## Страх и депрессия

Страх: способность избегать ситуации и объекты, воспринимаемые как опасные, затрата энергии без постановки цели.

Депрессия: способность чрезвычайно эмоционально реагировать на конфликты.

Страхом называется эмоциональное состояние с центральным мотивом защиты от опасности и стереотипными сопутствующими проявлениями со стороны организма. Применяемое нами сегодня слово "страх" (нем. Angst) происходит от латинского angustia - теснота, сужение, притеснение. В свою очередь слово angustia образовалось от латинского ango, что означает сдавливать или сжимать, и от греческого слова давить, душить, пугать. История этого слова подразумевает, таким образом, страх как связанное с переживанием опасности и угрозы телесное ощущение. Следует различать страх и боязнь (в немецком языке это два разных слова: Angst и Furcht). Страх означает неопределенную, беспредметную, анонимную, немотивированную эмоцию. Боязнь - это определенное, направленное на угрожающий предмет или, связанное с ситуацией, ощущение.

Панические атаки см. DSM-III-R (1989), S. 201. Диагностический критерий, Major Depression см. DSM-III-R (1989), S.187 (см. также симптоматику).

## Симптоматика

## Страх и боязнь

Если кто-то отдает себе отчет в том, что для него существует угрожающий объект или угрожающая ситуация, то в таком случае лучше говорить о боязни, а не о страхе.

Все больше людей страдают от постоянно растущего числа фобий - тех состояний страха, которые тесно связаны с живыми существами или предметами, местами или временами. Реалисты или мечтатели, чувствительные или выносливые, испытывают страх перед замкнутыми пространствами (клаустрофобия), переходом через пустую площадь (агорафобия) или своим состоянием здоровья (ипохондрия). Они боятся рака (карцинофобия), боятся быть погребенными заживо (тафофобия) или боятся ядовитых пресмыкающихся (змеефобия).

Новейшие медицинские исследования насчитывают уже свыше 200 фобий, в том числе такие новомодные, как страх перед экзаменом, одиночеством или прорывом влечений.

Поскольку страх является не только индивидуальным феноменом, а действует также заразительно, он может влиять не только на личную жизнь, но и на политическую и даже определять их. Страх в любые времена мог овладевать большими группами людей и в таком случае становился определяющим для социального и экономического, политического и военного образа действий. Страх порождает террор, а этот террор вызывает новый страх - так целые народы повергались в такой страх, в результате которого в дальнейшем разгорались чудовищные войны.

## Депрессия

Реактивной депрессией или депрессивной реакцией называют состояние, связанное с внешними причинами, утратами, обидами или тяжелыми жизненными обстоятельствами (например, смерть близких, профессиональные неудачи, войны, национальные катастрофы).

Под депрессивным развитием мы понимаем последствия целого ряда ударов судьбы и микротравм, которые вместе влияют по принципу "капля камень точит" (необычная жестокость судьбы, например, при вынужденном браке родителей, алкоголизме отца, ожесточенной и бесчувственной матери, лишенной любви и тепла атмосфере в доме, при неудачах в школе, внебрачной беременности, расстроенных профессиональных планах, потере хороших друзей). К страху, агрессии и депрессиям могут приводить также многие актуальные способности (психосоциальные нормы), из-за которых возникают многолетние микротравмирующие проблемы (проблемы с партнером на почве аккуратности, пунктуальности, справедливости, бережливости и т.д.).

О невротической депрессии мы говорим в том случае, когда кто-то сознательно или бессознательно сам провоцирует постоянно повторяющиеся конфликты, несмотря на то, что уже научен горьким опытом (выбор состоящего в браке партнера, выбор профессии и выбор сотрудников, вечные искатели и т.д.). Актуальные способности играют здесь решающую роль, если кто-то, например, знает или думает, что партнер особенно ценит аккуратность, пунктуальность, бережливость и т.д., однако определенным поведением специально провоцирует на конфликты из-за этих качеств. По принципу: "Не рой другому яму - сам в нее попадешь" страдающий не замечает, что он своими провоцирующими действиями вовлекает в конфликт не только партнера, но и себя самого. При преобладании концепции учтивости, мы обычно говорим о скрыто-депрессивной форме, при преобладании открытости - об ажитированно-депрессивной форме.

При маскированной депрессии пациент не в состоянии выразить депрессивный аффект или депрессивное мышление. Расстройства концентрируются в телесных симптомах, например, жалобах со стороны сердца, головы, плечевого пояса, болях в спине, проблемах пищеварения, нарушениях сна и аппетита, гинекологических нарушениях и расстройствах в сексуальной сфере. За этими жалобами стоят профессиональные и партнерские проблемы: тревога о будущем, которые часто вырастают из микротравмирующих актуальных способностей.

При эндогенной депрессии снижена реактивность на факторы и события окружающего мира. Большую роль играют внутренние переживания. Такой человек ощущает круг проблем и микротравматических ситуаций как неизбежные удары судьбы при сильном чувстве вины. Любое начинание воспринимается как нагрузка ("Приглашать гостей - один беспорядок, да еще столько приготовлений и затрат!"); позитивные аспекты (гости могут и обогатить; они могут дать повод, чтобы навести порядок и т.д.) не учитываются. В то время как больной избегает ситуаций, вызывающих у него напряжение, у него возникают чувства вины, безнадежности; желание смерти, одиночества; пустота, подавленность и ненависть к самому себе - он попадает в замкнутый круг. Во всем этом задействованы как биологические, так и психологические и метафизические факторы.

Симптоматическая депрессия обусловлена соматическими заболеваниями (подверженность инфекциям, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, колебания артериального давления, ревматические болезни, аллергии, патологические влечения и т.д.) и зависит от того, как больной научился обращаться со своей болезнью.

## Транскультурный аспект и эпидемиология

## Страх

Восточные философы различали три вида страха, которые они называли первичными страхами: это страх перед прошлым, настоящим и будущим (Peseschkian, 1983,S.129f).

В современной психотерапии, мы снова встречаемся с этими тремя названными формами первичного страха. Страх перед прошлым и настоящим, определяется как исторически пережитый (витальный страх, реальный страх, страх угрызений совести); им противопоставляется страх перед будущим в качестве экзистенциального страха.

## Депрессия

По моим наблюдениям среднеевропейцы и североамериканцы более подвержены депрессиям, так как у них узкий круг общения, они изолированы и страдают от недостатка эмоционального тепла.

На Востоке депрессии развиваются чаще потому, что люди чувствуют себя перегруженными, вследствие неизбежных тесных социальных связей и переплетений.

Проявления депрессии, по всей видимости, почти во всех культурных кругах одинаковы, однако содержание депрессий во многих отношениях различается. В европейской культуре, на первый план выходит тревога, связанная, прежде всего, с внешним видом, привлекательностью, сексуальной потенцией, а также и с социальной изоляцией, аккуратностью, опрятностью и, в известной мере, с бережливостью. "Ответственность, которую я взял на себя при строительстве нашего дома, так тяготит меня, что мне иногда кажется, что мне уже не продохнуть. Когда я думаю о будущем, мне страшно. У меня часто бывает такое чувство, что все бессмысленно".

В культурных кругах Востока тревога чаще возникает в связи с возможностью забеременеть, а также по поводу социального статуса и отношения к будущему. Аналогично наблюдение, что в европейских странах акцентировано отношение к Я и Ты, а на Востоке - к Мы, социальные контакты в восточных странах приобретают большое значение как возможные источники конфликтов.

## Обзор литературы

"Тревога сама по себе еще не является чем-то болезненным. Она становится психопатологическим феноменом, только когда ставит под вопрос жизнь" (Battegau, 1981а). По мнению Markgraf (1989), фрейдовское описание тревожных состояний, оказывается "примечательно неизменным" и в свете новейших исследований. Поведенческие терапевты развили методы систематической десенсибилизации в воображении или in vivo (в реальной вызывающей страх, тревогу ситуации) и технику возбуждения. По Grafen & Schmidt-Jansten (1988) 14% граждан Германии, хотя бы один раз в своей жизни жаловались на настоящую фобию.

По Battegau (1981в) депрессанты имеют тенденцию, "как при конституционально обусловленных, так и экзогенных депрессиях, так же как при патологических влечениях..., к ненасытному поглощению объектов" (ср. Freud, 1916). Benedetti (1984) различает психореактивные, невротические и экзогенные депрессии. Невротические депрессии имеют различную психодинамическую структуру (Benedetti, 1983), в зависимости оттого, идет ли речь о Я-, Оно-, сверх-Я или Я-идеал-депрессии. Этим четырем "метапсихологическим типам" Benedetti подчиняет четыре соответствующих "феноменологических диагноза" депрессии: изоляционные, симбиотические, связанные с детством депрессии покинутости и разлуки, и нарциссические.

С психоаналитической точки зрения (Bibring, 1953) в переживаниях депрессанта на первый план выходит момент недостаточности, беспомощности, субъективной неспособности; в поведенческой терапии, эти моменты со времен Seligman (1975) определялись как основа депрессии.

Пословицы и народная мудрость.

Страх: для обозначения страха существует богатый запас слов: собственно страх, ужас, дрожь, гнет, боязнь, угрызения совести, леденящий ужас, отвращение, жуть, паника, сердце колотится; чувство вины, тревога, беспокойство, ощущение потерянности и отчаяния со страхом и трепетом.

Депрессия: возложить на себя вретище и посыпать главу пеплом (т.е. предаться скорби - библ); не быть в друзьях у грусти; рыцарь печального образа; одиночество - скорбь всей земли; скорбящие всюду могут породниться, мир тосклив до отчаяния; печально, но факт.

Притча: "Мудрость Хакима".

Один султан плыл со своим самым любимым слугой на корабле. Слуга, никогда еще не пускавшийся в плавание по морю и тем более - дитя гор, никогда не видевший морских просторов, сидя в пустом трюме корабля: вопил, жаловался, дрожал и плакал. Все были добры к нему и старались успокоить его, однако слова сочувствия достигали только его ушей, но не сердца, измученного страхом. Властелин едва переносил крики своего слуги, и путешествие по синему морю, под голубым небом, не доставляло ему больше никакого удовольствия. Тогда предстал перед ним мудрый Хаким - его придворный лекарь - и промолвил: "О, властелин, если ты дозволишь, я смогу успокоить его". Султан сразу же согласился. И тогда, лекарь приказал матросам бросить слугу в море. Они охотно выполнили приказание, так как рады были избавиться от этого несносного крикуна. Слуга болтал ногами, задыхаясь, ловил ртом воздух, цеплялся за борт и умолял взять его на корабль. Его вытащили из воды за волосы, и он тихо уселся в углу. Ни одной жалобы больше не сорвалось с его уст. Султан был изумлен и спросил лекаря: "Какая мудрость скрывалась за этим поступком?" Тот ответил: "Твой слуга еще никогда не пробовал вкуса морской соли. Он не представлял, какой опасностью может грозить вода. А потому и не мог знать, какое счастье чувствовать твердые доски корабельной палубы под ногами. Цену спокойствия и самообладания познаешь только тогда, когда хоть раз посмотрел опасности прямо в глаза.

Ты, повелитель, всегда сыт и не знаешь, какой вкус у простого крестьянского хлеба. Девушка, которую ты, к примеру, считаешь некрасивой, моя возлюбленная. Есть разница между тем, у кого есть возлюбленная и тем, кто лишь страстно ожидает ее появления".

Аспекты самопомощи: развитие тревоги и депрессии с точки зрения позитивной психотерапии

Мы можем сказать так: поскольку жизнь может порождать страх, постольку страх подтверждает жизнь. Не тот здоров, у кого никогда не бывает страха и депрессии, а тот, кто в состоянии преодолевать их.

а) Жалобы и физиология

Стресс - это острое состояние напряжения организма, в котором последний стремится мобилизовать свои защитные силы, чтобы преодолеть угрожающую ситуацию.

Человеческий организм функционирует, по мнению экспертов, лучше всего, когда он подвергается средней нагрузке (эу-стресс). Если нагрузка (стрессоры) выше или ниже, стресс становится дистрессом, который ведет к снижению сил организма. Китайцы говорят о "Win-chi". "Win" означает "Осторожно: опасность", "chi" - возможность изменения. Немцы говорят о "Entwicklungskrise" - кризисе развития.

Selye (1974) различает три фазы. Первая фаза, которую он называет сигнальной реакцией, сопровождается функциональными нарушениями, например, иммунная реакция. Мобилизуются также и защитные силы организма. Вторую фазу, он называет стадией приспособления (адаптация) или сопротивления. Гормон кор-тизол (см. ниже) создает предпосылки для репарации возникших в дистрессе повреждений. В третьей фазе (стадия расслабления) возникает, так называемая, болезнь (синдром) адаптации. Эта фаза чаще достигается при плохой физической конституции и недостаточной воле к сопротивлению. С точки зрения позитивной психологии, любое приспособление организма к новым ситуациям может в этом смысле быть стрессом (рис.13). Многое даже свидетельствует в пользу того, что человек в некоторой степени нуждается в стрессе. Стресс не для всех одинаков: для одних это необходимость напряженной деятельности, для других - столкновение с неакккуратностью, невежливостью или чрезмерной пунктуальностью.

б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта - психосоциальная ситуация перенапряжения

Каждый из нас, хоть однажды испытал на себе чувство подавленности, глубокой тоски, безнадежности и ощущение бессмысленности.

Рис. 1 Схема стрессовой реакции

Обычно для такого настроения находится повод: человек не уверен в себе, потому что не смог достичь того, что ожидал сам или другие. Человек потерял очень значимого партнера, из-за неудач ставит свое будущее под сомнение или чувствует себя в изоляции и отключенным от своего привычного социального круга. Поскольку человек со своими желаниями замыкается в себе и выражает их только в скрытой форме, он "безнадежно несчастен".

Глядя на многих пациентов, иногда думаешь, что их депрессия очень далека от своей причины или этой причины вообще никогда и не было.

Рис. 2. Четыре базовые формы тревоги и депрессий (схема)

Высказывание, что для такой депрессии не было соответствующего повода подразумевает, строго говоря, только весьма серьезные, провоцирующие депрессию события, такие как смерть близкого человека.

В качестве психического фона заболевания, в таких случаях могут обнаруживаться перенесенные многие годы назад обиды или оскорбления, которые в качестве микротравм подготовили почву для будущей депрессии.

Содержание этих микротравм - актуальные способности, к которым человек стал восприимчив в периоды своего детства и дальнейшего развития.

В соответствии с четырьмя формами переработки конфликтов, мы различаем четыре основные формы страхов и депрессий (рис.14), которые могут заключаться в четырех механизмах "бегства" (в болезнь, в работу, в одиночество и в фантазии - см. ч.1,. гл.3, Рис.6).

## Экзистенциальный страх и безнадежность

Мы все по-разному умеем преодолевать проблемы и конфликты. Это зависит от того, как мы видим проблему, истолковываем и оцениваем ее. Это, в свою очередь, зависит от концепций, мировоззрения, жизненной философии, этики, морали и в широком смысле от тех религиозных ценностей, которые мы познали. Если, например, у меня умирает мать, то моя реакция зависит от того, как я отношусь к смерти и умиранию, как я научился переживать это: воспринимаю ли я, например, смерть как продолжающееся развитие или как уничтожение. Если я в этой смерти не вижу никакого смысла, я потеряю мужество и надежду. Недостаточные альтернативы ведут к недостаточным перспективам. На основе этого может возникать экзистенциальный страх.

Социальный страх и депрессия

В зависимости от того, научился ли я при наличии проблемы советоваться с другими людьми или считаю, что с моими проблемами я должен справиться сам; в зависимости от того, принято ли определенную тему обсуждать открыто в моей среде и моей культуре или же она табуизирована, я нахожусь в социально стабильном положении или в изоляции. Так, после смерти моей матери я могу, благодаря поддержке моих родственников, друзей и знакомых, ощутить защищенность ("разделенное горе - полгоря"), или я прошу "воздержаться от сочувственных визитов", потому что по принципу "каждый должен сам испытать свою судьбу" я пытаюсь один нести свое горе.

С другой стороны, я могу с головой уйти в общение и там получать эмоциональную поддержку, если же в таком случае никого рядом не окажется, я лишусь почвы под ногами и потеряю смысл своей жизни.

Страх неудачи и стресс

В зависимости от того, каковы мои перспективы (ср.: "экзистенциальный страх") и мои социальные предпочтения (ср.: "социальный страх"), я в большей или меньшей степени способен осмысленно использовать функции своего разума, которые определяют решение моих проблем и вместе с тем служат реалистичной проверкой его. Для актуальной способности трудолюбие/ достижение, и таким образом, для моей профессиональной деятельности, мышление и разум - это главные функции, поскольку только они и именно они позволяют оптимизировать мою деятельность. Это влияет на то, насколько я доволен своей работой, выберу ли я "бегство" в работу или "бегство" от ее требований. То, как я переживаю смерть моей матери, зависит также и от того, как я идентифицируюсь с моей профессией, вижу ли я смысл в ней или нет.

Витальный страх и факторы риска.

Переработка экзистенциального страха, социального страха и страха неудачи зависит, с одной стороны, от моей физической конституции, а с другой - от моего ощущения Я - тело, от того, как я воспринимаю свое тело и как я с ним обращаюсь (эстетика, спорт/движение, питание, ритмы сна и бодрствования, сексуальность, телесный контакт, поведение при болезни).

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания - усло- вия раннего развития

При любых депрессивных реакциях, возникает выраженная потребность в привязанности, часто в той форме, как об этом мечталось в детстве. В этой связи, разрешающим фактором могут стать проблемы отделения, расставания, которые ставят под вопрос зависимость и защищенность. В целом видится только обратная сторона всего. Рассмотрение действительности происходит только лишь с точки зрения пессимистической концепции: наполовину полная бутылка видится полупустой.

Напряжение, которое возникает например, в связи с проблемой пунктуальности, переходит в конечном счете в тяжелую депрессию, связанную с нарастающими страхами. В этом смысле оправдан поиск немногих, вызывающих напряжение моментов, которые частично порождены социальным окружением пациента, а также сужение способности к напряжению сначала в специальной области (например, пунктуальности), а затем и во всех сферах. Таким образом, депрессия предстает перед нами, как чувство подавленности, безысходности и желания избежать всех трудностей при помощи самоуничтожения. Довольно часто эти депрессии манифестируют соматическими проявлениями, которые становятся психосоматическим выражением душевной конфликтной ситуации. Это описание относится только к одной части картины депрессии.

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта.

В русле позитивной психологии мы должны расширить наше описание.

Депрессия - это способность чрезвычайно эмоционально реагировать на конфликтные ситуации и напряжение. Конфликт переносится внутрь вместо того, чтобы быть выведенным наружу. Депрессивный больной обладает, часто пугающей его окружение, способностью игнорировать смысл, и тем самым, открыто, и вместе с тем, незащищенно, выступать навстречу экзистенциальному страху нашей жизни. На первом плане стоит конфликт между учтивостью, как скрытой агрессией, вследствие ущемления собственных интересов и недостаточной прямотой, как признаком слабой способности к противостоянию.

Депрессивный больной похож на паровой котел, запасные клапаны которого закрыты. Кажущийся спокойным внешне, он постоянно подвергается опасности свести счеты со своей собственной жизнью, из-за эксплозивных реакций своего существа. Агрессивные побуждения, переживаемые им как непозволительные, он обращает против себя самого.

Вопрос дозирования агрессии, иными словами, вопрос об интеграции учтивости и прямоты становится центральным в терапии депрессии.

Отсюда следуют терапевтические аспекты психотерапии малыми шагами для пациента и его окружения.

Для пациента: более реальное отношение к Я - больше самостоятельности и открытости по отношению к партнеру, расширение социальных контактов, развитие новых интересов и мужества для воплощения в жизнь собственных фантазий: "Что бы Вы стали делать, если бы были здоровы и у Вас не было бы депрессий?"

Для окружающих: терапевтическое отстранение депрессивного больного от его обязанностей является важной составной частью в острой фазе депрессии, однако, также важно, чтобы больной в нужный момент постепенно, "маленькими шажками" учился снова брать на себя ежедневные заботы. Неуверенность депрессивного больного, как правило, порождает множество советов от окружающих его людей. Зачастую, это бывают даже противоположные советы.

Безусловно, депрессивный больной нуждается в сочувствии и понимании окружающих. Но, если это заходит так далеко, что депрессивная концепция становится привычной и для его близких, то больной уже не сможет получить от них помощи. Так, иногда бывают ситуации, когда не терапевт, а пациент уверяет его в правильности своих убеждений. Войти в положение другого человека вовсе не означает безусловно перенять его концепции.

В острой стадии сильных страхов и депрессии, в которой человек почти физически страдает от своей болезни, неоспоримую помощь могут оказать лекарственные препараты. Поскольку ситуации депрессий бывают очень различными, то и медикаментозное лечение должно производиться очень дифференцированно. Препаратами выбора являются антидепрессанты, которые могут применяться в сочетании с анксиолитическими средствами. К сожалению, часто вместо специального антидепрессивного лечения применяются только успокоительные, снотворные препараты или антидепрессанты, не обладающие седативным эффектом, повышающие двигательную активность до изменения настроения. В последнем случае становится возможным самоубийство и больной, спокойный и собранный внешне, вдруг неожиданно предпринимает суицидальную попытку. Медикаментозное лечение является поддерживающим для психотерапии и выработки стратегии самопомощи.

Депрессивный больной не просто прервал свои, приносящие удовлетворение отношения с окружающими, но и стремится, кроме этого, поддерживать такое поведение, и в соответствии с этим, воспринимает все происходящее вокруг него как подтверждение бессмысленности, безвыходной несправедливости, безнадежности и виновности.

В эту концепцию депрессивный больной уходит все больше и больше и развивает удивительный талант превратного толкования действительности. Если все больше увлекаться подобными интерпретациями, то эти меланхолические взгляды все более укрепляются и повторяются. Депрессивная концепция приобретает, таким образом, постоянное подкрепление.

Чтобы избежать этого, можно предложить депрессивному больному контрконцепции. Пессимистическому - "стакан наполовину пуст", противопоставляется позитивная концепция - "стакан наполовину полон". При этом не следует ни нападать на больного, ни вызывать дополнительное напряжение. Скорее близкий человек высказывает свое видение ситуации и предлагает свою точку зрения, как альтернативу. В противоположность никчемным советам, такие расширенные концепции не содержат принуждения. Расширенный взгляд не оказывает никакого давления и оставляет партнеру время настроиться на иную точку зрения. При помощи такой методики близким будет легче обрести терпение, которое так необходимо в обращении с депрессивным больным.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при страхах и депрессиях

Описание случая: "Все хотят на небо, но никто не хочет умирать" Ступень 1: наблюдение/ дистанциирование.

Служащий 28 лет (женат с 1979 г., трое детей в возрасте от 1 года до 6,5 лет; родители живы, есть брат и сестра; католик; жена - домохозяйка), обратился ко мне по рекомендации своего домашнего врача. Он выглядел растерянно и подавленно, когда говорил, то правую руку клал на левую сторону груди, будто хотел схватить сердце. Выдержки из первого интервью:

Мне кажется, мне становится плохо. Я думаю о смерти. Озноб проходит по всему телу, особенно по левой его половине. В области грудины у меня ощущение сдавления, особенно сильно оно слева от грудины. Справа от грудины у меня, также, ощущение сдавления. Давление приходит не изнутри, а снаружи. Иногда мне кажется, что мне не хватает воздуха. Тогда, я медленно делаю вдох через нос и выдох через рот. Только тогда, когда это ощущение нехватки воздуха проходит, мне становится лучше. В последнее время я часто думаю о том, что у меня едва поворачивается шея.

Кроме того, у меня бывают "боли", которые от затылка распространяются на всю голову. Когда я "нервничаю" мне кажется, что сердце начинает биться сильнее и повышается давление. Мне кажется, что у меня начинается сердечный приступ. Если я замечаю, что у меня некоторый период времени не бывает никаких расстройств, то я думаю, что это затишье перед бурей. Тогда я радуюсь, когда мне становится хуже.

26 сентября 1986 г. у меня было странное ощущение в области желудка. Это ощущение можно сравнить с видом давления. Наряду с мыслями о тяжелых заболеваниях сердца и желудка, я вынужден был подумать о смерти. Я схватился за свою шею и начал искать пульс на сонной артерии. Мой пульс был заметно учащен. У меня появился страх смерти. Я подумал, что сейчас умру. С тех пор ощущения в области желудка или грудины у меня бывают часто. Иногда я слышу и ощущаю мое сердцебиение во всем теле. Где бы я ни положил руку, я всегда чувствую, как бьется мое сердце. Оно звучит во всем теле, и я слышу тогда: "бум, бум..." Или еще я ощущаю давление справа от грудины. В другой раз у меня появляется странное ощущение, и тогда я вынужден думать о смерти. Иногда, мое сердце бьется очень сильно, хотя вроде бы нет никаких видимых причин. Или если меня что-то взволнует, оно также бьется сильнее. Тогда я слышу свой пульс. Все это связано с одним очень неприятным ощущением, как будто у меня разрывается грудная клетка, потому что внутри нее стучат молотком. При таких приступах я усиленно думаю о смерти и умирании. Иногда у меня бывает страшный озноб: в левом предплечье. И тогда, тоже сразу возникают мысли о смерти. Любой трепет в теле, каждое особое ощущение направляют мои мысли в сторону смерти.

Терапевт: "После того, как Вы так хорошо описали Вашу ситуацию, у меня сложилось впечатление, что Вы хорошо способны наблюдать, воспринимать и пластично описывать себя и окружающий Вас мир... Ваш страх означает, что Вы вкладываете очень много энергии, не имея ясной цели. Ещё мне кажется, что Вы постоянно обращаетесь к теме смерти и страха, избегая все же открытой конфронтации с ней. Известно ли Вам восточное выражение "Все хотят на небо, но никто не хочет умирать!"

Пациент: "Это в сущности, моя проблема... "

Теперь он был готов понять парадоксальность своего отношения к страху и описать его поближе.

Ступень 2: инвентаризация

Терапевт: "Когда впервые возникли Ваши жалобы, где Вы лечились до сих пор, каков Ваш опыт в этом?"

Пациент: "В октябре 1980 г. я прочитал в газете о смерти одного моего друга. Это было за завтраком, у меня вдруг кусок застрял в горле. Я был на похоронах моего друга. В тот момент моя жена была беременна. Спустя некоторое время, я в пятый раз сдавал кровь. Когда игла уже была в вене моей правой руки, у меня возникло очень странное ощущение. У меня появился неописуемый страх, это был страх смерти. При этом, у меня возникло чувство сдавления в левой половине грудной клетки, а мое тело судорожно вздрагивало. Этот страх смерти, а также другие симптомы, удерживались в течение месяцев. В конце концов, я выпивал ежедневно несколько бутылок пива. От этого я начинал чувствовать себя лучше. Это привело к тому, что я постоянно был слегка навеселе. Я нашел себе неподходящего работодателя, так как работа с ним продвигалась очень медленно. Она наскучила мне, поскольку мы мало были загружены. Часто мы выпивали в рабочее время. Слава Богу, что мы ни разу не попались и ни разу не попали под машину. Иногда, я приходил домой таким пьяным, что сразу был вынужден идти спать. В другие дни, бывало, я даже не мог вспомнить, как я добрался до дому (. .). В это время я часто брал больничный лист. Взрыв произошел тогда, когда умер один из моих одноклассников. Летом 1981 г. я узнал, что у А. есть знакомый невропатолог, который занимается акупунктурой. После нескольких сеансов дрожь в теле прекратилась, и я был в состоянии пережить день и без алкоголя. Благодаря совпадению, я узнал о психосоматической клинике в Н. Я добился направления туда. С августа по сентябрь 1981 г. я был на стационарном лечении.

Насколько я могу вспомнить, мое заболевание там интерпретировалось следующим образом: причиной были мои родители. Внутренне я как бы не принимал их стиль воспитания, особенно строгость моего отца ко мне. Кроме того, мне не верили, что у меня может быть гармоничный брак. Во всяком случае, это ненормально, если я не вижу проблем в своей семье. Моя жена, как раз родила тогда в апреле 1981 г., и мы были очень рады нашему ребенку, хотя все вело к тому, чтобы я прекратил контакты с домом. Мне постоянно старались внушить это, пока я, наконец, сам почти не поверил в это. Мое сопротивление все уменьшалось и, в конце концов, я еще в клинике принял решение, покинуть свою семью, что я, однако, впоследствии не выполнил. Во всяком случае о моей собственной проблеме, т.е. страхе смерти говорилось мало. После выписки, мои родители стали очень сильно действовать мне на нервы. Каким-то образом, мои отношения с ними стали сходить на нет. Контакты с ними ограничились до минимума. Но отношения между ними и мной снова стали почти что хорошими, если не сказать, что они стали даже лучше, чем прежде. С моей женой у меня тоже были всегда хорошие отношения. Я люблю свою жену, мы хорошо понимаем друг друга. Если иногда мы и ссоримся, то это ведь понятно, но это бывает очень редко. Если бы мне пришлось еще раз выбирать, то я определенно женился бы на ней еще раз. После моей выписки, спустя некоторое время, я попробовал, участвуя в одной группе в обсуждениях, лучше постичь свою болезнь, это мне ничего не дало. Тогда я стал усиленно заниматься спортом и йогой... Это дало мне больше. После того, как я основательно подготовился, в феврале 1982 г. я начал обучаться торговому делу (очное отделение), а также предпринимательству (заочное). Первое - я успешно закончил летом 1984 г., второе - зимой. Зимой 1985 г. я с успехом сдал итоговые экзамены.

К 1.4 1986 г. я начал работу на новом месте. Но случилось непредвиденное: нарушение слуха не позволяло мне хорошо слышать в атмосфере большого магазина. Так я расстался с моим новым работодателем и к 16.4.1986 г. снова стал безработным. Благодаря моим собственным стараниям. К 1.7 1986 г. я нашел себе хорошее место в В.

До 26.9.1986 г. моя болезнь была полностью под моим контролем. Редкие случаи, когда я себя неважно чувствовал, не стоят внимания. Но в тот день, 26.9.1986 г. после обеда, около 14.30, мне стало совсем плохо. У меня появилось странное ощущение в области желудка, я схватился за горло, стал щупать свой пульс, мои дела были совсем плохи. У меня возник страх: страх смерти. Я подумал, что сейчас умру, вызвал "неотложку" и меня отвезли в госпиталь. Уже через 5 дней меня выписали оттуда. Никаких органических заболеваний обнаружено не было. Моя кардиограмма и результаты обследования желудка были нормальными. После выписки мое состояние ухудшилось. Так, я постоянно слышу и ощущаю свое сердцебиение, у меня все время ломит во всем теле. Каждый день мне просто необходимо какое-то количество пива. В конце октября 1986 г. мы с семьей переселились в В. Мое состояние ухудшилось. Я стал хвататься за более серьезные средства, чем пиво, так как оно уже не помогало.

23.11 1986 г. я обсудил с домашним врачом прием лекарств. Я принимаю ежедневно 2 таблетки. Мои расстройства теперь значительно терпимее, а влечение к алкоголю значительно меньше. Если меня спросить о причине болезни, я не смогу назвать ее. Я знаю, что органически я здоров, однако, душа моя больна. Почему?"

Терапевт: " Вы мне немного рассказали о Вашем прежнем лечении, своих собственных стараниях и реакции Вашей семьи. А теперь давайте посмотрим, что с Вами произошло в последние 5 - 6 лет ".

Пациент: "Беда никогда не приходит одна!"

Больному были разъяснены четыре сферы переработки конфликтов; тот факт, что каждый может распределять свою энергию в этих четырех сферах.

Терапевт: "Я повторю то, что Вы рассказали. Проверьте, так ли я Вас понял...

В октябре 1980 г. внезапно умер Ваш школьный друг от инфаркта миокарда.

Ваша жена была тогда беременна.

У Вас возник страх смерти, спустя некоторое время после сдачи крови.

В 1981 г. Вам пришлось отказаться от продолжения образования незадолго до экзамена, в связи с Вашей болезнью.

В 1981 г. с апреля по ноябрь, Вы не работали, в связи с болезнью.

С августа по ноябрь 1981 г. Вы были в больнице и практически не общались в этот период со своей семьей и друзьями.

Лечение в больнице было для Вас, отчасти, непонятным.

Затем Вы снова вернулись на свою работу, которая казалась Вам очень односторонней и скучной.

В феврале 1982 г. Вы начали обучение сразу на двух курсах и успешно закончили их в 1984 г.

В 1985 г. Вы сдали квалификационный экзамен.

В 1986 г. Вы начали работу как руководитель с образованием, но через две недели вынуждены были оставить это место в связи с нарушением слуха.

Спустя несколько недель Вы нашли новое место работы.

Вам пришлось переселиться в В.

В сентябре 1986 г. "неотложка" привезла Вас в больницу.

Перечисление всех этих событий больной воспринял с интересом.

Пациент: "Теперь понемногу становится ясно, почему я не могу выбраться из этой ямы. Сейчас я понимаю, что смерть моего друга, с которой все началось, из-за многого, чем я уже сыт по горло отступила на задний план, но, тем не менее, по-прежнему, чрезвычайно тревожит меня. На это никто раньше вообще не обращал внимания... "

В данном случае, речь шла о сердечном неврозе типа Б, на базе патологической реакции горя (октябрь 1980 г) с выраженным страданием. На первый план выступили упомянутые симптомы. Актуальным конфликтом стала поразившая смерть одноклассника, которая вызвала шокоподобную реакцию у нашего больного. Базовым конфликтом была индифферентная и скорее похожая на гиперопеку позиция родителей, которая, создавая нечто вроде "скорлупы", не допускала никаких неожиданностей. Кроме того, кумулятивно действовавшие факторы означали для него новую конфликтную ситуацию. Это привело к полному уходу из предпочитаемой прежде сферы деятельности и достижений на фоне тенденции, к депрессивной структуре невроза. Во внутреннем конфликте больной быстро идентифицируется с объективным раздражителем, не в состоянии удерживать его на дистанции и чувствовать себя принуждаемым к действиям, при которых он быстро достигает границ своих возможностей в переработке конфликтов и ощущает себя в опасности. Его выученные концепции (достижения, послушание, надежда, аккуратность и справедливость) не помогают ему даже компенсаторно, так что дефицитарные первичные сферы получают преимущество на основе своей внутренней бесконтрольности. В этой связи его непоправимое нарушение слуха представляется существенным ограничением для тело - Я-ощущения (чувство физической неполноценности). Этим обусловливается ограничение профессиональной карьеры и уменьшение контактов (неуверенность). Проявляются тенденции к поведению посредством "бегства" и избегания, которые дополнительно усиливают его "страх смерти" и имеют свою динамику. Смерть коллеги (от инфаркта миокарда) во время лечения вновь актуализировала его проблемы. Описанные симптомы стали нарастать, но не в такой степени, как до начала лечения. Больной сам стал говорить о возможности лучшего контроля за своим состоянием. В профессиональной сфере произошли изменения, которые повлекли за собой длительные и стрессогенные перемены в рабочем процессе и деловых отношениях с коллегами.

При предыдущих курсах терапии, симптомы лечили медикаментозными и психодинамическими средствами. Ни потеря друга, которая была воспринята им чрезвычайно близко к сердцу и впоследствии дала ему шанс заинтересоваться этой экзистенциальной стороной жизни, ни микротравмирующие факторы еще ни разу серьезно не анализировались.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Благодаря разъяснению нейропсихологических взаимосвязей и обсуждению случаев смерти и кумулятивного действия микротравм, пациент почувствовал себя понятым и осознал в каком направлении будет протекать лечение. Притча: "Мудрость Хакима", была воспринята им шире, чем только в соотнесении со своей ситуацией и интерпретирована иначе. Он осознал, как важно задуматься о феномене смерти и сумел отказаться от своего избегающего поведения. После того, как он научился дифференцировать "обусловленную судьбу" (установка на смерть и потери) и "определенную судьбу" (сама смерть, которая постигает каждого), я смог задать ему вопрос: "Как Вы представляете себе свою собственную смерть? От болезни вроде инфаркта миокарда, инсульта и несчастного случая или после длительного пребывания в постели из-за, например, рака, рассеянного склероза и т.д.?" Больной, который вообще не считался с такими вопросами, поначалу был шокирован, а затем заинтересовался. К следующему сеансу он подготовил список примерно из 20 заболеваний и коротко описал свою установку к каждому. Он пришел к выводу, что не может точно определить, как хотел бы умереть: пусть это решит Бог. На этой стадии, моим сотрудником с ним была проведена поведенчески ориентированная десенсибилизация. "Иерархия страха" (ср. случай "UteS" Pescschkian, 1977а, S.338 - 387, где страх, по содержанию, касался пунктуальности или непунктуальности, после чего была составлена "иерархия пунктуальности" и проведена десенсибилизация в этом направлении) соотносилась с темой "Смерть" в связи с сердечными симптомами. Так как утраты из-за смерти, воспринимались как несправедливость, была рассмотрена актуальная способность справедливость (см. ч. П, гл.1). Дополнительно ему были назначены легкие антидепрессанты.

Ступень 4: вербализация

После того, как пациент выработал на трех предыдущих стадиях прямой открытый подход к своей ситуации и своему окружению, он был готов воплотить теоретические знания в жизнь. Он начал свою позицию чрезмерной учтивости (в смысле скрытой агрессии), которая вызывала у него чувство вины и страха, дополнять искренностью и прямотой (в смысле доверия и надежды) по отношению к себе и другим лицам, причем последнее ему давалось труднее. После этого, с больным был проработан ключевой конфликт учтивость - прямота (см. ч. И, гл.26 и ч. И, гл.5). Он стал все более открыто смотреть на конфликтные ситуации. Благодаря привлечению к терапии его жены, были дифференцированно рассмотрены их отношение к смерти, смыслу жизни, жизненной философии, религии и вере. Высказывания о смерти и жизни после смерти известных нобелевских лауреатов (см. ч.1, гл.5), послужили медиаторами между врачом и больным. Кроме того, были обсуждены проблемы общения (супруга хотела бы иметь больше внешних контактов, которые были затруднены, вследствие установок пациента к бережливости, пунктуальности и аккуратности). Другой причиной, по которой больной оказался в социальной изоляции, было его нежелание выходить куда-нибудь вечером, чтобы не потерять место парковки машины. В психотерапевтической группе, в которой пациент принимал участие, примерно с 4-й ступени были форсированы контакты с последующим интенсивным общением в реальной жизни.

Ступень 5: расширение системы целей

Больной проявил себя в психотерапии рассудительным и общительным. Вместе со своей женой и с помощью группы, он разработал для себя цели на следующие дни, недели, месяцы, 3 - 5 лет. Направляющим были для него четыре сферы в опроснике. В своем отчете он написал, что может оценить свое психическое состояние, как позитивное. Он был в состоянии лучше понять смысл своей болезни. Помимо прочего, он писал:

Иногда я спрашиваю себя, может мое нарушение слуха все-таки не связано с моим "страхом смерти?" Конечно, оно меня стесняет. Я должен смириться с этим и не могу быть таким, как я хочу... Мне очень редко снятся сны, и если я что-нибудь и запоминаю из них, то только отрывки, по крайней мере, не связанные друг с другом эпизоды. Раньше мне часто снилось, что я на высокой горе и прыгаю с вершины. Это было потрясающее ощущение! С тех пор, как у меня проснулся повышенный интерес к религии, у меня возникло новое отношение к моей болезни. Я хотел бы выздороветь, но главное для меня, все-таки, научиться жить и работать, несмотря на мою болезнь. Смысл жизни: принимать данную мне жизнь такой, какой ее подарил Господь и делать добро. Смерть, как и рождение, - решающее событие и жизни человека. Она - это единственное, что наверняка коснется нас в этой жизни. Я верю в жизнь после смерти. Я также считаю, что смерть должна быть прекрасна.

## Приложение

Опросник "Тревога и депрессия":

Ф. И.О. №Дата

Тело/ощущения - профессия/ деятельность - контакты - фантазии/ будущее

Что Вы думаете о следующих высказываниях: "Страх дает надежность" (Шекспир); "Страх имеет свой особенный смысл" (Лессинг), "Кто научился умирать, тот перестает быть рабом" (Сенека), "Заботы старят"? Знаете ли Вы другие пословицы и поговорки, афоризмы?

Реагируете ли Вы какими-нибудь телесными симптомами на страх, злость, тревогу и конфликты?

Трудно ли Вам расслабиться?

Когда Вы вечером ложитесь спать? Трудно ли Вам заснуть? Часто ли Вы просыпаетесь?

Очень ли рано Вы просыпаетесь? Какое значение имеет для Вас поговорка "Кто рано встает, тому Бог подает!" Бывает ли у Вас плохое самочувствие по утрам?

Страдаете ли Вы головными болями? Были ли у Вас какие-нибудь из следующих симптомов: дрожь, зуд кожи, головокружения, потливость, сердцебиение, понос?

Чувствуете ли Вы себя как бы заторможено?

Похудели ли Вы, поскольку у Вас плохой аппетит?

Ваша депрессия базируется на соматических заболеваниях или возникает потому, что Вы таким образом научились преодолевать их?

10) Наказывали ли Вас физически?

Как Ваши родители вели себя по отношению к Вам, когда Вы болели? Игнорировали ли Вашу болезнь? Ухаживали ли за Вами, были ли в центре внимания? Ценилось ли стремление и при болезни оставаться как можно дольше на ногах?

Регулярно ли Вы принимаете предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы как действуют эти лекарства, что Вы можете от них ожидать, какие возможны побочные эффекты?

Кто из Вас, Вы или Ваш партнер больше ценит трудолюбие и деятельность?

Довольны ли Вы Вашей профессией? Энергично ли Вы занимаетесь своей работой? Является ли Ваша профессия, профессией Вашей мечты?

Есть ли у Вас страх перед профессиональными неудачами? Следуете ли Вы своим убеждениям бескомпромиссно? Как Вы реагируете на критику или недостаточное признание? Что Вы делали раньше, чтобы завоевать признание и любовь родителей?

Как Ваш партнер относится к Вам, когда Вы больны, боитесь чего-либо, тревожитесь? Окружают ли Вас "материнской" опекой? Или Вы уверены, что Ваш партнер не имеет никакого представления о Ваших проблемах?

Есть ли у Вас с партнером проблемы, которые длятся уже возможно долгие годы, о них можно сказать: "Капля камень точит", они вызывают тревогу, депрессивное настроение и агрессию? В каких сферах?

Кто из Вас более общителен: Вы или партнер?

Было ли у Вас в детстве много друзей и знакомых или Вы росли в изоляции?

Если к Вашим родителям приходили гости, разрешалось ли Вам присутствовать?

Ощущаете ли Вы недостаток общения и эмоционального тепла?

Чувствуете ли Вы себя перегруженным социальными обязанностями и связями?

Связана ли Ваша тревога, страх с Вашим внешним видом, сексуальной потенцией, социальной изоляцией или "ежедневными мелочами" вроде аккуратности, пунктуальности, опрятности, бережливости и т.д.?

Каким критериям, по Вашему, должен удовлетворять человек, чтобы Вы захотели с ним общаться?

Настаиваете ли Вы на своем мнении, даже если другим приходится из-за этого "ходить на цыпочках"?

Знаете ли Вы, как люди другой культуры переживают болезни, безработицу, разлуку, развод, горе и смерть, связанные с ними тревоги и депрессию?

Чувствуете ли Вы себя уставшим, лишенным всякой энергии? Потеряли ли Вы интерес к отдельным моментам жизни?

Есть ли у Вас хоть немного веры в себя и надежды?

Постиг ли Вас в последние годы целый ряд тяжелых ударов судьбы? Каких? Как Вы их преодолевали?

Не кажутся ли Вам мелкие проблемы и микротравмирующие ситуации, суммируясь, неизбежными ударами судьбы?

Считаете ли Вы все происходящее вокруг Вас доказательством бессмысленности, безнадежности, вопиющей несправедливости или виновности?

Есть ли у Вас чувство, что Вы не справляетесь с требованиями ежедневной жизни, что Вы больше не нужны, никчемны?

Испытываете ли Вы страх перед будущим, который проявляется в чувстве бессмысленности и бесцельности?

Что бы Вы стали делать, если бы у Вас не было больше ни страха, ни депрессии?

Что для Вас является смыслом жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти)?

Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?