуты, надо бежать по делам – много в жизни проблем, и их надо решать каждое мгновение.	Кто сказал, что я должна галопом мчаться куда-то, обязательно делать что-то, решать. Можно сосредоточиться на каждой минуте проживаемого дня, понемногу решать проблемы и получать удовольствие.
Выход из подъезда	Тревога	Люди плохо обо мне подумают – у меня плохая фигура, походка. Со мной что-то случится, я упаду, никто не поможет.	Ты должна быть на высоте, иначе тебя не будут уважать. Мамина посылка, что должна быть совершенством во всех отношениях. У меня была очень хорошая фигура в юности, мать этим очень гордилась. В любую минуту может стать плохо. Мама болела бронхиальной	Вряд ли кто-то будет меня рассматривать – люди заняты своими делами и заботами. Многие находят меня привлекательной, кругом полно полных женщин, и никто не показывает на них пальцем. Мысли о плохой фигуре и походке от моей неуверенности и высокой требовательности. Я вполне здоровая женщина, почему мне должно стать

			<p>астмой, приступы начинались неожиданно.</p> <p>Люди не помогут. Когда мама лежала в больнице в тяжелом состоянии, я в 9 лет осталась одна – отец уехал, тетки тащили из дома вещи. Я голодала, никто мне не помог.</p>	<p>плохо?</p> <p>Мне много и бескорыстно помогали. Люди разные – хороших и бескорыстных больше, чем плохих.</p>
<p>Проезд в транспорте, музей, театр</p>	<p>Жуткий страх</p>	<p>Люди будут смотреть на меня, но я несовершенно, мне будет стыдно за себя, со мной что-то случится, упаду – люди будут осуждать:</p> <p>«Вырядилась, а сама чем-то болеет». Надо спрятаться, я хуже всех, ниже всех.</p>	<p>Ты ничего не стоишь, люди будут тебя презирать, ты станешь предметом насмешек и издевательств. Посылка из детства в школе. Во дворе все знали, что у меня неблагополучная семья, я была плохо одета, многие меня сторонились, благополучные девочки обходили меня стороной, в школе смеялись, дразнили.</p>	<p>Вряд ли кто-то будет меня изучать, в метро многие спят или читают. У меня нормальная одежда, я не помню, чтобы кто-то над ней смеялся. Я взрослая, хорошо одетая женщина, способная постоять за себя, а не девочка-замарашка.</p>
<p>Неожиданные ситуации, требующие</p>	<p>Тревога</p>	<p>Я не смогу справиться с ситуацией, я не</p>	<p>Ты слабая, не способная справляться с</p>	<p>Я много раз была в тяжелых ситуациях и</p>

<p>моей активности</p>		<p>достаточно сильная, не найду выхода.</p>	<p>трудностями жизни. В детстве много раз возникали неожиданные ситуации, папа устраивал дебоши и драки, я защищала маму от взрослого мужчины. Был страх, что не справлюсь.</p>	<p>находила какие-то выходы, много раз приходилось потом отстаивать свои права, и мне хватало и физических сил, и силы слова. Я не маленькая слабая девочка.</p>
------------------------	--	---	---	--

3. Следующая, третья по счету задача этого этапа – соотнесение дисфункциональной жизненной философии с текущими личностными и жизненными проблемами и тренинг альтернативных способов поведения.

Приводя примеры различных базисных посылок и их семейных источников, мы старались обозначать их связь с текущими проблемами.

Так, в последнем примере основные базисные послылки (жить трудно, ты должна быть совершенной, ты слабая, неспособная справиться с трудностями жизни, ты ничего не стоишь, никто не поможет) определяют такие проблемы больной, как перфекционизм и зависимость. Отчетливо просматривается здесь и когнитивная тревожная триада – я слаб, жизнь опасна, люди враждебны. Важно, чтобы больной сам открыл эти связи и увидел свои проблемы в историческом контексте, контексте развития. Ничто так не расшатывает представление о незыблемости тех или иных представлений, как взгляд в исторической перспективе, где они имеют начало, а, значит, могут иметь и конец.

Однако, как нам кажется, само по себе осмысление и переоценка своего прошлого недостаточны для освобождения от него. Прошлое надо не только осмыслить, но и оплакать. Как правило, психотравмирующий характер прошлого требует катартического отреагирования. В групповых условиях оптимальным методом для такой работы является психодрама. Вместе с тем, помимо эмоционального отреагирования, клиенту необходим реальный новый опыт человеческих отношений. Рациональная переработка эффективна тогда, когда она дополнена переживаниями истинного глубокого доверия и понимания между терапевтом и клиентом и между членами группы.

Наконец, тренинг альтернативных способов поведения, хотя и не выделяется нами в специальный этап, так как перемежается с глубинной работой, имеет под собой чисто бихевиоральную основу. Пассивная больная составляет расписание занятий, тактических и стратегических задач: самостоятельная поездка в транспорте, сбор информации о работе,

переезд от родителей и т.д. Пациент с поведением избегания социальных контактов составляет список звонков, которые он сделает в такие-то сроки, назначает даты приема гостей или похода в театр. Больной с тоскливым безрадостным аффектом предписываются задания, приносящие ей ранее удовольствие – массаж, горячая ванна, чтение любимой книги. При этом при выполнении заданий больным предписывается следить за своими мыслями и чувствами и в случае необходимости использовать приемы систематической конфронтации. Терапевт при этом подчеркивает ценность и необходимость собственных усилий и необходимость длительной систематической работы для преодоления сложившихся стереотипов эмоциональных реакций, мышления и поведения.

Отметим в заключение, что помимо семейного опыта больного, пережитых им стрессов и событий важным источником базисных посылок является культура, т.е. более широкий социальный контекст, в котором существует и сам больной, и его семья. Проработка этого источника базисных посылок, на наш взгляд, тоже очень важна, так как само собой разумеющимися кажутся именно те установки, которые одобряются и поддерживаются обществом в широком смысле. Так, перфекционизм фактически поощряется современной культурой. О патологизирующей роли, содержании и методах проработки дисфункциональных культуральных ценностей и установок подробнее смотрите: *Гаранян, Холмогорова, 1996; Холмогорова, Гаранян, 1996 и Холмогорова, Гаранян* в этом номере.

4. В качестве специальной и очень важной задачи в психотерапии тревожных расстройств можно выделить работу со страхом смерти, характерным для панических атак, агорафобии, ипохондрических страхов. Еще в 1910г. знаменитый психоаналитик В.Штекель высказал предположение о том, что в любых проявлениях повышенной тревожности присутствует проявление инстинкта смерти, который усиливается в результате подавления сексуального инстинкта или, в более широком смысле, инстинкта жизни (*С.Рязанцев, 1994*).

Больные зачастую даже избегают говорить об этом своем центральном страхе, боятся обсуждать эту тему, как бы прячась от самих себя. Проработка этого страха возможна лишь на относительно поздних этапах психотерапии, при установлении глубокого доверительного контакта с терапевтом, а в случае групповой работы – между членами группы.

Наш опыт работы с тревожными расстройствами показывает, что страх смерти и внутренняя враждебность тесно связаны. Согласно Фрейду, инстинкт смерти – Танатос – связан с усилением разрушительных тенденций в человеке. В своей лекции «Мы и смерть» Фрейд прямо связывает внутреннюю враждебность, наличие разрушительных тенденций и страх смерти. В каком-то смысле, чем более человек внутренне одинок, тем больше в его жизни присутствует привкус смерти. Я.Морено писал о

социальной смерти как отмирании социальных связей и обеднении социального «атома» (*J. Moreno, 1973*).

По нашей гипотезе, внутренняя враждебность ведет больных с тревожными расстройствами ко все большей изоляции от людей, что в вышеописанном смысле как бы приближает их к смерти, становясь одним из факторов патологического разрастания страха смерти. Поэтому в качестве одного из способов преодоления страха смерти мы избрали его косвенную проработку – через осознание своей внутренней враждебности и расширение социальных контактов. Об этом способе мы уже писали выше.

Второй способ, более прямой, основан на принципе десенситизации путем снятия табу на разговоры о смерти и свободном обсуждении этой темы со всеми деталями – «что для меня самое страшное в смерти, как я представляю себе смерть» и т.д. Еще Монтень написал о том, что лучший способ преодоления страха смерти – это больше думать о смерти и говорить о ней (1991).

В нашей культуре от человеческих глаз прячется все, что связано со смертью – кладбища выносятся за пределы городов, запрещены оркестры и похоронные процессии в городе, люди избегают говорить о смерти друг с другом, к смерти не готовят одежды, как это делали наши предки. Попытки людей забыть о смерти оборачиваются все большим страхом перед ней.

Полезно обсудить с больными все те преимущества, которые связаны с тем, что человек смертен, смысл смерти для человеческой жизни. Мы специально разработали также ряд психодраматических упражнений, направленных на символическую переработку темы смерти. Чрезвычайно полезно в групповой работе услышать о страхах других, узнать в них свои, почувствовать, как именно смерть сближает и объединяет, потому что она ни для кого не делает исключения.

Мы постарались показать в данной статье, как двухуровневая когнитивная модель эмоциональных нарушений, включающая уровень текущих мыслительных и поведенческих процессов и уровень внутриличностных глубинных структур, позволяет объединить различные подходы и техники: когнитивные, поведенческие, психодинамические, системные семейные, психодраматические и гештальтистские.

Нам кажется, что одним из немногих преимуществ развития психотерапии в нашей стране, в целом значительно отстающего в силу известных социально-политических и экономических причин, является свобода от жестких и устоявшихся традиций и школ. Последние, задавая, с одной стороны, глубину и историческую преемственность психотерапевтическим подходам, одновременно становятся искусственным барьером для интеграции, отстаивая чистоту традиции и стремясь не допустить конкурентов на завоеванные позиции. Вместе с тем, нам кажется, что интеграция является важнейшей тенденцией современного этапа в развитии психотерапии, которая ставит задачу разработки соответствующего теоретического фундамента.

Когнитивная терапия, на наш взгляд, во многом заложила такой фундамент. В этом фундаменте нас привлекает не только удобная теоретическая схема, но и имплицитно заложенная в нем ценность человеческого разума и вера в способность человека к самсоосмыслению, саморегуляции и самоизменению. Эти ценности нам хотелось бы дополнить принципиально важной для нас ценностью человеческой близости, доверительных и глубоких отношений, где эмоции никак не менее важны, чем когниции.

ЛИТЕРАТУРА

- Бейтсон Г., Джексон Д.Д., Хейли Дж., Уикленд Дж. (1993) К теории шизофрении. *Московский психотерапевтический журнал*, № 1, с.5-24.
- Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Васюк Ю.А. (1994) Кардиофобический синдром (клиника, динамика, терапия). В сб.: «Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология» (под ред. Смулевича А.Б.), М., с.19-28
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. (1996) Групповая психотерапия невротиков с соматическими масками. Часть II: Практическая реализация подхода. *МПЖ*, № 1, с.59-71.
- Захарова Н.Н. (1985) Рецензия на книгу Г.Телленбаха «Меланхолия. История проблемы. Эндогенность. Типология. Патогенез». *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*, 7, с.1099-1100.
- Краснов В.Н., Корчинская В.И., Коханенко Э.М., Коган Р.А.; Мисионжник Э.Ю. (1985) Некоторые клиничко-патогенетические соотношения в терапевтической динамике циркулярной депрессии. В сб.: «Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессии» (под ред. Краснова В.Н.) М., Минздрав РСФСР, МНИ Психиатрии, с.10-16.
- Кречмер Э. (1995) *Строение тела и характер*. Москва.
- Фрейд З. (1922) *Печаль и меланхолия*. Одесса. Госиздат.
- Монтень Э. (1991) *Опыты*. Москва. Правда.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (1994) *Классификация психических и поведенческих расстройств*. Россия. Санкт-Петербург. Оверлайд.
- Шиньон Ж.М. (1991) Эпидемиология и основные принципы терапии тревожных расстройств, «Синапс», 1, с.15-30.
- Штернберг Э.Я. (1971) Психиатрия стран немецкого языка. Анализ некоторых направлений клинических исследований. Сообщение 1. *Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова*, 9, с.1401-1419.
- Холмогорова А.Б. (1993) Психотерапия шизофрении за рубежом. *Московский психотерапевтический журнал*, 1, с.77-112.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. (1996) Эмоции и психическое здоровье.

- Вестник реабилитационной и коррекционной работы, 1.*
- Хорни К. (1993) *Невротическая личность нашего времени.* Москва. Прогресс.
- Хорни К. (1995) *Наши внутренние конфликты.* Москва. Юрист.
- Abraham K. (1927) *The first pregenital stage of the libido (1916).* In: *Selected Papers on Psychoanalyse.* London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Arieti S. (1977) *Psychotherapy of severe depression.* *Am J. Psychiatry, 134:* 864-868.
- Beck A.T (1984) *Cognitive psychotherapy and the emotional disorders.* American book. New York.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.W., Emery G. (1979) *Cognitive therapy of depression.* Guilford. New York. p.142-144.
- Beck A.T., Emery (1985) *Anxiety disorders and fobias. A cognitive perspective.* Basic. New York.
- Beck A.T., Freeman A.(1990) *Cognitive Therapy of personality disorders.* New York, London. Guilfordpress.
- Bibring E. (1953) *The mechanism of depression.* In: *Affective Disorders (ed. by Greenacre P.)* New York, International Universities Press.
- Bowlby J.(1977) *The making and breaking of affectional bonds. II: some principles of psychotherapy.* *Br J. Psychiatry;* 130: 421-431.
- Cottraux , Mollard (1988) *Cognitive therapy for phobias.* In: *Cognitive psychotherapy. Theory and practice (ed. by C.Perris),* Springer Verlag, New York, p.179-197.
- Jacobson E. (1971) *Depression.* New York, International Universities Press.
- Haas G.L, Clarkin J.F. (1988) *Affective disorders and the family context.* In: *Affective disorders and the family. Assesment and treatment,* Guilford press. New York.
- Heinl P.(1987) *Visuelle Analyse von Famillienstammbaumen.* In: *Familiendynamik, 12, Heft 2, s.120-127.*
- Karasu T.B. (1990) *Toward a clinical model of psychotherapy for Depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies.* *Am J. Psychiatry, 147:* 133-147.
- Katsching H., Parkesh G., Loimer N., Rasinger E. (1988) *Panic attacks and depressive symptoms in a population survey in Vienna.* *Pharmakopsychiat., 21, 62.*
- Kernberg O.F. (1979) *Some implications of objekt relations theory for psychoanalytic technique.* *J. Am. Psychoanal. Assoc. 27(Suppl):* 207-239.
- Kohut H. (1977) *The restoration of self.* New York, International Universities Press.
- Klerman G.L. (1993) *New applications of interpersonal psychotherapy.* Am. Psych. Press. New York.
- Lewinsohn P.M., Youngren M.A., Crosscup S.J. *Rein forsement and depression.* In: *The psychobiology of depressive disorders: implications for the effect of stress.* Academic press. New York.

- Matussek P.(1980) *Personlichkeitsstrukturen und Psychotherapie depressiver Patienten. Nervenarzt* 51, Heft 9, s.542-553.
- Moreno J.L. (1973) *Gruppenpsychotherapy und Psychodrama*.G.Tieme Verlag, Stuttgart.
- Minuchin S.(1988) *Structural Family Therapy*, p.445-471.
- Millaney J.A; Trippet C.J. (1979) *Alcohol dependence and phobias, clinical dicrition and relevance Rrit.j.Psychiatry*,135, p.565-573.
- Norcross J.C.(1992) *The movement toward integrating the psychotherapie: an overview. Am. j. of Psychiatry*, vol.146, p.138-147.
- Quitkin F., Rifkin A., Kaplan J. (1987) *Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependensy and addiction. Arch. Gen. Psychiat.*, 27, 159-162.
- Rotter J.S. (1966) *Generalized, expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol. monogr.* 80: 1-28.
- Sartorius N. (1979) *Depression in different cultures (collaborative materials ed. by N.Sartorius)*.
- Seligmen M. (1978) *Ahramson L.G.,Semmel A., von Baeyer C. (1979) Depressive tributional style. J. Abnorm. Psychol.*, 88, p.242-247.
- Schur M. (1953) *The Ego in anxiety. In: Drives, Affects, Behavior (ed. by R. Loewenstein), International Universities Press, New York, p.67-103.*
- Stierlin H.,Weber G., Schmidt G., Simon F.(1986) *Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizo-affektiven Psychosen. In: Familiendynamik*, 11, s.267-282.
- Wittchen H.U. (1988) *Natural course and spontaneous remissions of intreated anxiety disorders: Results of the Munich Follow-up Study panic and phobias*, 2, Berlin.
- Wolpe J., Lazarus A.A. (1966) *Bechavior therapy thechniques: a guide to the treatment of neorosis. Pergamon press. London.*