Психологическая коррекция пациентов

Ф.Перлз [355], выбирая название созданному в рамках гуманистической психологии подходу, предполагал обозначить его как экзистенциальный анализ. Этот термин не был принят, т.к. в 50-е г.г. XX в. экзистенциальная психология не была популярна среди психологов. С.Гингер утверждает, что «экзистенциализма в Гештальт-подходе больше, чем Гештальт-психологии» [47, 8]. Поэтому экзистенциализм - одно из методологических оснований гуманистачески ориентированной процессуальной модели коррекции - Гештальт-подхода.

Как правило, человек, обращающийся за помощью к психологу или психотерапевту, страдает или имеет какую-то нерешенную проблему. Его что-то не устраивает в жизни: он сам или окружение, другими словами, взаимодействие с окружающим миром протекает неудовлетворительным для него способом. Страдание - это маркер существующего дисбаланса, выхода из позиции равновесия. Когда потребности и интересы человека и его окружения не совпадают, являются взаимно противоречивыми, всегда возникает некоторое напряжение в системе «человек - мир». Тогда, согласно Гештальт-подходу, система переорганизуется так, чтобы прийти к равновесию. Человек приспосабливается к среде или приспосабливает среду к себе, и до тех пор, пока и его и среду способы приспособления устраивают, существует некий баланс, динамическое равновесие.

В неравновесное состояние систему приводят возникающие флуктуации, в том числе и болезни. Как было установлено в данном исследовании, болеющая личность может демонстрировать несколько стратегий поведения.

Стратегия №1, которую можно назвать «движение против Мира», предполагает состояние вражды со своей средой. Человек решительно не доверяет чувствам и намерениям других по отношению к себе, поэтому граница-контакт устанавливается по принципу проекции. Такая стратегия характерна для наркотически зависимых пациентов. Отсюда основная задача психокоррекционной работы — вернуть пациента в реальную среду и научить новым способам взаимодействия с Миром.

В стратегии № 2 «движение от Мира» единственной потребностью человека становится построение собственного мира из самого себя, изоляция от окружающих. Здесь граница-контакт проходит внутри организма по принципу ретрофлексии. Данную стратегию демонстрирует большинство ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, а также некоторые пациенты, перенесшие инфаркт миокарда. Основная задача работы с пациентами, демонстрирующими стратегию № 2 - создание условий для осознания своих ограничений и оказание помощи в озвучивании чувств и телесных ощущений.

Стратегия № 3 «движение к Миру» связана с беспомощностью и актуализацией потребности в любви и заботе со стороны мира. Главный принцип установления границы-контакт - конфлюенция. Эта стратегия поведения свойственна большинству пациентов с инфарктом миокарда и некоторым участникам ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Здесь основная часть работы связана с задачей научить клиента выделять и адекватно удовлетворять собственные потребности сначала с психологом, а потом - со значимым человеком, с которым связаны его ожидания.

Для осуществления психокоррекционной помощи необходимо, следовательно, помочь человеку научиться различать себя и мир, завершая собственные Гештальты.

Цель Гештальт-подхода - помощь человеку обрести новое, удовлетворяющее его равновесие с окружающим миром - уникальное для данной личности и ситуации - уникальным, подходящим для нее способом. Для осуществления данной цели необходимо помочь человеку ясно осознавать как свои ощущения, эмоции, чувства, потребности, так и сигналы, воспринимаемые от других; понимать, кто именно может удовлетворить потребности и каким образом это возможно осуществить. Поэтому Гештальт-подход занимается прежде всего ростом способности осознавать и формированием ответственности за свой выбор.

Базовыми принципами Гештальт-подхода выступают: ответственность, осознанность, актуальность.

Ответственность как основная категория экзистенциализма несет в себе выбор. Здесь акцент делается на разнице между человеком как существом, способным к самоосознаванию и самоактуализации, и предметом или животным. С данной методологической позиции Я - это то, за что я несу ответственность. Другими словами, человек есть то, что он сам из себя создал. Он, с точки зрения атеистически ориентированного экзистенциализма является своим замыслом и живет, трансцендируя этот замысел в будущее, самореализуясь.

Стоит обратить внимание на этимологию термина «ответственность» (responsibility). В русском языке традиционно под ответственностью понимается вклад человека в конкретную ситуацию. Другое значение — как способность к ответу на сигналы окружающей среды - естественно для англоговорящих, поскольку словосочетание response + ability переводится дословно как способность отвечать, в первую очередь внешнему миру. В русском языке такого соответствия нет. Поэтому русскоговорящие с большим трудом понимают, в чем ответственность ситуации включенности в диалог со средой.

На уровне научных дискуссий это может звучать достаточно схоластически, но когда в реальной психокоррекционной работе возникает необходимость вернуть клиента к ответственности за его состояние и переживания, выясняется, что для него любая ответственность синонимична чувству вины. Диалог со средой, совершаемый клиентом в достаточно безопасной ситуации психокоррекционной сессии, позволяет рационализировать чувство вины, которое имеет большую ценность. Рациональное чувство вины «отражает реальность, говоря индивиду, что он погрешил перед другими. Рациональная вина сигнализирует человеку, что ему надо изменить свое поведение » [356, 211].

Взаимодействие с социумом требует выбора, т.е. принятия ответственности и утверждения определенных моральных критериев. Поэтому человек несет ответственность не только за собственный выбор, но и за резонанс выбора в окружающем мире. Чем яснее человек осознает свою ответственность в мире, чем шире он понимает ее границы, тем больше у него оснований для тревоги. В работе дан развернутый анализ невротичной тревоги, ухудшающей самочувствие человека и его взаимодействие с миром. Но у экзстенциальной тревоги есть позитивный потенциал, т.к. « это скорее школа, в которой человек достигает настоящей зрелости. Это лучший учитель, чем реальность, потому что реальность обманывает и двоится.. Тревога не лжет, тебе открылась полнота ситуации, ты можешь распознать в ней новые возможности» [295, 88].

Именно Гештальт-подход с его акцентом на возвращение клиенту ответственности за то, что с ним происходит, с большим пониманием и сочувствием встречает попытки человека избежать чрезмерного для него бремени ответственности, взять необходимое время для выстраивания и осознавания новых смыслов своей ситуации.

Осознанность (awareness) как постоянная внимательность к непрерывному потоку телесных и физических ощущений, чувств, мыслей, к смене «фигур», возникающих на переднем плане на «фоне», образованном множество х М переживаемых человеком фактов его жизни одновременно в телесном, эмоциональном и рациональном планах, в его воображении и поведении - второй принцип Гештальт-подхода.

Речь здесь идет не о понимании, анализе или интерпретации событий, поступков или чувств, а скорее «о поощрении глобального осознавания того, каким образом мы функционируем, как протекают процессы нашего приспособления к окружающей среде, интегрирования актуального опыта, как проявляются наши механизмы избегания и наши механизмы защиты» [47, 12-13].

Наша реальная практика, а также результаты исследования говорят о том, что большинство людей не осознает свои ощущения, переживания, модели поведения, рассматриваемые ими как «естественные», принятую систему ценностей, смыслы ситуаций и пр.

Процесс восстановления готовности к осознаванию может быть сравнен с поведением тяжело больного человека. Когда человек надолго прикован к постели и не может ходить, он, начиная выздоравливать и вставая с постели, будет более осмотрительным и постарается осознавать каждый свой шаг. Вернувшись к прежнему образу жизни, он станет ходить как обычно, перестав обращать особое внимание на свои движения. То же происходит и с человеком, который хотел бы восстановить свою способность к осознаванию. С помощью осознавания Гештальт-подход помогает восстановить способность человека к интеграции. Ведь прежде, чем клиент сможет изменить свое поведение, он, по словам И.Польстера, «должен впитать в себя те ощущения и чувства, которые сопровождают эти изменения. Восстановление процесса осознавания - это серьезный шаг на пути к развитию нового поведения» [175, 167]. Так человек приходит к постижению мира, самого себя, своего опыта и способов взаимодействия с миром.

Актуальность (now and how) в трактовке Ф.Перлза лучше передает суть Гештальта, нежели классическая формула «здесь и теперь». Существует немало методов, нацеленных на «здесь и теперь»: роджерианский подход, основные виды групповой терапии и даже психоанализ - ведь он работает с переносом, посредством которого здесь и теперь воссоздается детский невроз.

И.Ялом также указывал на преимущества подхода «здесь и теперь», подчеркивая, что именно такой вариант взаимодействия с клиентом «вызывает чувство непосредственности терапевтической встречи. Он предоставляет более точные данные, чем опора на несовершенное и постоянно меняющееся видение пациентом своего прошлого» [377, 170].

Понятие «теперь и как» в Гештальт-подходе подчеркивает специфическую направленность, опирающуюся на описание явлений, а не на их объяснение. «Вернуться от разговоров о вещах к самим вещам, таковым, какими они являются в действительности, в фактах жизни, т.е. не искаженным разнообразными концептуальными построениями» - писал Э.Гуссерль [336, 81].

В описании таких проявлений личности обращается внимание на важность субъективных и иррациональных фактов, непосредственного сиюминутного жизненного опыта вместе с сопутствующими ему телесными ощущениями, уникальными для каждого человека. Понятие «как» - это положение тела и бессознательные жесты или «микрожесты», дыхание, интонации голоса и пр. Невыраженные, имплицитные оттенки поведения и речи часто главенствуют над эксплицитно выраженным содержанием. Поэтому Ф. Перлз, а позднее и Ж. Лакан подчеркивают более важное значение формы как структуры по сравнению с содержанием.

Данный принцип требует удобной терминологии, а именно: употребление глаголов и причастий для описания предпочтительнее, чем существительных. Наблюдая мир активным и способным к изменениям, психолог выбирает слова, подчеркивающие, что речь идет о поведении. Например, «болеющий» вместо «больной». Как только употреблено существительное, появляется характеристика не только поведения, но и человека и как следствие этого часть надежды на улучшение исчезает. Гештальт-подход идентифицирует поведение, а не личностные недостатки.

Работа в режиме «теперь» ни коим образом не мешает клиенту воскрешать в памяти события, тревоги и планы, при условии, что все они, как осознанные, так и неосознанные, возникают у него спонтанно. Как пишет С. Гингер: «Они присутствуют в его уме или сердце сейчас и питают его в настоящем. Впрочем, на них может накладывать свой отпечаток актуальный контекст внутренней жизни клиента или внешней ситуации, поэтому они никогда не становятся раз и навсегда установленными «историческими истинами» [47, 23].

Отличие Гештальт-подхода от традиционной аналитической стратегии состоит в том, что Гештальт-психолог не побуждает клиента к внимательному исследованию воспоминаний о прошлом, или, по словам Ф.Перлза, «к выполнению длительных «археологических раскопок». Лучше сначала комфортно устроиться на первом этаже собственного дома и обставить свою комнату, прежде чем браться за основательную расчистку подвала от накопившегося в нем мусора, что может занять долгие годы. Да и завершить ее можно потом, постепенно, если следы прошлого будут продолжать оставаться тягостными. Прежде же мы восстановим те силы, которые дадут нам энергию в настоящий момент» [355, 200].

Работа по принципу «теперь и как» Может рассматриваться и как такой способ общения, который представляет собой своеобразный микрокосм способов взаимоотношений клиента с другими людьми, все проблемы прошлого проявляются в реальном «теперь», и психологу можно отследить и «вернуть», а клиенту осознать эту проблему. Поэтому И. Лом называет данный режим своеобразной «лабораторией, надежным местом, где пациент может опробовать новые способы поведения перед тем, как перенести их в окружающий мир» [377, 171].

Используя основные принципы Гештальт-подхода можно получить ясное представление о происходящем с клиентом, что позволит развернуться контакту клиента с его переживаниями, тем самым давая возможность продвигаться от ограничивающих представлений к ценному опыту существования «теперь и как». В этом процессе клиент является равноправным партнером консультирующего психолога, каждому новому переживанию он находит место в новом контексте и наполняет его новым собственным смыслом. Он по-новому начинает участвовать в психокоррекционном процессе, отказываясь от стереотипного поиска причин и смыслов.

Поиск нового, адекватного ситуации смысла в Гештальт-подходе не выступает первоочередной задачей. Если поиску смысла будет отводиться центральное место, то, по словам Ф. Перлза, «реальная проблема клиента сведется к выяснению ее «правильного» места. Важно, - указывает Ф. Перлз, - выслушать историю и дать смыслу развернуться, а не подчинять все поведение определенному представлению. Поиск смысла - это человеческий рефлекс, но при этом принуждение к осмыслению мгновенно топит чувства» [355, 188].

При работе с телесными ощущениями, чувствами и переживаниями клиента в режиме «теперь и как» смысл возникает как бы сам собой, из череды осознаваемых событий, из естественного ритма переживаний и их осмысления.

Поэтому в процессе психокоррекционной работы при Гештальт-подходе так велика роль диалога между клиентом и психологом., В основе такого диалога в отличие от психотерапевтического медицинского знания лежит, по определению М.А.Гулиной, «не понятие психического здоровья, а понятие терапевтической модели изменений личности, которая (модель) свободна от идеи «нормальности - ненормальности»: она заменена различными вариациями концепции индивидуального развития личности» [55, 16]. Я бы добавила - как клиента, так и психолога. Психолог выступает для клиента частью внешнего мира, что должно быть использовано в работе с пациентами, демонстрирующими стратегии поведения, связанные с отказом взаимодействовать с миром.

Наша психокоррекционная работа осуществлялась практически со всеми попавшими в выборку опиатно зависимыми клиентами,\* и с небольшим количеством пациентов с инфарктом миокарда и ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Поэтому считаем возможным дать развернутое обоснование психокоррекционной работы с аддиктами и привести некоторые примеры из этой работы.

Психокоррекционная работа с опиатно зависимыми пациентами проводилась нами в комплексной бригаде, куда, кроме психологов входили также фармаколог, нарколог, терапевт. Работа бригады разворачивалась по следующей схеме 4.

Из данной схемы четко прорисовывается, во-первых, роль, во-вторых, место психолога и проводимой им психокоррекционной работы в стратегии лечения наркозависимой личности.

Уже на первой стадии комплексного лечения наркозависимого пациента обнаруживается самая большая проблема в психокоррекционной работе с такими клиентами. По нашему опыту, это установление доверительных отношений с клиентом. В ходе сбора первичного психологического анамнеза, наблюдения за потенциальным клиентом от психолога требуется осторожность в диалоге, т.к. у любого человека, который обращается за помощью, всегда есть «две части»: одна желает изменений (именно благодаря ее присутствию клиент и обращается за помощью), другая не желает этих изменений (чаще из-за страха). В научной литературе [55] доминирует точка зрения, согласно которой необходимо приложить все усилия, чтобы создать союз с первой частью.

Схема 4. Основные этапы лечения опиатно зависимых пациентов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | участники | Основные способы воздействия |
| 1. Первичное обращение человека, имеющего зависимость | Нарколог, терапевт, психолог | Диагностика клиники заболевания (вид наркотика, размер дозы, частота приема, время употребления); соматические изменения (состояние желудочно-кишечного тракта, системы кровообращения, ЦНС) Первичный психологический анамнез |
| 2. Выявление готовности лечения | Психолог, терапевт | Психологическая диагностика; сбор необходимых объективных данных (ЭЭГ, томография головного мозга и пр.). Установление доверительных отношений. |
| 3.Прекращение приема опиатов (абстинентный синдром) | Нарколог, фармаколог, психолог | Лечебные манипуляции, связанные с абстинентным синдромом. Наблюдение за поведением клиента |
| 4. «Исход» из наркотического мира | Психолог, терапевт, фармаколог | Психокоррекционноя работа (обязательно в параллели с родителями и супругами); медикаментозное лечение |
| 5. «Возврат в мир» адаптация к жизни бе: наркотика | Психолог, терапевт | Психокоррекционная работа: Наблюдение за соматическим состоянием |
| 6. (вероятная стадия) Употребление наркотика | Психолог, фармаколог, терапевт, нарколог | По индивидуальному плану |

Наш опыт психокоррекционной работы с опиатно зависимыми показывает, что при заключении союза лишь с этой частью, мы рискуем принять сторону «долженствователя» и присоединиться к угнетению и без того репрессированных сторон личности клиента. Поэтому установление- альянса, с целостной личностью наркозависимого — самая продолжительная по времени работа психолога, которая порой продолжается до 3 месяцев при условии постоянных (хотя бы 1 раз в неделю) контактов.

Отношения, которые устанавливаются между психологом и клиентом, в Гештальт-подходе обладают серьезным коррекционным потенциалом. Так, С. Гингер, исследуя этимологию слова «терапия», указывает на следующие значения:

* забота о религиозных отправлениях, культ богов:
* уважительное отношение к родителям, забота о них, служение им;
* заботливый уход за телом:
* лечение [47, 4-5].

Для нас принципиально обнаружение в объеме понятия «терапия» таких трактовок, как служение, забота, уважение. Поэтому суть отношений между гештальтистом и клиентом можно охарактеризовать как партнерство.

Дж. Бьюдженталь для обозначения «качества бытия в ситуации или отношениях» [302, 42] между людьми в психокоррекционном процессе использует понятие «присутствие», подчеркивая тем самым степень искренности и полноты, с которыми человек существует в конкретной ситуации. Первоначально наркотически зависимый человек скорее отсутствует, нежели присутствует на встрече с психологом.

Основные способы, с помощью которых возможно установление доверительных отношений и включения клиента в психокоррекционный процесс — это присоединение к клиенту и описание клиентом своих переживаний в состоянии наркотического опьянения.

Присоединение к клиенту осуществляется через выяснение причин, побудивших клиента обратиться за помощью именно в данный момент времени. При этом возможно проявление эмпатии как попыток увидеть ситуацию глазами пациента, избегание критики в его адрес. На первой и второй стадиях комплексного лечения главная задача психолога - показать всеми доступными способами, что психолог воспринимает данного человека не как безнадежно больного, опустившегося наркомана, а как вполне здоровую, но имеющую проблему личность. Это способствует повышению самооценки клиента и возникновению у него ответственности через изменение отношений с'позиции «врач - больной» на позицию «психолог - клиент».

Со стороны психолога установление доверительных отношений требует, чтобы «клиент и психолог находились на одном и том же уровне присутствия или по возможности на максимально близких, что не означает сходства их высказываний по содержанию, но с необходимостью требует от психолога быть аутентично доступным и адекватно экспрессивным» [302, 71]. Под доступностью понимается степень того, насколько человек допускает, чтобы происходящее в данной ситуации воздействовало на него, другими словами, насколько происходящее относится для психолога к событиям на его границе-контакт. Экспрессивность же означает степень, в которой человек выражает себя вовне, позволяя другому действительно узнать себя в конкретной ситуации взаимодействия.

Потому в психокоррекционной сессии Гештальт-подхода психолог может говорить обо всех своих эмоциях и чувствах, переживаемых им «теперь и как», в том числе и о негативных (злости, гневе, страхах и пр.). Именно раскрытие мира собственных переживаний перед клиентом, своеобразное «обучение» вербализации переживаний позволяет установить доверительные отношения. Кроме того, уже на первом этапе достаточно важно овладеть лексикой наркотически зависимых, а также четко представлять процессы, происходящие при приеме и отмене наркотика, иначе психолог просто не поймет, о чем идет речь в сессии. Например, «приход» и «кайф» - совершенно разные физиологические и психологические процессы, первый возможен только при внутривенном использовании опиатов и представляет собой яркое кратковременное переживание, сходное с оргазмическим, возникающее при поступлении наркотика в кровь, а кайф — это состояние расслабленности, вызываемое действием опиатов, принимаемых любым способом.

Переход ко второму способу (предложение рассказать клиенту о тех переживаниях, которые он испытывает при и после приема опиатов) при наличии опыта самораскрытия психолога перед клиентом, не вызывает у последнего отторжения. Клиент в ситуации «теперь и как» экспрессивно сосредотачивается на потоке переживаний и более обеспокоен выражением своего внутреннего мира, нежели имиджем, объяснениями (эбаутизмами) и пр. Его речь эмоционально насыщена, разнообразна по темпу и интонационному строю, в ней могут присутствовать ругательства и непристойности (по нашему опыту, это один их маркеров установления доверительных отношений). Поза обычно открытая, детально описываются физиологические ощущения, желания, восприятие себя как в измененном, так и в обычном состоянии сознания. Здесь важно помнить, чтобы клиент рассказывал о своем опыте в настоящем времени, как если бы это происходило в данный момент. Как показывает наш опыт, это способствует погружению клиента в описываемое состояние.

Наркотически зависимые клиенты пожалуй легче и подробнее остальных описывают свои телесные переживания и ощущения. Это позволяет подтвердить вывод о большей осознанности этой группы пациентов своего опыта.

На третьем этапе комплексного лечения проводится консилиум, на котором все участники терапевтического процесса, в том числе и наркозависимый, решают, в каких условиях будет происходить «исход из наркотического мира». Эти условия могут быть амбулаторными (пациент живет дома и регулярно посещает психолога), стационарными, т.к. состояние здоровья клиента (наличие гепатитов, ВИЧ-инфекции) требует помещения его в стационар. Самые сложные пациенты, только с их согласия (несовершеннолетние — с согласия родителей или опекунов), помещаются в так называемую депривационную камеру. Депривационная камера представляет собой изолированное от внешнего мира помещение без окон. У клиента изымаются часы, источники информации (книги, плейер, радио, газеты и пр.). Камера круглосуточно охраняется, ключи находятся у охранника, врача и психолога. Родители, супруги допускаются к пациенту только по разрешению психолога, работающего с наркозависимым после консультации с психологом, работающим с созависимыми лицами. Другие лица не допускаются. Такой достаточно жестокий способ лечения приносит серьезные результаты. Так, все наши пациенты, прошедшие такой вариант лечения, находятся в состоянии ремиссии (некоторые уже 5 лет) и проходят лишь поддерживающую медикаментозную терапию.

На этом этапе со всеми клиентами, вне зависимости от выбранного способа лечения, проводится интенсивная психокоррекционная работа. Поиск «мишеней» в работе с наркозависимыми напрямую связан с фрустрированными в реальной жизни потребностями аддикта. Несомненно необходимо знать те мотивы клиента, которые побуждают его прибегать к помощи наркотических веществ и помочь ему найти социально приемлемые способы реализации потребностей.

При выяснении наличия потребностей клиента, когда он находится в трезвом состоянии, психолог старается определить, соответствует ли система потребностей в измененном состоянии сознания системе потребностей трезвой жизни. Достаточно часто на этой стадии актуализируются прошлые психотравмы аддикта

Позволим себе привести примеры. Понятно, что наркотически зависимый человек - личность с нарушенными нейронными связями в физиологическом аспекте и с нарушенными коммуникативными связями в психологическом аспекте. Затруднения аддикта при взаимодействии с миром связаны с утратой способности к построению и разрушению Гештальтов. Этот своеобразный танец, процесс построения - разрушения, сдерживается как застывшими, фиксированными паттернами поведения, так и теми био-химическими процессами, которые протекают в его организме.

Пример 1. Д., 21 год, стаж употребления наркотиков с 15 лет. (депривационная камера, 19 день). На восьмой сессии Д. вдруг заговорил о своей младшей сестре. П. Что сейчас заставляет тебя вспомнить о своей сестре?

Д. Когда она родилась, мне было 5 лет. Я думал, что если я буду помогать маме ухаживать за ней, то она будет со мной чаще общаться. Но мне не разрешили. Мама сказала, что я не сумею, что я еще маленький (на лице детское выражение, губы надуты, в глазах - слезы). П. Что ты переживаешь сейчас? Д. Обиду. Я на маму обижаюсь. П. За что ты обижаешься на маму?

Д. Они никогда мне не помогала, не поддерживала меня (плачет, потом глубоко вздыхает, указывая, что кольнуло в сердце). П. Она и сейчас тебя не поддерживает? Д. Сейчас - да. Куда ей деваться.

П. Ты хочешь сказать, что если бы не наркотики, ты бы так и не получил поддержку мамы?

Д. (поднимает глаза, с удивлением) Наверно, нет.

Наша терапевтическая гипотеза в этом случае была связана с фрустриро-ванной потребностью Д. в доверительных отношениях с матерью. В свою очередь и у мамы Д.\* потребность в доверии также была фрустрирована. Так, на одной из сессий мама заявила следующую проблему: «Когда я вхожу в аудиторию, где сидят незнакомые мне студенты, я всегда испытываю страх. Я не знаю, с чем он связан, но он очень мешает в моей профессиональной деятельности (мама — преподаватель ВУЗа)».

Пример 2. Мама Д. П. На что похож Ваш страх?

М. (долго думает, дыхание учащается). На шаги за спиной. П. Давайте попробуем поэкспериментировать с этими шагами. М. Давайте.

П. Научите меня быть этими шагами.

М. Я не знаю, это просто шаги. Но мне уже сейчас страшно (слегка топает туфлями по полу).

П. выполняет движения М.

М. Я хочу убежать. У меня ком в груди. Мне плохо. Я хочу закричать. П. Кричите. Бегите.

М. Помогите! (падает на стул, дыхание очень быстрое, прерывистое, одна рука сжимает горло, другая - в кулаке).

\* С этой клиенткой в силу определенных обстоятельств работала я.

М. Я вспомнила. Когда я училась в десятом классе, я часто ходила к подруге через лесопарк. Однажды, это было в середине весны, я шла к ней (подробно описывает пейзаж и особенности дороги) и увидела группу подростков. Я прошла мимо, а потом услыхала шаги за спиной. Это они бежали за мной. Они схватили меня и потащили в сторону от дороги. Я сопротивлялась, кричала. На мое счастье шел какой-то мужчина. Он меня и спас.

П. Я понимаю, что Вы вновь переживаете эту историю. Я вижу у Вас на глазах слезы и сжатые в кулаки руки. Что Вы сейчас хотите? М. Я бы убила их всех сейчас.

П. Давайте попробуем. (Начинается работа с фантомом, подростков заменяет шуба). Сделайте с этой шубой то, что Вы хотите сделать с этими подростками. М. (подходит к лежащей на стуле шубе и начинает ее бить кулаками, как месят тесто. Бьет с азартом минут 10. Останавливается, в полном изнеможении опускается на стул). П. Что-нибудь хотите еще?

М. Я хочу сказать, что никогда представить не могла, что расскажу этот случай кому-нибудь. До сегодняшнего дня про это никто не знал. П. Вы вспомнили этот случай в связи со страхом перед незнакомыми студентами. Есть ли что-нибудь общее между этими историями? М. Теперь я знаю. Они могли бы быть для меня опасными. Им нельзя было доверять. Видимо я подсознательно боялась повторения этой ситуации насилия.

П. Ваши студенты могут быть опасными? Они могут совершить насилие по отношению к Вам?

М. Сейчас я понимаю, что дело не в студентах, которых я не знаю. Я так долго жила с этим страхом, что распространила его вообще на всех незнакомых людей.

Проанализируем эти примеры. В данной ситуации достаточно долгое время ребенок хочет удовлетворить свою потребность в доверительных отношениях с миром, представленным в первую очередь матерью. Он всячески пытается привлечь к себе внимание, хочет заботы, любви и пр. (варианты привлечения внимания Д. исследовались в нескольких сессиях). Мама в связи со своим незакрытым Гештальтом не может удовлетворить эту потребность и срывает цикл своего ребенка по механизму эготизма, суть которого в том, что «мои границы на замке и полностью раствориться в происходящем я не могу» [164, 43]. Мать не в состоянии раскрыть свою границу и впустить туда своего ребенка, т.к. не доверяет миру.

В какой-то момент ребенок осознает, что потребность не удовлетворяется. Чаще это происходит через интенсивные негативные переживания. Ребенок пытается удовлетворять эту базовую потребность во внутреннем мире посредством фантазий и мыслей, постоянно возвращаясь к этому контакту, как бы блуждая в попытках найти какое-нибудь завершение ситуации.

Появление нового решения - возможности перенести свои потребности в мир иллюзий, где формируется новая конфигурация цикла контакта - есть творческое приспособление. Смещение цикла контакта в интенсивную (внутреннюю) зону позволяет не вступать в травматический контакт с матерью.

Это решение является творческим еще и потому, что человек оптимально использует накопившееся за многие годы блокированное возбуждение и имеет, наконец, возможность пройти весь цикл контакта. Результатом выступает целостный, упакованный во всех модальностях Гештальт. Новая модель поведения закрепляется у наркотически зависимого также на уровне биохимических процессов в форме структурированных а-типичных реакций.

Так организуется поле аддикта в соответствии с удовлетворением потребности в доверии, которая в реальной действительности постоянно фрустрируется. Следовательно, психокоррекционная работа на 4 и 5 стадиях связана с осуществлением следующих моментов:

1. Помощь клиенту в осознании того, что наркотик — это способ удовлетворения потребностей.
2. Осознавание клиентом того, что в реальном мире есть способы удовлетворения потребностей без употребления наркотиков.
3. Поддержка при любых вариантах принятия на себя ответственности.
4. Оказание помощи клиенту в раскрытии своего положения значимым людям.
5. Необходимость поощрения клиента при возвращении в реальный мир.
6. Совместные поиски новых смыслов.

Все эти моменты связаны с выздоровлением аддикта и возвращением его в реальный мир. Как пишет Р.Т.Поттер-Эфрон, «выздоравливающий аддикт часто чувствует себя обнаженным и беспомощным - у него отобрали его защиту от реальности и оставили, чтобы иметь дело с миром без нее. Он также может быть внутренне раздавлен осознанием того, во что он превратился» [356, 194-195]. Психолог на этих стадиях превращается в проводника, который «пойдет вместе со своим клиентом к тем частям его личности, которых он больше всего боится, и он не боится идти, потому что верит, что вместе они смогут пережить этот опыт» [356, 195].

На этих же стадиях возможны совместные поиски новых смыслов. Ведь выздоровление не означает, что человек просто бросил употреблять наркотики. Выздоровление подразумевает, что человек полностью перестроил свои отношения с миром, пересмотрел тот стиль жизни, который поощрял интоксикацию, поэтому включает поведенческие, эмоциональные, когнитивные и духовные перемены. Клиент, который избавился от наркотической зависимости, ощущает внутреннее принятие себя и принимает этот факт и как ответственность за свой выбор. Приведем пример.

Пример 3. Ю., 20 лет, стаж употребления наркотиков с 17 лет

Ю. Я сейчас вспоминаю, как я жила тогда. Работать не надо, папа всегда денег даст, а куда их девать?

П. Ты можешь сейчас представить себя тогдашней?

Ю. Да, конечно.

П. Расскажи, какая ты?

Ю. (говорит медленно) Мне скучно, просто как-то невыносимо скучно. Я не хочу никуда идти, ничего делать не хочу, мне все надоело: тряпки, дискотеки... Ничего не хочу (зевает).

А папа все время предлагает какие-то варианты - то поехать учиться за границу, то пойти к нему на фирму поработать, а потом нотации читает. Достал! (начинает говорить быстрее, постукивая ребром ладони по столу). Вечно им от меня что-то надо. П. Тебе не больно? Ю. Не-а.

П. А сильнее можешь?

Ю. (бьет ребром ладони по столу сильнее).

П. Ты кого бьешь?

Ю. (почти кричит) Да достали вы все меня! П. Кто это - все?

Ю. (успокоившись) Я сейчас понимаю, что я сама себя доставала, что папа и мама ни при чем здесь. Я себя сейчас наказываю, что была такой дурой, вместо того, чтобы учиться, жить, я эту дрянь колола, да еще друзей притянула.

На этом примере, во-первых, отслеживаются основные способы срыва контакта Ю. родителями, которые иерархизированы по типу «этажерки». Сначала, как бы на поверхности, проекция (нам лучше знать, что необходимо ребенку - учиться, работать на моей фирме и пр.), под которой лежит интроекция (нужно жертвовать ради своего ребенка, мне пришлось многое пережить, пусть ребенок ни в чем не нуждается, ни в чем себе не отказывает).

Несомненно, проекция родителей - патологична, т.к. она проявляется в индивидуальной истории Ю. как стереотипный механизм защиты от реальных потребностей и желаний ребенка.

Во-вторых, можно выявить и способы срыва контакта Ю. Человек, не имеющий на собственной границе - контакт четко оформившейся фигуры, но имеющий различные варианты фигур собственных родителей, сначала пытается быть послушным и интроецируется («заглатывает») предлагаемым. Он пассивно принимает предложения, не затрачивая усилий на определение собственных потребностей и желаний. Ему становится скучно. Ребенок пытается оставаться в контакте с теми, кто не поддерживает, а иногда и не задумывается о существовании собственных потребностей ребенка. Возбуждение быстро истощается, ребенок устает и стремится выйти из ситуации.

Подходящего повода нет (как можно отказать в контакте таким заботливым родителям), контакт становится чрезмерным, а потом и болезненным. В этом примере уход в интенсивную зону связан с «захватом» экстенсивной зоны взрослыми. Доверчивость и открытость миру оказывается подорванной внешними авторитетами, оценки которых разрушают собственную идентичность личности.

Эти не присвоенные (на языке Гештальта - не прожеванные и не переваренные) правила, полученные из вторых рук, мешают собственному выбору. В это время и начинается борьба. Человек настолько устал от постоянных вторжений, что готов пожертвовать чем угодно, лишь бы реализовать собственную актуальную потребность. Если в 5 лет он говорит «нет», то в юности готов на многие протестные реакции. На переднем плане наконец прорисовывается «я сам».

Однако, имеющийся паттерн поведения («быть послушной девочкой») требует, чтобы интроецирование родителей было заменено интроектами значимой группы. Причем сначала это друзья, пробовавшие наркотики, в ситуации лечения - люди, которые лечат. Человек похож на флюгер, вертящийся в разные стороны, в зависимости от значимой группы. Поэтому сначала, на первых этапах комплексного лечения вся энергия индивида направлена на поддержание ценностей значимой группы. В этом механизме заложен больной потенциал личностного роста такого клиента. Самое сложное — обучить его принятию ответственности за свою жизнь.

В Гештальт-подходе предлагается использовать вопросы, направленные на принятие клиентом всех частей себя.

Пример 4. Ю., 20 лет.

Ю. Мое отношение к родителям отвратительно, позорно. Они все для меня делали, а я... П. Что ты?

Ю. (начинает в подробностях рассказывать об употреблении героина). П. (останавливая). Нет, ты меня неправильно поняла. Я спросила о тебе настоящей.

Ю. Я сейчас лечусь.

П. Что ты сейчас делаешь? Я какой вопрос задала?

Ю. Ой, я опять убегаю от ответа, опять заговариваю свою проблему.

П. Какую проблему?

Ю. Употребление наркотиков.

П. Это твоя сегодняшняя проблема?

Ю. Конечно нет. (опустив голову) Знаете, как трудно признаться, что я - наркоманка.

П. Я никогда не употребляла наркотики, но я очень хорошо знаю, что принимать ответственность за всю свою личность, за все ее проявления — это очень больно. Что ты сейчас чувствуешь?

Ю. Правда, мне очень больно и еще... противно, что я такая. Но я все делаю для того, чтобы вылечиться.

П. Скажи, а есть, пусть маленький, но плюс в этом твоем опыте? Ю. (задумывается, потом радостно) Конечно! Я могу квалифицированно объяснить друзьям, которые еще не «спрыгнули», всю мерзость этого. Теперь я точно знаю, что это такое - наркоман. Я могу быть волонтером в Вашем центре.

Считаю, что на этих этапах психокоррекционной работы возможен переход от проработки «проблемы клиента» к осознаванию как «знанию изнутри» через идентифицирование клиента со всеми сторонами его опыта, принятие всех сторон его личности. Этот процесс происходит тогда, когда человек становится тем, кто он есть на самом деле, со всеми своими недостатками, позорными, негативными сторонами его личности. Чаще данный процесс прямо связан с инсайтом, следствием которого является новый смысл, не требующий смены мира. Сущность нового смысла - в изменении способа проживания жизненного опыта, в изменении функционирования личности в системе «человек -мир».

При психокоррекционной работе с наркотически зависимыми следует помнить о возможности срыва. Возврат к употреблению наркотиков как осознанный способ решения проблем чаще связан с реальными трудностями, возникающими перед выздоравливающим человеком. Поэтому предполагается 6 стадия, названная «Употребление наркотика».

Пример 5. А., 22 года стаж употребления наркотиков с 14 лет. (обратился к психологу в связи со срывом, после 2 лет ремиссии) П. Привет. Что случилось?

А. Я тут был на приеме в нашей поликлинике, сдал анализы, и врач мне сказал, что у меня цирроз печени и что мне осталось жить не больше 6 месяцев. Ну я и сорвался. Решил, что все равно пропадать. П. А зачем ко мне пришел? Ты же решил пропадать.

А. А вдруг это не цирроз? И потом, стыд замучил. Перед мамой стыдно, она столько пережила, перед Вами стыдно, Вы столько со мной мучились, перед собой стыдно - столько вынес, и — вот... П. Ты сейчас переживаешь стыд?

А. Да (опустив глаза, стараясь не встречаться глазами с психологом). П. (подвигается ближе, берет за руку) Тебе перед кем стыдно? А. Сейчас - перед Вами.

П. А я сейчас переживаю радость за тебя, потому что ты, во-первых, употребил героин только один раз, и, во-вторых, потому что сразу пришел ко мне. Я испытываю удовлетворение от проделанной нами прежде работы, т.к. ты научился принимать в себе все свои проявления, и стыд в том числе. А. Да, и мама говорит, что этот срыв - случайность (поднимает глаза и смотрит на П.)

П. Попробуй с чем-то ассоциировать свой. стыд.

А. (долго думает). Я придумал. Он похож на задние габариты у автомобиля. Когда они зажигаются, то мне необходимо остановиться, а то влеплюсь впереди едущий автомобиль. Причем эти габариты на большой грузовой машине, а я - на запорожце, так что мало не покажется. П. Что ты вынес из этой встречи?

А. Теперь я знаю, что стыд - это нормальная реакция, его можно использовать, когда вдруг у меня появится желание уколоться.

Человек, прошедший длительную психокоррекционную работу, после срыва обращается к психологу для того, чтобы разобраться в причинах. Чаще он переживает стыд. Работа со стыдом требует от психолога ответственности, движения, по образному выражению Ф.Перлза «мышиными шажками». Стоит учитывать последовательность шагов, предложенную Р.Поттером-Эфроном: «1 шаг — создать безопасную обстановку, чтобы клиент смог открыть свой стыд;

1. шаг - принять этого человека с его стыдом;
2. шаг — исследовать источники стыда;
3. шаг - поощрить клиента усомниться в его представлении о себе;
4. шаг - поддержать изменения в представлении о себе, которые содержат реалистическую гордость собой» [356, 148]. Возможность осознавания того, чему научился клиент и как он поменялся за период психокоррекционной работы, позволяет минимизировать последствия 6 стадии. Таким образом клиент достигает «кусочка мудрости и способен взаимодействовать со средой в свежей и более глубокой манере» [355, 141].

Дав достаточно подробную картину работы с наркозависимыми пациентами, позволим себе лишь очертить основные сложности работы с другими группами пациентов с нарушениями системы кровообращения.

Если клиентов с наркотической зависимостью можно назвать достаточно гомогенной группой, то психокоррекционная работа с участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС строилась в зависимости от типа отношения к болезни и типа расстройства системы кровообращения.

Считаем, что в первую очередь необходимо корректировать пациентов с кардиологическими расстройствами, т.к. данные нарушения имеют, как было установлено в исследовании, психосоматическую природу. Здесь на передний план выходит проблема ретрофлексии, проявляющаяся в блокировании энергии внутри границ личности. Необходимо создать такие условия клиенту, чтобы сдерживаемые, подавляемые эмоции и чувства были озвучены и осознаны, а удерживаемая энергия присвоена, признана принадлежащей самому человеку. Проще всего осуществить данную задачу, используя приемы и техники работы с телом. Любые телесные проявления стоит переводить во «внешний диалог».

Существуют два уровня освобождения от ретрофлексивного поведения. На первом уровне человек переносит на себя то, в чем он нуждается. Например, он будет поглаживать себя, удовлетворяя таким образом потребность в заботе или в теплых отношениях. Такой тип ретрофлексии чаще демонстрируют пациенты с кардиологическими нарушениями.

На втором уровне человек просто не обращает внимания на свои потребности. В реальной жизни он не только тщетно пытается найти контакт с другими людьми, но и сам для себя недоступен, становясь «тюремщиком» для себя. Этот способ ретрофлексирования присущ пациентам — «чернобыльцам» с сосудистыми расстройствами.

Освобождение от ретрофлексии приводит к восстановлению осознания своего тела, а через тело — и своего Я. Как писал о таком человеке Ф.Перлз: «Если он знает, что происходит у него внутри, его энергия готова к преобразованию в реальное действие. Он может представить себе, с кем бы ему хотелось посидеть вместе, кого бы он хотел обнять, кому бы он хотел дать в зубы, кого бы - сожрать или покусать» [163,21].

При работе с данной группой пациентов стоит помнить о гипертрофированном чувстве вины у многих из них. Проработка данного чувства приводит к формированию ответственности. Основные шаги работы с виной предложил Р.Поттер-Эфрон, который писал: «Основное движение происходит от иррациональной вины к рациональной, от паралича - к действиям. Общая цель - помочь клиенту выработать ряд позитивных ценностей, которые позволят ему жить в гармонии с другими, удовлетворяя собственные потребности» [356, 333].

Ответственность и осознанность могут привести к появлению смысла, которым наполняется жизнь участника ликвидации последствий аварии. В результате психокоррекционной работы он обнаруживает, что его прежние инерция, усталость, отказ от взаимодействия с миром, бессмысленность были скорее способами защиты от психотравмирующей ситуации, приводя к саморазрушительному поведению. Обучение клиента оказывать себе поддержку через поддержку психолога приводит к формированию способности опираться на собственные ресурсы.

На этом этапе важно ассимилировать приобретенный опыт, присвоить его. Это может быть достаточно длительный этап, который может показаться сложным и скучным - человек как бы «пережевывает» много раз свои интенсивные чувства и переживания. В результате клиент становится способен четко выразить то, чему он научился и как изменился в результате коррекции. Теперь он умеет «наполнять смыслом каждый поступок своей жизни. И если стремится измениться, то оставаясь только самим собой. Человеческое достоинство формируется в зависимости от моего личного отношения к тому, что произошло в моей собственной жизни» [47, 32].

Самая гетерогенная группа - пациенты, перенесшие инфаркт миокарда. В психокоррекционной работе с этими пациентами учитывалась зависимость от показателей наличия-отсутствия невротических моделей поведения, определенной медико-социальной экспертизой группы инвалидности, типа отношения к болезни.

На наш взгляд, не требуют длительного психокоррекционного вмешательства: пациенты с гармоническим отношением к болезни и вариантом осознанного смыслогенеза, пациенты с осложненным инфарктом без группы инвалидности, пациенты с осложненным инфарктом, имеющие группу инвалидности, пациенты, пережившие клиническую смерть и пациенты с неосложненным инфарктом, имеющие группу. Все эти пациенты не имеют невротических моделей поведения.

Как установлено в исследовании, самыми сложными пациентами являются, во-первых, перенесшие клиническую смерть и имеющие невротические модели поведения, во-вторых, имеющие неосложненный инфаркт, группу инвалидности и невроз.

Первая группа чаще демонстрирует ретрофлексию, поэтому психокоррекционная работа с этой группой похожа на взаимодействие с участниками ликвидации аварии на ЧАЭС. Стоит отметить, что данная группа нуждается в большей поддержке со стороны психолога, которая может быть проявлена следующими способами:

* открытыми вопросами типа «Я внимательно Вас слушаю, о чем Вы хотите мне рассказать»;
* сигналами, что человек услышан;
* поддержкой по темпу сессии;
* руководством в поисках телесной опоры для клиента;

- спокойное отношение к возбуждению клиента (особенно при работе с гневом).

Во второй группе большую часть работы занимает осознавание тревоги. Фасадные проявления тревоги легко распознаются медиками, которые пытаются купировать данное чувство (прежде всего больного надо успокоить). Однако, если рассматривать тревогу а позиций Гештальта, как проявление специфической блокады возбуждения на разных фазах цикла контакта, то можно найти в ней позитивный потенциал. Тревожный пациент рассказывает о своих переживаниях. Однако, тогда он должен актуализировать их в своем сознании, что субъективно неприятно, страшно, особенно если это может дискредитировать его в глазах окружающих. Своеобразный «зажим» между потребностью и страхом ее реализации сопровождается соматическими проявлениями тревоги, ухудшая состояние пациента. Работа с тревогой дает возможность актуализировать вытесненную панику, позволяя пациенту осознавать типичный способ защиты - конфлюенцию с достаточно широким кругом людей. Такой способ защиты препятствует принятию ответственности и поиска энергии, необходимой для разрешения социального неблагополучия.

Основная задача психолога - отказ от поддержки клиенту, потому что это позволяет пациенту избегать ответственности, усиливать роль больного и углублять «симптомотворчество», вместо осознания своего места в социуме и решения проблемы адаптации к изменившимся условиям жизни.

Гештальт-подход, используя экзистенциальные принципы решения человеческих проблем, выступает как своеобразное «связующее звено, придающее смысл и перспективу тому, что делают и чувствуют люди» [355, 231]. Прошедшие через психокоррекционное воздействие люди перестают невротически заботиться о своих болезнях, переводя энергию на вероятные способы развития своих сил, переживания чувства значимости, соответствия истинным потребностям и пр. и организуя диалог с миром в соответствии со своей идентичностью. Именно Гештальт-подход подчеркивает экзистенциальную оригинальность каждого человека, позволяя каждому яснее увидеть, в чем он не похож на других и в чем смысл его существования в этом мире.

**Заключение**

В данном исследовании установлено, что проблема смысла анализируется в трех принципиально различных вариантах, в которых нас интересует в первую очередь технология решения вопроса. Первый подход ставит знак равенства между категориями "значение" и "смысл", рассматривая последний как содержание, располагающееся в социуме и выполняющее принудительную функцию. Так, структурализм рассматривает болезнь как определенную психическую переменную, способную диктовать человеку свои правила. Больной человек оказывается, с одной стороны, "своим среди чужих", так как он не желает нарушать правила и выделяться из общепринятых моделей поведения. С другой стороны, он - "чужой среди своих", потому что несет в себе угрозу социуму. Так заболевший становится маргиналом, "узником перехода" (М.Фуко), нарушая сложившуюся систему отношений "социум - человек". Отождествление значения и смысла приводят к представлению, что здоровый человек это определенным образом выдрессированное природное тело. Поэтому каждая личность вынуждена помещать свою жизнь в контекст коллективных мифов о болезни, отказывая себе тем самым в индивидуальности. Такой человек находится в ситуации безличного бытия, где подлинные смыслы не распакованы.

Наше исследование выявило существование тождества между значением и смыслом болезни как среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда, так и среди ликвидаторов аварии на ЧАЭС. Отсутствие рефлексии приводит первых к различным осложнениям в патогенезе, у вторых включает механизмы саморазрушительного поведения, деформируя смысловую реальность.

Аддикты же, действуя свободно, в данном контексте без ориентиров на ограничения социума, против диктата внешней среды в принципе отказываются от набора социализированных значений наркоманий. Здесь можно говорить об отсутствии взаимопересечения значений как социальной мифологии и объяснений своего состояния со стороны личности. Поэтому смысл в этом мире исчезает, а аддикт пытается выстроить определенную логику и ищет смыслы в другом Мире. Так личность переходит в другое измерение, где удовлетворяются любые потребности. Единственной ниточкой, связывающей аддикта с реальностью, являются телесные болевые ощущения в области сердца, означающие, что личность еще имеет определенные отношения с этой реальностью. Эти отношения - есть любовь как "главная выбирающая сила в жизни" [293, 298].

Четкое выделение в смысловой структуре опыта значения требует выявления личностной окраски, значения этого значения. Так, логика научного поиска приводит к анализу личностного смысла как оценочного отношения и переживания.

Представители второго подхода под смыслом понимают в первую очередь субъективные представления, переживаемые личностью в процессе переработки значений. Психоаналитическое направление, впервые в истории психологии обращая внимание на психогенную природу многих заболеваний, предполагает, что в прояснении смысла болезни немаловажную роль играет бессознательный компонент психики. Смысл с позиций классического психоанализа формируется через превращение адекватного ситуации реагирования в постоянную и в этом смысле ригидную модель поведения. Такую модель человек использует вне зависимости от конкретной ситуации, в силу чего она превращается в невротическую. Мы определили, что невротические модели поведения в смысловой структуре болезней и расстройств системы кровообращения занимают одно из основных мест, деформируя отношение к заболеванию и всю динамику смысла. В группе пациентов с инфарктами миокарда было выявлено отсутствие гармонического отношения к болезни у лиц, имеющих невротические проявления. С другой стороны, наибольший процент гармонического типа был выявлен у больных, не имеющих невротических моделей поведения.

Также установлено, что наличие невроза приводит к изменениям и соматического состояния. Если наличие инвалидности позволяет человеку удовлетворить фрустрированную потребность в любви, заботе и внимании со стороны значимых лиц, то объективная клиническая картина заболевания будет ухудшаться в ситуации адекватного поведения пациента и улучшаться при наличии невротических моделей поведения.

Данная закономерность четко прослеживается на выборке ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. "Чернобыльцы" демонстрируют противоречивую картину использования факта инвалидности, усугубляя саморазрушительные тенденции. А невротические паттерны поведения аддиктов приводят их к революционным попыткам поменять мир. Если это удается, процент невротических моделей поведения у страдающих опийной наркоманией лиц уменьшается.

Неофрейдизм в лице Л.Бинсвангера, Р.Лейнга и др., сближаясь с экзистенциализмом, рассматривает смысл болезни как сигнал отказа человека от свободной возможности быть - самим - собой в мире, что сужает горизонты мировосприятия, сводя поведение человека к единственному модусу. Так болезнь становится "укрытием" от всех экзистенций мира, где царят чуждые личности силы, перед которыми она беззащитна. Именно такая стратегия была выявлена у большинства участников ликвидации аварии на ЧАЭС.

Сторонники аксиологического направления особую роль отводят судьбе как проявленности трансцендентного опыта личности. Болезнь - это страдание, а страдание ведет и к переосмыслению мира, достижению более высокого уровня моральных и духовных ценностей. Здесь на первый план выходит болеющая личность, которая обязана осознать смысл своего заболевания, расшифровать это "послание свыше". Только после этого в дело вступает врач. Переосмысление мира и себя в нем демонстрируют наркозависимые пациенты.

Представители аксиологического подхода поднимают и актуальную проблему допустимых границ вмешательства во внутренний мир больного человека, навязывания внешних представлений о смысле его болезни. Данные авторы указывают на огромную роль "внутреннего целителя" в каждом человеке, активизация которого и приводит к выздоровлению.

Исследователи, которых мы отнесли к третьей группе, предполагают, что месторасположение смысла - на перекрестке между значениями и индивидуальным сознанием. Здесь смысл - это совместное бытие личности и мира, на границе-контакт. Мир предлагает наборы значений, которые уже содержат «программу» болезни (описания симптоматики нозологии есть в любом медицинском справочнике), которая может меняться, множа смыслы (этиопатогенез может быть подвергнут изменениям вплоть до принципиального пересмотра). Мир преподносит эту программу человеку в форме интроекта. Следовательно, любое значение болезни может быть присвоено личностью, стать смыслом. Однако, смысл это результат обживания мира личностью, это укоренненость в почве бытия. Поэтому смыслы проявлены только тогда, когда личность желает, чтобы они существовали.

Для личности болезнь представлена через телесные ощущения, переживания, оценки, знания о болезни, другими словами, через внутреннюю картину болезни. Если мир и личность взаимодействуют адекватно, то смысл как встреча человека с миром есть результат познания и осознания себя в деятельностно-практическом контексте, т.е. через потребностную сферу личности.

Психологи третьего направления ратуют за целостность личности, подчеркивая, что у современного человека имеется множество незавершенных Гештальтов, то есть неудовлетворенных потребностей, разрушен гомеостаз как тонкий механизм саморегуляции и самоконтроля организма. Поэтому смысл болезни может быть заключен в искажениях форм жизни, это "хроническая фигура", не склонная к отступлению на задний план. Мы отнесли к данному направлению и психоаналитика Л.Сонди, технология решения проблемы смысла у которого, с нашей точки зрения, ближе Гештальт-психологии Ф.Перлза и гуманистически-ориентированной психологии А.Маслоу, нежели психоанализу З.Фрейда. Л.Сонди рассматривает потребностную сферу личности как часть судьбы, делая при этом акцент на возможность свободы выбора.

Выбор может существовать на нескольких уровнях. Так, по образному выражению М.Хайдеггера, познание это "возможность предварительного разумения бытия" [332, 120], которое лежит на поверхности. О такой возможности личность может не знать и / или не отдавать себе отчета в этом. Таким образом, возможность может быть не реализованной, тогда смысл принимает форму потенции.

Осознавание предполагает движение к, осмысление болезни на глубинном уровне, через телесные ощущения, через знаки, другими словами, через осмысление информации, в том числе интроецированной, через собственный опыт существования в мире. Это движение может быть конструктивным и неконструктивным, а смысл выступает как сущность, воспроизведенная с потерями или наращениями для субъекта. Адекватность определяется тем местом, которое занимает болезнь в жизни человека. Если осмысление болезни выражается в самоактуализации, как ее трактует А.Маслоу, то есть через обживание и осознание своей болезни как движении к себе, через распаковывание смыслов, то динамика может рассматриваться как конструктивная.

Подобный механизм зафиксирован в нашем исследовании у пациентов, имеющих гармоническое отношение к своей болезни. Поэтому осознанные смыслы могут выступать средством для решения вопроса о выздоровлении, либо улучшении состояния. Чем осознаннее для личности болезнь, тем проще и полнее пара "психолог - пациент" может двигаться к ремиссии, либо к здоровью.

Второй вариант связан, по нашему мнению, с саморазрушительными тенденциями, проявляющимися в движении "от себя", названном Хайдеггером заброшенностью Я. Мир для такого человека представляется как брошенное на произвол судьбы бытие, где теряется и личность. Смысл в этом ключе можно рассматривать как распад, когда мир не приемлет тебя, а Я не устраивает содержание того, что предлагается миром. Именно эту тенденцию демонстрируют ликвидаторы последствий катастрофы на ЧАЭС

Некоторые решаются на бунт против мира. Тогда смысл является своеобразным резервом готового к употреблению в других структурах, других мирах иначе осознанного смысла.

Таким образом, прояснение смысла болезни, который, находясь на границе внутреннего и внешнего, где протекает особенно интенсивная жизнь и выявляются актуальные потребности личности, позволяет превратить сокровенное в откровенное, тем самым обеспечивая болеющей личности осознание происходящего. Овладение смыслом приводит к возможности адекватного решения задачи, что соответствует в конечном счете полноте и гибкости использования смыслов в качестве исходных предпосылок и средств движения к выздоровлению.

В данной работе доказано, что существуют статистически значимые взаимосвязи между психологическими и клиническими показателями в патогенезе болезней и нарушений системы кровообращения.

На механизм структурирования смысловой реальности влияют следующие факторы: клинические (наличие осложнений, клинический диагноз и пр.), фрустрированность потребности в персональной любви, осознанность - неосознанность как варианты смыслогенеза, наличие-отсутствие невротических моделей поведения, наличие-отсутствие группы инвалидности и тип отношения к болезни.

В зависимости от данных факторов меняется смысл болезни, определяющий стратегии формирования смысловой реальности болеющей личностью.

Так, пациенты с осложненным инфарктом чаще, чем с неосложненным, осознают ситуацию болезни, но при этом, в зависимости от наличия-отсутствия невротических моделей поведения и типа отношения к болезни, демонстрируют разные стратегии поведения. У пациентов без неврозов и без группы инвалидности с гармоническим отношением к заболеванию актуализирована когнитивно-преобразующая функция смысла, способствующая перестройке системы отношений с миром. Эти пациенты выбрали осознанную пассивность и более легкие виды деятельности, что помогает им поддерживать стабильное состояние.

Пациенты с осложненным инфарктом, пережившие клиническую смерть, не имеющие невротических моделей поведения, также в качестве основного процесса смыслогенеза выбрали рефлексию, переосмыслив свою систему взаимоотношений с миром в пост-инфарктный период. Показателями осознанности являются стабильное, без ухудшений состояние здоровья и отсутствие в данной группе смертей на период до 1.01.2004 г.

Стратегию взаимодействия этой группы пациентов с миром можно назвать «движением к миру», когда структура смысловой реальности не деформирована, каждый участник взаимодействия принимает часть своей ответственности за ситуацию болезни.

Пациенты, пережившие осложненный инфаркт миокарда с невротическими моделями поведения, осознают ситуацию болезни, демонстрируя позитивный смысл, но используют ее как выгоду, как возможность получить заботу, внимание, любовь значимого окружения. Поэтому состояние здоровья — один из способов этих пациентов регулировать отношения с миром.

Наличие невротических моделей поведения прямо связано с рентными установками пациентов, осознающих ситуацию болезни. Рассмотрение болезни как выгоды провоцируется миром, который в лице медико-социальной экспертизы определяет группу инвалидности, как бы разрешая болеющей личности решать за счет мира все имеющиеся проблемы, «чувствовать себя плохо», удовлетворяя потребность в любви. Структура смысловой реальности таких пациентов также может быть названа «движением к Миру», но отличается от стратегии группы пациентов без неврозов деформированностью в сторону мира и процессами объективирования. То есть определение группы инвалидности без учета, наличия невротических моделей поведения и типа отношения к болезни провоцирует личность на использование ситуации болезни как индивидуальной выгоды за счет мира.

В исследовании выявлено, что пациентам, имеющим неосознаваемый вариант смыслогенеза, присуща другая стратегия. Их поведение в болезни можно охарактеризовать как неконструктивное приспособление, проявляющееся в противоречивости взаимодействия с миром. У большинства пациентов из этой группы, имеющих невротические модели поведения, установлено наличие бессмысленности. Эти пациенты демонстрируют, с одной стороны, активность, «стремление остаться прежними», с другой — бездеятельность, безответственность, постоянные жалобы на соматическое состояние, что реально ухудшает здоровье.

Преградный смысл, характерный для пациентов с неосложненным инфарктом миокарда и имеющих сензитивное отношение к болезни и неврозы, связан с попытками болеющей личности приспособиться к ситуации болезни через сохранение прежних отношений с миром, что ведет к дезадаптации и ухудшению соматического состояния.

Стратегию другой части пациентов можно обозначить как «движение от Мира», сущность которой в обособленном, «закрытом» поведении, в постоянных переживаниях субъективных телесных и физических ощущений. Эти пациенты используют конфликтный смысл как попытку с помощью данной стратегии сохранить жизнь. Смысловая реальность этих пациентов субъективирована, вся жизнь происходит «внутри » личности, в мире ее фантазий и неудовлетворенных потребностей.

Участие человека в экстремальной ситуации искажает как клинические, так и психологические механизмы реагирования на заболевания, приводя к деформациям смысла. Участие в ликвидации последствий техногенной катастрофы на Чернобыльской АЭС практически здоровых мужчин привело через 10-15 лет к неспецифическим проявлениям патологии в первую очередь системы кровообращения.

Процессы адаптации к PTSD, развившемуся у большинства ликвидаторов, связаны с саморазрушительным поведением. В центре - все та же фрустрированная потребность в индивидуальной любви. У всех ликвидаторов, имеющих гармоническое отношение к своему заболеванию, как было установлено в исследовании, данная потребность удовлетворена.

Разделение участников ликвидации последствий аварии по критерию клинического диагноза позволило установить связь психологических и клинических показателей в данной группе. Так, кардиологические расстройства чаще носят функциональный характер, т.е. имеют психосоматическую природу. Сосудистая патология проявляется через морфологические изменения, т.е. носит соматопсихологический характер. Поэтому каждый четвертый пациент с соматической патологией имеет гармоническое отношение к болезни, тогда как среди пациентов с кардиологической патологией их только 6%. Именно эти пациенты с гармоническим типом осознают ситуацию болезни.

В исследовании установлено, что осознанность не приносит соматического облегчения пациентам с гармоническим типом, т.к. эти люди демонстрируют стратегию «движения от Мира», основанную на преградном смысле, а отказ мира (в лице государственных структур) удовлетворить рентные потребности данных пациентов приводит к агрессивному поведению, ухудшая соматическое состояние.

Большинство пациентов - «чернобыльцев» характеризуются высоким уровнем неконструктивной адаптации, как личностной реакции на неосознаваемое состояние, связанное с прошлым травматическим опытом.

Выявленный преградный смысл - основной индикатор дезадаптации участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Это отслеживается в бессмысленности, отказах взаимодействия с миром, в хронической тревоге, страхах, отсутствии интересов во внешней среде, что приводит к саморазрушительным моделям поведения, к таким, как депрессия, злоупотребление алкоголем, суицидальные попытки.

Суть стратегии взаимодействия с миром ликвидаторов «движение от мира» в деформациях смысловой реальности в сторону личности, в субъективации.

Осмысление болезни и себя в ней у наркотически зависимых чаще, чем у других пациентов, включенных в выборку, проходит осознанно, включая процессы эмоционального переживания, окрашенные болью, и рефлексию. Рефлексия направлена на переосмысление себя в мире через отказ от овладения как собственным реальным внутренним миром, так и внешним миром. Смысловая реальность у данных пациентов представляет собой иллюзорное непротиворечивое бытие, где нет реальных проблем.

Стратегию аддиктов в созданном ими мире можно назвать «движением против Мира» как отказом и от субъективации, так и объективации, меняющую картину мира и связанную с иллюзорным смыслом.

Выявленные стратегии взаимодействия болеющей личности и мира позволили четко поставить основные задачи и определить приоритеты психокоррекционной работы. При стратегии «движение против мира», свойственной практически всем аддиктам, вошедшим в выборку, главная задача - вернуть пациентов в реальный мир и научить новым способам взаимодействия с миром, заменяя иллюзорные смыслы адекватными позитивными смыслами.

Стратегия «движение от Мира», характерная для большинства ликвидаторов и некоторой части пациентов с инфарктом миокарда, предполагает, что психолог создаст условия, в которых клиент сможет осознать свои ограничения и поможет научиться вербализовать осознаваемые чувства и телесные ощущения, направляя их миру.

В стратегии «движения к Миру», демонстрируемой большинством пациентов с инфарктом миокарда, основная проблема связана с неумением клиента выделить и адекватно удовлетворить свои потребности, в первую очередь потребность в персональной любви. Задача психокоррекционной работы - научить клиента структурировать свой мир, четко разделяя субъекты и объекты этого мира.

Таким образом, четко выполнена основная цель психокоррекционной работы в выбранном нами Гештальт-подходе - помочь человеку научиться различать себя и мир, завершая собственные Гештальты, тем самым осознавая свою уникальность. В результате выполнения поставленной задачи клиенты переосмыслили ситуацию болезни, 'адекватно структурировав смысловую реальность как актуальное бытие своей болезни и включив в нее части прошлого опыта.

Обосновано, что судьбоанализ Л.Сонди представляет собой эффективную технологию выявления и диагностики экзистенциальных возможностей болеющей личности, компоненты которых выступают как смысл заболевания. Результаты, полученные с помощью теста Л.Сонди, позволяют понять этиологию и генез заболевания, особенно если для него нет ярко выраженных патологических причин или клинического диагноза. Это, в свою очередь, делает возможным использование новых психокоррекционных методов, в которых внимание концентрируется не на психосоматическом симптоме, а на том, что лежит в его основании, т.е. на потребности. Таким образом, тест Л.Сонди позволяет получить целостное представление о побудительной сфере человека, ее связях, многообразии проявлений, разноплановости структуры личности, творящей свою судьбу. Другими словами, результаты диагностики, в отличие от интерпретаций других психологических методик, применяемые в психокоррекционной работе, помогают находить индивидуальные возможности гармонизации больного человека с его окружающей средой.

**Библиография**

1. Агафонов А.Ю. Человек как смысловая модель мира / А. Ю.Агафонов. - Самара: БАХРАХ, 2000. - 336 с.
2. Агеенкова Е.К. Психосоматические взаимоотношения при гипертонической болезни/ Е.К.Агеенкова // Психопатология, психология эмоций и патология сердца. Тез.докл.Всесоюзного симпозиума. Москва. - М.,1988. - С. 7-8.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. - Воронеж: БАХРАХ. -1992.- 212 с.
4. Александер Ф. Человек и его душа / Ф. Александер, С.Шелтон. - М.: Прогресс-Культура, 1995.- 608 с.
5. Александрова В.Ю. Психологические аспекты профилактики сердечнососудистых заболеваний / В.Ю.Александрова, Е.А.Суслова, А.А.Александров // Психологический журнал.- 1985.- №1.- С. 122-130.
6. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. - М.: НаукаД976. - 272 с.
7. Альтенвегер А. Судьбоанализ Леопольда Зонди / А. Атьтенвегер // Психология судьбы.-1994,- №1.- С.22-56.
8. Аничков Н.Н. Современное состояние вопроса об экспериментальном атеросклерозе / Н.Н.Аничков // Вестник АМН СССР.- 1956. - №2.- С.10-16.
9. Анцыферова Л.И. Методологические принципы и проблемы психологии/Л.И. Анцыферова// Психологический журнал. - 1982. - №2. - С.3-17.
10. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза / Д. М. Аронов. - М.: Триада-Х,-2000.-411с.
11. Асмолов А.Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров / А. Г. Асмолов. - М.-Воронеж: 1996. - 768 с.
12. Асмолов А.Г. Основные принципы психологического анализа в теории деятельности/
13. Г. Асмолов // Вопросы психологии. - 1982. - № 2. - С. 14-27.
14. Ассаджоли Р. Психосинтез: теория и практика / Р. Ассаджоли.- М: REFL-book, 1994. -314 с.
15. Атеросклероз: Пер. с англ./ Под ред. Э.В.Ньюмена.- М: Медицина, 1975. - 276 с.
16. Ахиезер А.С. Проблема переходов в социокультурных процессах и феномена осмысления-переосмысления ситуации / А. С. Ахиезер // Мир психологии. - 2000.- №1 (21). С.217-229.
17. Байярд Р.Т. Ваш беспокойный подросток / Р.Т.Байярд, Д.Байярд.-М.:Просвещение, 1991. -224 с.
18. Барановский Н.А. Проблемы социально-психологической реабилитации ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы / Н.А.Барановский, А.Клименко // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф. Материалы У1 международной конференции. Минск, 1999. - С. 20.
19. Барулин B.C. Российский человек в XX веке: потери и обретения себя / В. С. Барулин. - СПб: Алетейя, 2000. - 431 с.
20. Бахтин М.М. Архитектоника поступка / М. М. Бахтин // Социологические исследования. - 1986. - № 2. - С. 156-169.
21. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества / М. М. Бахтин. - М:Искусство,1979. -423 с.
22. Беккер В. Дилемма человеческой экзистенции / В. Беккер // Разум и экзистенция. -СПб: Русский христианский гуманитарный институт, 1999. - С.361-372.
23. Бердяев Н. О самоубийстве / Н. А. Бердяев.- М.:Из-во Московского университета, 1992.- 23с.
24. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б.Березин. -Л.:Наука,1988.- 230 с.
25. Бинсвангер Л. Бытие в мире / Л. Бинсвангер. - СПб: Ювента,1999. - С.ЗОО.
26. Бодалев А.А. О смысле жизни человека, его акме и взаимосвязи между ними // А.А. Бодалев // Мир психологии. - 2001. - №2(26). - С.54-58.
27. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности / Б. С. Братусь // Вестник МГУ. -серия 14. - 1981. - №2. - С.46-56.
28. Братусь Б.С. Смысловая вертикаль сознания личности / Б. С. Братусь // Вопросы философии. - 2000. -№ 11. - С.81-89.
29. Браун Дж. Психосоматический подход / Д. Браун // Психосоматика Минск:Харвест, 1999. - С.42-69.
30. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В.Бройтигам, П.Кристиан, М Рад.-М: Ботар Медицина, 1999.-376 с.
31. Бурлачук Л.Ф.Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов. - СПб: Питер,1999 - 528 с.
32. Быховская И.М. Homo Somatikos: аксиология человеческого тела / И.М. Быховская.-М: Эдиториал УРСС,2000. - 208с.

33 Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк. - М: Из-во Московского университета, 1984. - 189с.

1. Вейн A.M. Неврозы в эксперименте и в клинике / А.М.Вейн, М.Г.Айрапетянц.- М: Медицина, 1982. -272 с.
2. Ветошкин В.Г. Применение нового пептидного препарата "Дельтаран" при лечении наркотической зависимости / В. Г. Ветошкин // Теория и практика решения проблемы профилактики наркомании. - Екатеринбург, 1999. - С. 19-31.
3. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений / В. К. Вилюнас. - М: Из-во Московского университета, 1976. - 143 с.
4. Воробьев В.М. Келли-98. Котерапевтическая компьютерная система/ В.М.Воробьев -СПб: Иматон, 1998.- 158с.
5. Выготский Л.С. Мышление и речь / Лев Семенович Выготский // Соб.соч.: В 6 т. - М: Педагогика, 1982. - Т.2. - С. 5-360.
6. Выготский Л.С. Детская психология / Лев Семенович Выготский// Соб. Соч.: В 6 т. -М: Педагогика, 1982. - Т.4. - С.3-429.
7. Выготский Л.С.. Проблемы умственной отсталости / Лев Семенович Выготский// Соб. Соч.: В 6 т. - М: Педагогика, 1982. - Т.5. - С.243-260.
8. Габиани А.А. Кто такие наркоманы? / А. А. Габиани // Социологические исследования.-1992. - №2.- С.78-83.
9. Гегель Г. Предисловие ко второму изданию / Георг Вильгельм Фридрих Гегель // Наука логики. Энциклопедия философских наук. - М.: Мысль, 1971. - Т.1. -С.56-72.
10. Гегель Г. Энциклопедия философских наук: В 3 т. / Георг Вильгельм Фридрих Гегель.- М.:Мысль,1975.- Т.2. - 695с.
11. Гиляровский В.А. Узловые моменты в проблеме неврозов / В. А.Гиляровский //Избранные труды.- М.,1973.- С.275-290.
12. Гингер С. Что такое Гештальт? / С. Гингер. - СПб., 1996. - 43с.
13. Грин Н. Биология: В Зт. / Н.Грин, У.Стаут, Д.Тейлор // Биология. - М.: Мир,1990. -Т.2. - 325с.

51. Гроф С. За пределами мозга / С. Гроф.- М.:Центр"Соцветие",1992. - 335 с.

1. Гроф С. Духовный кризис: понимание эволюционного кризиса / С.Гроф, К.Гроф// Духовный кризис. - М.: МТМД995. - С.13-39.
2. Давыдов А.П. Механизм смыслообразования как предмет философского анализа / А.П.Давыдов // Мир психологии. - 2001. - №2(26. - С.35-45.)
3. Девятнадцатый Международный конгресс общества исследования стресса и тревожности (STAR) // Психологический журнал.- 1999.- №2.- С. 132-134.
4. Джагинов Е.А. Разработка и валидизация методов изучения межличностных отношений у больных, перенесших инфаркт миокарда: Дис.канд.психол.н. Е.А. Джагинов. -М., 1987.-138 с.
5. Джидарьян И.А. Представления о счастье в российском менталитете / И.А. Джидарьян.- СПб.: Алетейа, 2001. - 242 с.
6. Дикая Л.Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования/ Л.Г.Дикая, А.В. Махнач //Психологический журнал. -1996.- №3.-С.137-148.
7. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации (Материалы ООН).- М.Д996. - 83 с.
8. Дробижев М.Ю. Опыт применения тианептина при лечении тревожных депрессий у больных ишемической болезнью сердца /М.Ю.Дробижев, О.И. Лебедева, В.Добровольский // Кардиология.- 1995.- №8.- С.69-78.
9. Дружинин В.Н. Варианты жизни: очерки экзистенциальной психологии / Н.Дружинин. -М., СПб.: Иматон, 2000. - 135 с.
10. Жане П. Неврозы / П. Жане. - М.,1911.- 408 с.
11. Завалишина Д.Н. Принцип иерархии в психологии / Д. Н. Завалишина // Принцип системности в психологических исследованиях. - М.: Наука, 1990. - С.25-33.