

И. Г. Малкина-Пых

ТЕРАПИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

СПРАВОЧНИК ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

- Психология пищевого поведения
- Психодиагностика при нарушениях пищевого поведения
- Индивидуальная и групповая психотерапия
- Телесная терапия при нарушениях пищевого поведения и ожирении



Annotation

В последней четверти XX века ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, включая Россию, в которых как минимум 30 % населения имеет избыточную массу тела. С избыточным весом отчетливо связано многократное повышение риска и частоты развития многих заболеваний. Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни в среднем на 3–5 лет при небольшом избытке веса, до 15 лет – при выраженном ожирении.

Избыточный вес остается актуальной проблемой, несмотря на то, что чуть ли не каждый месяц появляется новое средство или метод, позволяющие гарантированно похудеть. Огромная индустрия производства всевозможных таблеток, поясов для похудения и других чудодейственных способов сбросить вес процветает, а масса тела среднестатистического россиянина год от года увеличивается.

Одна из причин сложившейся ситуации состоит в том, что большинство способов нормализации веса устраняют следствие, а не причину. Между тем психология и психотерапия располагают вполне реальными и весьма многочисленными подходами и методами, способными помочь человеку избавиться от переедания и лишнего веса. Именно психотерапия дает наиболее надежные результаты в преображении собственной внешности. И в развитых странах, где еще в прошлом столетии отошли от многих способов лечения, до сих пор практикуемых в России, для снижения веса обычно обращаются к психотерапевтам. Именно психотерапия нормализует пищевое поведение и помогает отказаться от старых привычек.

В справочнике в достаточном объеме представлены теоретические вопросы психологии пищевой зависимости, но в первую очередь это сборник техник психотерапии, точнее сказать, упражнений, которые психолог (психотерапевт, консультант) может использовать в своей практической работе. Эта книга – руководство для психологов и консультантов, работающих в различных учреждениях (государственных и частных клиниках, больницах и общественных центрах здоровья) с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения и алиментарным (связанным с перееданием) ожирением.

-
- [Ирина Германовна Малкина-Пых](#)

- [Об авторе](#)
- [Введение](#)
- [Глава 1 Психология пищевого поведения](#)
- [1.1. Нарушения пищевого поведения: теории и модели](#)
-
-
-
-
-
- [1.2. Нарушения пищевого поведения: виды и формы](#)
-
-
-
-
-
- [Глава 2 Психодиагностика при нарушениях пищевого поведения](#)
- [2.1. Диагностическая беседа](#)
- [2.2. Психотелесное соответствие: темперамент, анатомическая конституция и характер](#)
-
-
-
-
- [2.3. Психологические тесты в психосоматической практике](#)
-
-
-
- [Глава 3 Психотерапия при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении](#)
- [3.1. Общие вопросы психотерапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения](#)
- [3.2. Психотерапия нервной анорексии](#)
- [3.3. Психотерапия нервной булимии](#)
- [3.4. Психотерапия компульсивного переедания и избыточного веса](#)
-
-
- [3.5. Консультирование и психотерапия различных типов клиентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением](#)
-

-
- [3.6. Когнитивно-поведенческая психотерапия](#)
-
-
- [3.7. Позитивная психотерапия](#)
-
-
-
-
- [3.8. Гештальт-терапия](#)
-
-
- [3.9. Нейролингвистическое программирование](#)
-
-
-
-
-
-
-
- [3.10. Транзактный анализ](#)
-
-
- [3.11. Групповая терапия нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения](#)
-
-
-
- [Глава 4 Телесная терапия при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении](#)
- [4.1. Образ физического Я при нарушениях пищевого поведения](#)
-
- [4.2. Основные принципы телесной терапии](#)
- [4.3. Общие техники психотелесной диагностики и терапии](#)
-
- [4.4. Танцевально-двигательная терапия](#)
-
-
-

- [4.5. Ритмо-двигательная терапия](#)

-

-

-

-

-

-

-

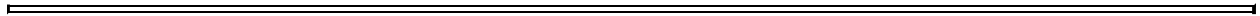
- [Список использованной и рекомендуемой литературы](#)

-

-

-

-



Ирина Германовна Малкина-Пых
Терапия пищевого поведения

Об авторе

Ирина Германовна Малкина-Пых – психолог, доктор физико-математических наук в области системного анализа и математического моделирования сложных биофизических систем, ведущий научный сотрудник отдела «Экология человека» Центра междисциплинарных исследований по проблемам окружающей среды Российской Академии наук (ИНЭНКО РАН) (<http://www.inenco.org>, malkina@mail.admiral.ru). Автор книг серии «Справочник практического психолога», выпускаемой издательством «Эксмо», Москва: «Справочник практического психолога», 2003; «Психосоматика», 2004; «Возрастные кризисы», 2004; «Экстремальные ситуации», 2005; «Телесная терапия», 2005; «Семейная терапия», 2005; «Психология поведения жертвы», 2006; «Гендерная терапия», 2006.

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор Л.К. Серова;
доктор медицинских наук, профессор О.И. Салмина-Хвостова.

Введение

В последней четверти XX века ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, включая Россию, в которых как минимум 30 % населения имеют избыточную массу тела (Гинзбург и др., 1999). С избыточным весом связано многократное повышение частоты развития артериальной гипертензии, инсулиннезависимого сахарного диабета (ИНСД), атеросклероза и ишемической болезни сердца, остеохондроза позвоночника и полиартрита, дискинезии желчного пузыря, хронического холецистита и желчно-каменной болезни, различных опухолей и ряда других заболеваний.

Ожирение уменьшает продолжительность жизни в среднем на 3–5 лет при умеренном избытке веса и до 15 лет при выраженном ожирении. Установлено, что если бы человечеству удалось решить проблему ожирения, средняя продолжительность жизни увеличилась бы на 4 года. Для сравнения: если бы была решена проблема злокачественных опухолей, средняя продолжительность жизни увеличилась бы только на 1 год.

Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что количество людей с избыточным весом прогрессивно увеличивается. Такой прирост составляет 10 % от прежнего количества за каждые 10 лет. Подсчитано, что если данная тенденция сохранится, то к середине нынешнего столетия практически все население экономически развитых стран будет болеть ожирением.

Экономисты подсчитали: человек, который изобретет эффективное средство от избыточного веса, станет миллиардером менее чем за полторы минуты. Это отражает, с одной стороны, неэффективность большинства диет и препаратов для коррекции веса, а с другой стороны – злостность проблемы.

Приведенные факты говорят о том, что избыточный вес остается актуальной проблемой, несмотря на то что чуть ли не каждый месяц появляется новое средство или метод, обещающие гарантированное похудение. Гигантская индустрия производства всевозможных таблеток, поясов для похудения и других чудодейственных способов сбросить вес процветает, а масса тела среднестатистического россиянина год от года увеличивается.

Отчасти эта ситуация объясняется тем, что большинство способов нормализации веса устраняют следствие, а не причину. Ведь избавиться от

истинной причины переедания гораздо сложнее, чем надеть «волшебный» пояс, который «работает в то время, когда вы отдыхаете». Производителям выгодно держать потенциального покупателя в неведении, заставляя его «клевать» на все новое.

Между тем психология и психотерапия располагают вполне реальными разнообразными подходами и методами помощи человеку, страдающему от переедания и лишнего веса. Именно психотерапия дает наиболее устойчивые результаты преобразования внешности. И в развитых странах, где еще в прошлом столетии отказались от многих способов лечения, до сих пор практикуемых в России, для снижения веса обычно обращаются к психотерапевтам. Это понятно, так как большинство ученых, работающих над проблемой алиментарного (связанного с перееданием) ожирения, несмотря на их различные представления о причинах этого состояния, сходятся в одном: лишние килограммы обусловлены привычками их «хозяина». Это привычка есть много жирной или сладкой пищи, привычка мало двигаться или «заедать» стресс, привычка вести образ жизни полного человека. Примерно в 98 % всех случаев причиной избыточной массы тела является переедание. Оставшиеся 2 % случаев – это эндокринные заболевания, сопровождающиеся приемом гормональных препаратов, и в этом случае необходимо лечить основной недуг. Привычка – это сложившийся тип поведения. Другими словами, переедание обычно является результатом нарушения пищевого поведения. Именно психотерапия нормализует пищевое поведение и помогает отказаться от старых привычек.

Под **пищевым поведением** понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное (отклоняющееся) в зависимости от множества параметров, в частности – от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания. На выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса, существенное влияние оказывают этнокультурные факторы. Извечным вопросом о ценности питания является вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть»).

Потребность в пище является одной из первичных, *биологических* потребностей, и эта потребность направлена на поддержание гомеостаза. Люди едят для того, чтобы получать необходимую энергию, строить новые клетки и создавать все сложные химические соединения, необходимые для жизни. Согласно теории А. Маслоу, потребности, касающиеся биологического выживания человека, должны получить удовлетворение на минимальном уровне, прежде чем станут актуальными любые потребности более высокого уровня (Хьелл, Зиглер, 1997). Тем не менее ежедневный рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимыми калориями и питательными веществами. Кроме того, количество съеденного, время приема пищи, предпочтение определенных продуктов питания и их сочетаний – все это отличается своеобразием у каждого человека. Пищевое поведение определяют не только потребности, но и полученные в прошлом знания и стратегии мышления (Фрэнкин, 2003).

Биологические потребности с учетом индивидуального опыта и конкретных условий относятся к *физиологическим* потребностям. Именно к их числу относятся привычки – сформированные в процессе онтогенеза стереотипные действия очень высокой степени прочности и автоматизации (Шостак, Лытаев, 1999). Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей, модой (Коньшев, 1985), экономическими и личностными причинами.

Кроме того, стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Ни одна другая биологическая функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональном состоянии человека, как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления; таким образом, удовлетворение голода обретает крепкую связь с ощущением комфорта и защищенности. Страх голодной смерти становится основой ощущения незащищенности (страх перед будущим), даже если учесть, что в современной цивилизации смерть от голода – явление редкое. Для ребенка ситуация насыщения эквивалентна ситуации «меня любят»; фактически чувство защищенности, связанное с насыщением, основано на этом тождестве (оральная чувствительность) (Александр, 2002).

Необходимо также отметить *социальное* значение еды. Питание человека с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Впоследствии еда становится неотъемлемой составляющей процесса общения, социализации: празднования различных событий, установления и

формирования деловых и дружеских взаимоотношений. В свою очередь, традиции, пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения. При анализе психосоциальных аспектов ожирения выделяют следующие функции пищевого поведения: поддержание гомеостаза, релаксация, получение удовольствия, коммуникация, самоутверждение (оно связано с представлением о престижности пищи и «солидной» внешности), познание, поддержание ритуала или привычки, компенсация, награда, защита и удовлетворение эстетической потребности (Креславский, 1981).

Таким образом, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение отнюдь не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей. Именно поэтому проблема изучения потребления пищи приобретает самостоятельное значение, ее следует отделить от проблем изучения процесса пищеварения (Коньшев, 1985; Вознесенская, Дорожевец, 1987). Самой простой формой пищевого поведения является прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда становится средством поддержания энергетического и пластического равновесия (Покровский, 1974). Однако, как уже говорилось, пищевая потребность, будучи чисто биологической по своей природе у животных, у человека предстает в более сложном виде, являясь средством:

- разрядки психоэмоционального напряжения;
- чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности;
- поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворения эстетической потребности (Савенков, 1985).

Пищевое поведение человека находится в рамках континуума, включающего нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и, наконец, патологическое пищевое поведение. Несмотря на то что чрезвычайно сложно определить «нормальные» пищевые паттерны, и исследователи в значительной степени игнорируют отношение между нормальным и патологическим развитием пищевого поведения (Russ,

1998), существует определенная типология пищевого поведения и его нарушений.

«Справочник по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) предусматривает три вида нарушений пищевого поведения: нервную анорексию, нервную булимию и неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности расстройство по типу переедания, так называемые пищевые кутежи, или компульсивное переедание (Binge Eating). *Нервная анорексия* (греч. отрицательная приставка *an* – и *orexis* – аппетит) представляет собой «сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» (Цивилько и др., 1999). Булимия (бычий голод) (от греч. *Bu(s)* – бык и *limos* – голод) обозначается как навязчивое чередование еды/рвоты или еды, дефекации (Drewnowski et al., 1995).

«Международная классификация психических болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в нашей стране, рассматривает «Расстройства приема пищи» (F50) в разделе F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» и включает сюда нервную анорексию и нервную булимию.

Ожирение является результатом нарушений пищевого поведения, в первую очередь по типу переедания – пищевых кутежей или компульсивного переедания. Ожирение – это увеличение массы тела за счет избыточного отложения жировой ткани. Различают экзогенно-конституциональное (алиментарное) ожирение вследствие несоответствия между поступлением и расходом энергии при наличии конституциональной предрасположенности; церебральное ожирение, связанное с заболеваниями головного мозга (воспалительный процесс, травма, опухоли); эндокринное ожирение, возникающее при патологии эндокринной системы (заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и др.).

Однако необходимо отметить, что рассмотренные три основных типа расстройств не отражают всего разнообразия нарушений пищевого поведения. Существует и множество вариантов субклинических проявлений нарушения пищевых паттернов, включая патологический голод, частые «перекусывания», самоограничения в питании и стратегии, компенсирующие переедание. *Патологический голод* выражается в настоятельной потребности съесть что-либо, возникающей между основными приемами пищи. О постоянном «*перекусывании*» можно говорить в том случае, если человек более 5 раз в сутки принимает пищу дополнительно или такие нерегулярные приемы пищи составляют более

25 % от суточного потребления калорий. «Перекусывание» не связано с каким-либо особенным настроением.

Выделяют также углеводную жажду и предменструальную гиперфагию (Wurtman et al., 1987, Greeno, Wing, 1994). Термин «углеводная жажда» вошел в обиход тогда, когда основную причину ожирения связывали именно с избыточным потреблением углеводов. Сейчас чаще говорят просто о пищевой жажде, полагая, что для ее удовлетворения пациентам требуется пища, которая в оптимальном случае одновременно сладкая и жирная – шоколад, мороженое, крем и т. п. В случае углеводной жажды такая пища по своему действию подобна наркотику. При ее отсутствии у пациентов развивается тягостное депрессивное состояние, чем-то напоминающее абстиненцию, эти явления проходят при потреблении сладостей (Wurtman et al., 1987).

Предменструальную гиперфагию можно рассматривать как одно из проявлений синдрома предменструального напряжения. Явления гиперфагии наблюдаются у женщин в течение 4–7 дней перед месячными, опять же предпочтение тут отдается сладкой и жирной пище (Гинзбург и др., 1999).

Среди других нарушений выделяют эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение (Савчикова, 2005).

Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек с таким поведением ест не в ответ на внутренние стимулы (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, пустой желудок и т. д.), а на внешние: витрина продуктового магазина, хорошо накрытый стол, вид едящего человека, реклама пищевых продуктов и т. д. Другими словами, человек «ест глазами» – увидел, значит съел. Именно эта особенность лежит в основе переедания «за компанию», перекусов на улице, избыточного приема пищи в гостях, покупки лишних продуктов в магазине. Такие люди никогда не пройдут мимо киоска с мороженым или пирожками, они будут есть до тех пор, пока не закончится коробка конфет, и никогда не откажутся от угощения. Практически у всех пациентов с ожирением в той или иной степени выражено экстернальное пищевое поведение. Реакцию на внешние стимулы к приему пищи определяет не только аппетит, но и медленно формирующееся, неполноценное чувство насыщения. Возникновение сытости у полных людей запаздывает по времени и ощущается исключительно как механическое переполнение желудка. Именно из-за отсутствия чувства сытости некоторые люди готовы есть всегда, если только пища доступна и попадает им на глаза.

Другим типом нарушения пищевого поведения является *эмоциогенное пищевое поведение*. Оно наблюдается у 30 % населения. Такое нарушение наиболее характерно для полных эмоциональных женщин, но встречается и у людей любого пола с абсолютно нормальным весом. У пациентов с ожирением этот вид нарушения пищевого поведения встречается гораздо чаще, а именно – в 60 % случаев. При этом типе нарушения пищевого поведения стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому, что голоден, а потому, что неспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, раздосадован, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т. д. Другими словами, при эмоциогенном пищевом поведении человек заедает свои горести и несчастья, «заедает» свой стресс, так же, как человек, привыкший к алкоголю, его «запивает». Для этого используются разные виды пищи, но в основном преобладают легкоусвояемые высококалорийные продукты, богатые углеводами и жирами (пирожные, мороженое, пирожки, конфеты, торты, шоколад). Продукты питания для людей с эмоциогенным пищевым поведением являются своеобразным лекарством, так как действительно приносят им не только насыщение, но и успокоение, удовольствие, релаксацию, снимают эмоциональное напряжение, повышают настроение.

Эмоциогенное пищевое поведение может быть представлено еще двумя подвидами: это компульсивное пищевое поведение и синдром ночной еды. У больных, находящихся на строгих диетах, распространенность компульсивного пищевого поведения достигает 50 %. Компульсивное пищевое поведение клинически проявляется как четко локализованные во времени довольно короткие повторяющиеся приступы переедания, которые длятся не более двух часов. Во время такого приступа человек ест намного больше и значительно быстрее обычного. У него может возникать ощущение потери контроля над количеством съеденного, он неспособен остановить прием пищи, пока не пройдет приступ. Эпизоды переедания сопровождаются тремя любыми из следующих признаков: прием пищи совершается быстрее, чем обычно; прием пищи до ощущения неприятного переполнения желудка; прием больших количеств пищи без чувства голода; переедание в одиночестве из-за стыда перед окружающими. Частота эпизодов резкого переедания, позволяющая диагностировать данную форму нарушения, – не реже двух раз в неделю на протяжении полугода.

Синдром ночной еды встречается реже и наблюдается у 9 % людей с ожирением. Он проявляется как клиническая триада симптомов: утренняя

анорексия (нежелание есть, отсутствие аппетита), вечерняя и ночная булимия (повышенный аппетит с перееданием), нарушения сна. Больные с синдромом ночной еды, как правило, не принимают пищу всю первую половину дня. Во вторую половину дня аппетит значительно возрастает, и к вечеру они чувствуют сильный голод, который приводит к перееданию. При этом чем сильнее был дневной эмоциональный дискомфорт, тем ярче выражено вечернее переедание. Характерно, что больные не могут заснуть, не съев избыточного количества пищи. Их сон поверхностен, тревожен, беспокоен, они могут несколько раз просыпаться ночью и вновь принимать пищу. После приема пищи активность и работоспособность пациентов значительно снижается, появляется сонливость, нарушается профессиональная деятельность. Это является одной из причин отказа от приема пищи в течение рабочего дня. Вечернее переедание используется пациентом в качестве снотворного средства.

Третий тип нарушения пищевого поведения – *ограничительное пищевое поведение*. Так называют избыточное пищевое самоограничение и бессистемное соблюдение чрезмерно строгой диеты. Такого рода диету невозможно соблюдать долгое время, и достаточно быстро ей на смену приходят периоды выраженного переедания. В результате такого поведения человек находится в постоянном стрессе – в период ограничений он страдает от сильного голода, а во время переедания страдает от того, что опять набирает вес и все его усилия были напрасными. Эмоциональная нестабильность, возникающая на фоне применения строгих диет, получила условное название «диетической депрессии», сюда входит целый комплекс отрицательных эмоций. Она проявляется в виде повышенной раздражительности и утомляемости, внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивности и враждебности, тревожности, сниженного настроения, удрученности, подавленности и т. д. Выраженный эмоциональный дискомфорт при «диетической депрессии» приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву ожирения. Больные ожирением с эмоциогенным пищевым поведением при применении изолированной диетотерапии в 100 % случаев испытывают симптомы «диетической депрессии» той или иной степени выраженности. Более того, у 30 % больных ожирением без клинически выраженных форм нарушения пищевого поведения они впервые возникают на фоне диетотерапии, что сопровождается ощутимым эмоциональным дискомфортом и заставляет их отказываться от терапии.

Были выделены разнообразные по силе и длительности воздействия факторы, способствующие развитию нарушений пищевого поведения:

конституционально-биологические, социально-психологические, микросоциальные, психогенные и соматогенные. Роль этих факторов и их сочетаний в генезе нарушений пищевого поведения неоднозначна. Механизмы возникновения пищевых нарушений также до конца не изучены. В частности, существует мнение, что они связаны с нарушением трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения (Leibowitz, Alexander, 1998).

Эмоциогенное пищевое поведение и ожирение также рассматривается в рамках гипотезы, комбинирующей теорию социального научения с концепцией стресса (Bruch, 1961, Kaplan, Kaplan, 1957). Согласно этой гипотезе, ожирение является следствием заученной неспособности к различению чувства голода и состояния тревоги, в результате чего человек реагирует на стресс как на голод увеличением потребления пищи, вследствие чего формируется избыточный вес. Переедание объясняется смещением внутренних активационных состояний и чувства голода, что обусловлено ранним опытом (Van Strein et al, 1986), такая модель подчеркивает значение отношений мать-дитя в генезе ожирения. Когда мать предлагает еду в ответ на сигналы ребенка, свидетельствующие о голоде, у младенца постепенно формируется чувство голода, которое отличается от других потребностей и состояний дискомфорта. Если же реакция матери длительное время неадекватна, то по мере своего роста ребенок не обретает способности отличать состояние голода от других дискомфортных состояний. Чем шире диапазон точных реакций на различные выражения потребностей и импульсов ребенка, тем более точно ребенок учится разделять свои различные телесные переживания, ощущения, мысли и чувства.

Существенное значение в формировании эмоциогенного пищевого поведения имеет неправильное воспитание в раннем детстве; в данном случае выделяют следующие важные закономерности:

1. Пища играет доминирующую роль в жизни семьи. Она – главный источник удовольствия. Другие возможности получения удовольствия (духовные, интеллектуальные, эстетические) не развиваются в должной мере.

2. Любой физиологический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью (или другими членами семьи) как голод. Наблюдается стереотипное кормление ребенка в ситуации его внутреннего дискомфорта, что не позволяет ребенку научиться четко отличать физиологические ощущения от эмоциональных переживаний, например – отличать голод от тревоги.

3. В семьях не происходит адекватного обучения эффективному поведению в период стресса и потому закрепляется единственный неправильный стереотип: «когда мне плохо, я должен есть».

4. Нарушены взаимоотношения между матерью и ребенком. У матери есть только две главные заботы: одеть и накормить ребенка. Привлечь внимание такой матери ребенок может только с помощью голода. Процесс приема пищи становится суррогатной заменой других проявлений любви и заботы. Это повышает символическую значимость приема пищи.

5. В семьях наблюдаются травмирующие психику ребенка конфликтные ситуации, межличностные отношения хаотичны.

6. Ребенку не разрешают выйти из-за стола, пока его тарелка не опустеет. Таким образом, стимулом к окончанию приема пищи становится не чувство сытости, а количество доступной пищи. Ребенок не приучается замечать вовремя признаки сытости и привыкает есть до тех пор, пока видит пищу, пока она есть на тарелке, в кастрюле, на сковороде и т. д.

Немаловажную роль в развитии нарушений пищевого поведения играют особенности личности: высокая подверженность стрессам, склонность к тревожным реакциям, неуверенность в себе и ряд других. Эти особенности личности, а также развитие у многих людей с ожирением психовегетативных расстройств при отказе от привычных продуктов питания позволяют поставить пищевую зависимость в один ряд с алкогольной, никотиновой, лекарственной и наркотической формами зависимости. В частности, «диетическую депрессию» можно рассматривать как проявление синдрома отмены, это подтверждает и тот факт, что эмоциогенное пищевое поведение часто сочетается с пристрастием к алкоголю и табаку.

С другой стороны, по современным представлениям, алиментарно-конституциональное ожирение является классическим психосоматическим (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) заболеванием, приводящим к формированию вторичных невротических расстройств (Красноперова, 2001). Причиной его возникновения является нарушение пищевого поведения, приравниваемое к психическим расстройствам пограничного уровня (Stunkard et al., 1980, 1986, 1990). Таким образом, переедание (гипералиментацию) можно рассматривать как неполноценную форму психоэмоциональной адаптации (Вознесенская, Дорожевец, 1987). Нарушение пищевого поведения является одним из видов патологической адаптации, социально приемлемым видом аддиктивного поведения (Ротов и др., 1999).

Поскольку психологический фактор при нарушениях пищевого

поведения и возникновении избыточного веса является одним из этиологических, его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии – основного компонента лечебного и реабилитационного процесса (Пушкарев и др., 2000).

Коррекционные программы при терапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения в основном должны быть направлены на следующие цели и задачи:

1. Коррекция нарушений пищевого поведения и неадекватного образа жизни.
2. Коррекция образа Я.
3. Достижение объективности самооценки.
4. Реабилитацию Я в собственных глазах и достижение уверенности в себе.
5. Коррекция системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие с психофизическими возможностями.
6. Коррекция отношения к другим; достижение способности к эмпатии и пониманию состояний и интересов других людей.
7. Приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов.

При лечении нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения могут использоваться все известные психотерапевтические подходы. Однако выбор конкретного психотерапевтического метода и техник зависит от ряда факторов – клинической картины болезни, личностных особенностей пациента, времени, которое планируется потратить на психотерапию, компетенции психотерапевта (владение определенными психотерапевтическими методиками).

Кроме того, при терапии пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением используют различные виды невербальной психотерапии: телесно-ориентированная терапия, танцевальная терапия, ритмо-двигательная терапия.

Предлагаемый вашему вниманию справочник состоит из четырех глав. В первой главе представлены теоретические вопросы психологии пищевого поведения. Тут рассматриваются существующие теории и модели нарушений пищевого поведения, в первую очередь психосоматические теории и модели аддикции. В данной главе представлен анализ различных форм совладающего поведения и защитных механизмов личности, в том числе у людей, страдающих нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением. Кроме того, тут рассматриваются основные

виды и формы нарушений пищевого поведения и соответствующие им картины личности.

Вторая глава справочника посвящена вопросам психодиагностики при нарушениях пищевого поведения. Вниманию читателя предлагается комплексная многоосевая модель диагностики, использующая сопоставление психофизических признаков темперамента и характера, разработанных Э. Кречмером, У. Шелдоном, В. Райхом и А. Лоуэном, с типами организации характеров, принятых в психоаналитической диагностике, а также с классификациями характера в рамках типологии индивидуально-личностных свойств, типологии стилей жизни и соционической типологии. Далее приводится набор тестов, которые могут оказаться полезными при работе с пациентами с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением.

В третьей главе справочника рассматриваются общие вопросы психотерапии при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении. Рассматриваются также вопросы консультирования и психотерапии клиентов невротического, пограничного и психотического уровней развития и клиентов с различными типами характера. В качестве методов индивидуального психологического консультирования и психотерапии в данной главе приведены техники когнитивно-поведенческой психотерапии, позитивной психотерапии, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования (НЛП) и транзактного анализа. В качестве метода групповой терапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения предлагаются техники семейной психодрамы.

Четвертая глава посвящена вопросам применения различных направлений телесной терапии при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении. В настоящее время и исследователи-теоретики, и практики, психологи и психотерапевты, заговорили о том, что расстройства пищевого поведения в огромной степени являются результатом нарушений образа тела, и поэтому терапия, направленная на образ тела, необходима для комплексного лечения этих расстройств. В данной главе рассмотрены различные подходы к исследованию образа физического Я при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении, основные принципы телесной терапии, общие техники психотелесной диагностики и терапии. Тут представлены два направления телесной групповой терапии, хорошо зарекомендовавшие себя в работе с нарушениями пищевого поведения: танцевально-двигательная терапия и ритмо-двигательная терапия.

Хотя в справочнике в достаточном объеме отражены теоретические вопросы психологии пищевого поведения, все же в первую очередь тут

представлены техники психотерапии, точнее – упражнения, которые психолог (психотерапевт, консультант) может использовать в своей практической работе. Эта книга – руководство для психологов и консультантов, работающих в различных учреждениях (государственных и частных клиниках, школах, больницах и общественных центрах здоровья) с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением. Здесь необходимо подчеркнуть, что мы следуем практике зарубежной литературы, в которой термины «терапия» и «психотерапия» используются как синонимы. Поэтому в дальнейшем в тексте термины «психотерапия» и «терапия», «психотерапевт» и «терапевт» взаимозаменяемы. Кроме того, в ряде случаев в том же значении мы используем термин «консультант». Аналогичным образом в тексте взаимозаменяемы термины «пациент» и «клиент».

Глава 1 Психология пищевого поведения

Под **пищевым поведением** понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение может быть гармоничным (адекватным) или девиантным (отклоняющимся), это зависит от множества параметров, в частности от того, какое место занимает процесс питания в иерархии ценностей индивида, а также от количественных и качественных показателей питания. Этнокультурные факторы оказывают огромное влияние на стереотип пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечный вопрос о значении питания – это вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть»).

В общем поведение человека определяется как «целостная активность, направленная на удовлетворение биологических, физиологических, психологических и социальных потребностей» (Шостак, Лытаев, 1999). В свою очередь, потребность – это состояние объективной нужды организма в чем-то, что лежит вне его, составляет необходимое условие его функционирования (Гиппенрейтер, 1999) и является источником его активности (Шостак, Лытаев, 1999). Потребность в пище является одной из первичных, *биологических* потребностей, она направлена на поддержание гомеостаза. Люди едят для того, чтобы получать необходимую энергию, строить новые клетки и создавать сложные химические соединения, необходимые для жизни. Согласно теории А. Маслоу, потребности человека, касающиеся биологического выживания, должны получить удовлетворение на минимальном уровне, прежде чем станут актуальными любые потребности более высокого уровня (Хьелл, Зиглер, 1997). Тем не менее ежедневный рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимыми калориями и питательными веществами. Кроме того, количество съеденного, время приема пищи, предпочтение определенных продуктов питания и их сочетаний – все это отличается своеобразием у каждого человека. Пищевое поведение определяют не только потребности, но и полученные в прошлом знания и стратегии

мышления (Фрэнкин, 2003). Тогда потребности можно представить как диспозиции, которые запускают определенные формы поведения или придают им направление, но сами по себе не могут служить факторами, на основании которых можно объяснить ту или иную форму поведения. Хотя потребность в энергии и создает такое биологическое влечение, как чувство голода, на конкретное поведение (что человек будет есть) влияют сформировавшиеся привычки и стратегии мышления (Фрэнкин, 2003). Биологические потребности, с учетом индивидуального опыта и конкретных условий, относятся к *физиологическим* потребностям. С ними тесно связаны привычки – сформированные в процессе онтогенеза стереотипные действия высокой степени прочности и автоматизации (Шостак, Лытаев, 1999). Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей, модой (Коньшев, 1985), экономическими и личностными причинами.

Кроме того, стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Ни одна другая биологическая функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональном состоянии человека, как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления; таким образом, удовлетворение голода обретает крепкую связь с ощущением комфорта и защищенности. Страх голодной смерти становится основой ощущения незащищенности (страх перед будущим), даже если учесть, что в современной цивилизации смерть от голода – явление редкое. Для ребенка ситуация насыщения эквивалентна ситуации «меня любят»; фактически чувство защищенности, связанное с насыщением, основано на этом тождестве (оральная чувствительность) (Александер, 2002). Кроме этого, ощущения губ и языка ребенка при грудном кормлении представляют собой нечто приятное. Позднее ребенок пытается воспроизвести, повторить этот приятный опыт, когда сосет большой палец руки. Таким образом, чувства сытости, защищенности и любви в переживаниях младенца тесно связаны и смешаны между собой (Любан-Плоцца и др., 2000).

Другой чрезвычайно важной эмоциональной установкой, которая уже в раннем младенчестве обретает связь с голодом и приемом пищи, является собственничество и все, что под этим подразумевается, то есть жадность, ревность и зависть. Для ребенка обладание эквивалентно телесной (оральной) инкорпорации. Когда собственническая тенденция и желание поглощать натываются на препятствия, рождаются агрессивные импульсы: стремление взять силой то, что не дают. Кусание становится первым

проявлением враждебности (оральной агрессии). Естественно, эти собственнические агрессивные импульсы, основанные на оральной инкорпорации, с развитием осознания становятся первым источником чувства вины. Этим объясняется то, почему в процессе психоанализа у невротиков, страдающих различными пищевыми нарушениями, центральной эмоциональной проблемой обычно оказывается чувство вины.

Это во многом проясняет смысл собственничества, жадности, ревности, зависти и стремления к защищенности при нарушениях пищевого поведения. Каждый раз, когда вышеописанные эмоции подавляются, когда нет возможности их выразить с помощью произвольного поведения, они создают остаточное напряжение и могут тем самым оказывать хроническое негативное влияние (через вегетативную нервную систему) на различные фазы пищеварительного процесса. Эти эмоции в силу их асоциальной, агрессивной природы легко порождают конфликты с окружающим миром, что в результате ведет к их вытеснению. Ощущениями физического удовольствия, связанными с ранними формами питания (сосание), объясняется распространенность эмоциональных расстройств пищевых функций, когда конфликты затормаживают развитие генитальных функций. Подавляемые сексуальные желания в регрессивном виде выражаются в виде приема пищи и в нарушениях пищевого поведения.

Метафорическое и символическое значение еды достаточно очевидно: поддерживать жизнь, вкушать мир, ощущать вкус мира, впускать в себя, встречать мир (Перлз, 2000). В онтогенезе акт принятия пищи, как и всякая психическая функция, выступает сначала в своей естественной форме – как функция организма, для осуществления которой необходим другой человек – кормящая мать (Соколова, 1989). В первые дни и месяцы жизни ребенка кормление становится той «ведущей деятельностью», в которой формируются другие психические процессы – отношение к себе как эмоциональная матрица самоосознания. На первом году жизни отношения матери и ребенка во многом определяются приемом пищи. Кормящая мать, навязывая ребенку, вопреки его желанию, ритм кормления, тем самым учит ребенка недоверию к себе самому и к окружающему миру (Соколова, Николаева, 1995).

Существует опасность возникновения нарушений развития, если грудной ребенок переживает фрустрацию своих витальных потребностей, которую он неспособен осознать. Если такой младенец получает питание, он часто глотает поспешно, не испытывая насыщения. Этот тип поведения является ответом младенца на «незащищенные», нарушенные отношения с

матерью.

Установка матери относительно ребенка имеет более важное значение, чем метод кормления. На это указывал уже З. Фрейд. Если мать не проявляет любви к ребенку, если при кормлении она в мыслях далека от него или спешит, у ребенка может появиться агрессия к матери. Эти агрессивные импульсы ребенок не может ни выразить в поведении, ни преодолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к амбивалентной установке к матери. Конфликтующие чувства обуславливают различные вегетативные реакции. С одной стороны, организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно отвергает мать, это ведет к обратной реакции – к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития.

Кормление может поощрять и наказывать, с молоком матери ребенок «впитывает» систему значений, опосредующих естественный процесс поглощения пищи и превращающих его в орудие внешнего контроля, а затем и самоконтроля (Столин, 1983). Более того, ребенок получает мощное средство воздействия на других своим поведением во время кормления, он может вызывать тревогу, радость, повышенное внимание, то есть учится манипулировать поведением значимого взрослого (Bruch, 1973). В то же время еда для ребенка поддерживает бессознательную фантазию единения с матерью, при этом впоследствии символическим замещением матери может стать продовольственный магазин или холодильник. Для многих взрослых людей быть сытым означает находиться в безопасности и не быть покинутым матерью, поэтому удовлетворение непреодолимого желания поесть неосознанно способствует ослаблению страха (Обухов, 1999).

Необходимо также отметить *социальное* значение еды. Питание человека с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Впоследствии еда становится неотъемлемой составляющей процесса общения, социализации: празднования различных событий, установления и формирования деловых и дружеских взаимоотношений. В свою очередь, традиции, пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения. При анализе психосоциальных аспектов ожирения выделяют следующие функции пищевого поведения: поддержание гомеостаза, релаксация, получение удовольствия, коммуникация, самоутверждение (оно связано с представлением о престижности пищи и «солидной» внешности), познание, поддержание ритуала или привычки, компенсация, награда, защита и удовлетворение эстетической потребности (Креславский, 1981).

Таким образом, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей.

Помимо чувства голода и стимуляции, исходящей от еды, существует множество других внутренних и внешних стимулов, вызывающих желание есть или ориентирующих на выбор определенной пищи. Желание есть и принятие пищи есть результат взаимодействия между этими стимулами и стабильными физиологическими и психологическими характеристиками индивидуума. Принятие пищи не всегда связано с утолением голода, и едой нередко злоупотребляют в целях удовлетворения широкого спектра иных потребностей.

Мотивацией называется «осознаваемая причина, лежащая в основе выбора действий и поступков личности» (Шостак, Лытаев, 1999). Согласно этому определению, пищевое поведение человека можно рассматривать как целостную активность, связанную с мотивацией приема пищи.

Хотя питание, безусловно, является физиологической потребностью, психологическая мотивация также влияет на пищевое поведение – как здоровое, так и патологическое. Например, потребность поесть может быть вызвана как положительными (например, счастье), так и отрицательными (например, злость, депрессия) эмоциями (Arnou et al., 1995; Heatherton, Baumeister, 1991; Macht, Simons, 2000; Sherwood et al., 2000), а также желанием «себя накормить» (Leham, Rodin, 1989). Тут играют роль также интернализованные социальные установки, нормы и ожидания в отношении потребления пищи (Pliner, Chaiken, 1990).

Существует четырехкомпонентная модель, описывающая мотивации пищевого поведения (Jackson et al., 2003). Она основана на аналогичной модели мотивации употребления алкоголя и включает в себя такие компоненты мотивации, как: 1) совладание с отрицательными эмоциями, 2) социализация, 3) соответствие ожиданиям других людей и 4) получение удовольствия.

Количество, качество и частота потребления пищи зависят от таких феноменов, как чувство голода, аппетит и чувство насыщения. Физиологическим регулятором количества потребляемой пищи является голод – совокупность неприятных переживаний, заключающихся в ощущении пустоты и спазмов в желудке и в инстинктивном ощущении необходимости поесть (Татонь, 1981). Чувство голода возникает тогда, когда питательные запасы организма недостаточны для энергетического равновесия. Одним из факторов голода является сокращение пустого желудка, которое механорецепторы его стенок передают в головной мозг,

где и формируется чувство голода. Иногда мощные сокращения мышц желудка связаны со снижением концентрации глюкозы в крови. По данным многих исследований, чувство голода также зависит от температуры окружающей среды (Корешкин, 1998). Тем не менее необходимо отличать голод как физиологическое состояние от психологического акта восприятия и осознания голода, то есть от психологического переживания, выражающегося в неприятном и привлекающем внимание ощущении, которое человек испытывает при лишении пищи и которое приводит к поиску еды для облегчения дискомфорта. В более позитивной форме это желание называется аппетитом, который играет важную роль в получении удовольствия от еды и формировании пищевых привычек (Савчикова, 2005).

Annemum (лат. *appetitus* – «стремление, желание»), один из психологических факторов регуляции пищевого поведения, представляет собой «общее чувство приятных эмоциональных ощущений, связанных со стремлением человека к приему определенной пищи» (Корешкин, 1998). Аппетит может быть компонентом чувства голода, но может существовать и сам по себе, независимо от питательных запасов организма. В отличие от голода, аппетит не зависит от сохранения энергетического равновесия, он может усиливаться или ослабевать под воздействием различных условных раздражителей (Газенко, 1987). Аппетитность конкретной пищи в большой степени зависит от отношения к ней.

Противоположными по отношению к аппетиту и голоду являются состояния *насыщения* и *сытости*, для которых характерно отсутствие желания есть. Насыщение заставляет закончить прием пищи, при сытости желание есть подавляется на какое-то время. Эти состояния сопровождаются чувством удовольствия и ощущением полноты в желудке. Существует четыре стадии достижения сытости, частично перекрывающие друг друга: сенсорная, когнитивная, состояния после принятия пищи и после ее всасывания (Газенко, 1987). Прекращение приема пищи до ее всасывания и усвоения является идеальным с точки зрения физиологии питания. В случае регулярного прекращения потребления пищи лишь после ее усвоения, при повышении уровня питательных веществ в крови, неизбежны переедание и избыток веса (Корешкин, 1998).

В регуляции чувства голода, аппетита и насыщения большое значение имеет работа головного мозга. Прежде всего это центры голода и насыщения в гипоталамусе и соответствующие им образования в лимбической системе и коре больших полушарий. При этом роль основного звена с точки зрения формирования пищевой мотивации

принадлежит гипоталамусу, который не только обеспечивает вегетативную основу эмоционально-поведенческих реакций, но и управляет всеми основными гомеостатическими процессами, в том числе липостатом – системой, контролирующей постоянство веса тела (Зайчик, Чурилов, 2001). В 60-70-х годах XX века ученые пришли к единому мнению о локализации центра голода (аппетита) и центра насыщения, соответственно, в вентролатеральных и вентромедиальных ядрах гипоталамуса. Повреждение вентромедиального нервного центра гипоталамуса вызывает переедание, а повреждение латеральной зоны гипоталамуса приводит к потере аппетита.

Позднее было выявлено большое количество нейропептидов, регулирующих пищевое поведение. Были выделены 2 группы пептидов: стимулирующие (орексигенные) и подавляющие (анорексигенные) процесс потребления пищи. Так, в частности, установлено, что при повышении активности катехоламинов в центральной нервной системе пищевое поведение подавляется. Исследована и роль другого нейротрансмиттера – серотонина. Показано, что при повышении его уровня в гипоталамических структурах возникает чувство сытости и пищевое поведение подавляется, а при уменьшении – наоборот активизируется. Установлено, что повышение уровня серотонина особенно ярко выражено после употребления пищи, богатой углеводами или белками, что связано с особенностями обмена и прохождения через гематоэнцефалический барьер предшественника серотонина – аминокислоты триптофана (Campbell, 1991).

Наряду с катехоламинами и серотонином известен еще ряд веществ, так или иначе влияющих на пищевое поведение: нейропептид-У, холецистокинин, лептин, кортикотропин-релизинг-фактор, эндорфины, некоторые аминокислотные последовательности (фрагменты молекулы АКГГ) и др. Их влияние на потребление пищи различно. Снижение пищевой активности связывают с лептином и холецистокинином, а ее повышение – с нейропептидом У и эндогенными опиатами (эндорфинами) (Drewnowski et al., 1995; Lauterio et al., 1999).

Кроме того, сама пища, вернее – нутриенты, в ней содержащиеся, являются мощными регуляторами аппетита и пищевого поведения. Установлено, что чувство голода возникает при уменьшении содержания глюкозы в крови и в спинномозговой жидкости, а также гликогена в печени. К этому состоянию чувствительны афферентные волокна вагуса и «пищевые» ядра гипоталамуса. При восстановлении нормального содержания глюкозы наступает насыщение, и потребление пищи прекращается. Другими словами, организм довольно жестко контролирует потребление углеводов и их баланс. Обусловлено это, скорее всего, малой

емкостью депо гликогена. Действительно, по оценкам разных авторов, возможности накопления гликогена в организме не превышают 120–170 г (Кендыш, 1985).

Несколько иначе обстоят дела с потреблением жира. Согласно данным ряда исследований, увеличение количества жира в пище не приводит к адекватному уменьшению потребления других нутриентов, так что в целом потребление калорий возрастает (Lawton et al., 1994; Buemann et al., 1998; Carmichael, 1999). Эти исследования позволяют сделать вывод о том, что регуляция потребления энергии на фоне диеты с большим содержанием жира нарушается, что может привести к перееданию. При этом избирательное удаление жира из диеты не ведет к адекватному увеличению потребления других нутриентов и к полной энергетической компенсации дефицита жира (Pi-Sunyer, 1990). В отличие от углеводов, возможности накопления жира намного выше: его запасы могут достигать десятков килограммов. Видимо, этим обусловлено отсутствие тесной связи между потреблением жира и массой его запасов.

Выбор пищи зависит от комплекса физиологических, психологических и социокультурных факторов. При изучении влияния когнитивных факторов на чувствительность к внутренним и внешним признакам голода были получены данные, говорящие о том, что на субъективную оценку чувства голода и насыщения влияет не только калорийность пищи (небольшое чувство голода и выраженное ощущение сытости возникает после приема высококалорийной пищи, что указывает на нормальную чувствительность к внутреннему стимулу голода), но и представление о составе пищи; таким образом, внешние раздражители оказывают влияние на формирование ощущений голода и насыщения у человека (Ogden, Wardle, 1990).

Была создана также биопсихосоциальная модель контроля над аппетитом, где учитываются психологические, биологические, психосоциальные факторы, окружающие условия и связь между ними (Blundell, 1990). Экономические условия, жизненные события и стрессы, культурно обусловленные представления о нормах внешнего вида, образ тела – все это влияет на «концептуальную нервную систему» (когнитивные процессы, атрибуции, убеждения, настроения) и связанную с ней центральную нервную систему.

Таким образом, проблема изучения потребления пищи приобрела самостоятельное значение, она была отделена от проблем изучения процесса пищеварения (Коньшев, 1985; Вознесенская, Дорожевец, 1987). Самой простой формой пищевого поведения является прием пищи с целью

удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда является средством поддержания энергетического и пластического равновесия (Покровский, 1974). Однако пищевая потребность, будучи чисто биологической по своей природе у животных, у человека предстает в более сложном виде, являясь средством:

- разрядки психоэмоционального напряжения;
- чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности;
- поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворения эстетической потребности (Савенков, 1985).

1.1. Нарушения пищевого поведения: теории и модели

Пищевое поведение человека лежит в рамках континуума, включающего нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и, наконец, патологическое пищевое поведение. Несмотря на то что чрезвычайно сложно определить «нормальные» пищевые паттерны и что исследователи часто игнорируют отношения между нормальным и патологическим развитием пищевого поведения (Russ, 1998), существует определенная типология пищевого поведения и его нарушений.

«Справочник по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) предусматривает три вида нарушений пищевого поведения: нервную анорексию, нервную булимию и неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности расстройство по типу переедания, так называемые пищевые кутежи, или компульсивное переедание (Binge Eating) (см. разделы 1.2.1.-1.2.3. настоящей главы).

«Международная классификация психических болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в нашей стране, рассматривает «Расстройства приема пищи» (F50) в разделе F5 («Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами») и включает сюда нервную анорексию и нервную булимию.

В современных концептуальных классификациях психических и поведенческих расстройств нервную анорексию (НА) и нервную булимию (НБ) относят к нарушениям аффективного и обсессивно-компульсивного спектра либо рассматривают как особый вариант психосоматической патологии. Например, психогенные нервную анорексию (НА) и нервную булимию (НБ) относят к вегетозам, которые определяются как широкая группа заболеваний, основным звеном патогенеза которых является нарушение взаимовлияний центральной нервной, вегетативной нервной и иммунной систем, что приводит к нарушению вегетативного обеспечения функционирования различных эффекторных систем организма в поддержании гомеостаза (Парцерняк, 2002).

С другой стороны, нервная булимия часто сочетается со злоупотреблением психоактивными веществами. Данные экспериментально-психологического обследования наркологических и

булимических больных демонстрируют выраженное сходство этих групп (повышенная импульсивность, тревожность, сниженная самооценка, коммуникативные нарушения), так что есть основания думать, что теоретически булимия укладывается в модель аддиктивного поведения (Попов, Вид, 2000).

В литературе можно встретить расширенное толкование пищевых аддикций, куда относят и нервную анорексию, и булимию (Короленко, Дмитриева, 2000; Gold et al., 1997; Reid, Burr, 2000).

Ожирение – увеличение массы тела за счет избыточного отложения жировой ткани. Различают экзогенно-конституциональное ожирение вследствие несоответствия между поступлением и расходом энергии при наличии конституциональной предрасположенности; церебральное ожирение, связанное с заболеваниями головного мозга (воспалительный процесс, травма, опухоли), эндокринное ожирение, возникающее при патологии эндокринной системы (заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и др.).

Алиментарно-конституциональное ожирение является классическим психосоматическим заболеванием, приводящим к формированию вторичных невротических расстройств (Красноперова, 2001) (см. раздел 1.2.5. настоящей главы). В то же время причиной его возникновения является нарушение пищевого поведения, приравняемое к психическим расстройствам пограничного уровня (Stunkard et al., 1980, 1986, 1990). Таким образом, переедание (гипералиментацию) можно оценить как неполноценную форму психоэмоциональной адаптации (Вознесенская, Дорожевец, 1987). Нарушение пищевого поведения является одним из видов патологической адаптации, социально приемлемым видом аддиктивного поведения (Ротов и др., 1999).

Некоторые исследователи (Менделевич, Соловьева, 2002) относят аддиктивное поведение, в том числе и пищевую аддикцию, к психосоматическим заболеваниям, происхождение которых рассматривается в рамках поведенческих теорий.

Психосоматическая гипотеза, комбинирующая теорию социального научения с концепцией стресса, объясняет эмоциогенное пищевое поведение (см. раздел 1.2.4. настоящей главы) и ожирение (Bruch, 1961; Kaplan, Kaplan, 1957). Согласно этой гипотезе, ожирение является следствием неспособности проводить различие между чувством голода и состоянием тревоги, в результате чего человек реагирует на стресс как на голод, увеличивая потребление пищи, вследствие чего он приобретает избыточный вес. Переедание объясняется смешением внутренних

активационных состояний и чувства голода, что обусловлено ранним опытом (Van Strein et al., 1986); такая модель подчеркивает значение отношений мать-дитя в генезе ожирения. Когда мать предлагает еду в ответ на сигналы ребенка, свидетельствующие о голоде, у младенца постепенно формируется чувство голода, которое отличается от других потребностей и состояний дискомфорта. Если же реакция матери длительное время неадекватна, то по мере своего роста ребенок не обретает способности отличать состояние голода от других дискомфортных состояний. Чем шире диапазон точных реакций на различные выражения потребностей и импульсов ребенка, тем более точно ребенок учится разделять свои различные телесные переживания, ощущения, мысли и чувства.

Были выделены разнообразные по силе и длительности воздействия факторы, способствующие развитию нарушений пищевого поведения: конституционально-биологические, социально-психологические, микросоциальные, психогенные, соматогенные. В генезе формирования нарушений пищевого поведения роль и сочетание этих факторов неоднозначна. Механизмы возникновения пищевых нарушений также до конца не раскрыты. В частности, есть мнение, что они связаны с нарушением трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения (Leibowitz, Alexander, 1998).

Далее нам предстоит кратко рассмотреть основные теории возникновения психосоматических заболеваний, а также основные теории формирования аддикции, в первую очередь – пищевой.

1.1.1. Психосоматические теории и модели

В 1818 году немецкий врач из Лейпцига Хайнрот (Heinroth, 1818) ввел термин «психосоматический». Через 10 лет М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время дополняющее по отношению к «психосоматическому». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь столетие спустя. Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам (Deutsch, 1953), и с этого времени появилась психосоматическая медицина как «прикладной психоанализ в медицине».

Несмотря на то что слово «психосоматика» очень часто употребляется как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как

психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

Итак, психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) – научное направление, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить характеристиками какой-то одной подсистемы – психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей дает возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии (Малкина-Пых, 2004в).

Поэтому в настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением, которое:

- направлено на лечение заболеваний и, следовательно, находится в рамках медицины;
- исследует влияние эмоций на физиологические процессы, то есть является предметом исследования физиологии;
- как отрасль психологии исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
- как раздел психотерапии ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
- как социальная наука исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и

условиями жизни.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

1. Конверсионные симптомы. Невротический конфликт включает в себя вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрацию симптомов можно понимать как попытку решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примеры: истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

2. Функциональные синдромы. К этой группе относится большая часть «проблемных пациентов», которые приходят к врачу с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, касающихся сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, двигательного аппарата, органов дыхания или мочеполовой системы. Врач нередко теряется, сталкиваясь с подобной симптоматикой, в силу многообразия этих жалоб. Часто у таких больных выявляют только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, отсутствуют. В отличие от конверсионных симптомов, тут отдельный симптом не имеет специфического значения. Александр рассматривал такие соматические симптомы как сопутствующие феномены эмоционального напряжения и называл их органами невротизма (Александр, 2002).

3. Психосоматозы – психосоматические болезни в более узком смысле. В их основе лежит первично соматическая реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологическими изменениями и патологическими нарушениями в органах. Индивидуальная предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть «истинными психосоматическими болезнями», или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов: бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертензия, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. В последнее время этот круг расширился, и к «классическим психосоматозам» присоединились: рак, инфекционные заболевания и многие другие состояния, в том числе и нарушения пищевого поведения в виде нервной анорексии, нервной булимии, различных форм психогенного ожирения.

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая модель психосоматического заболевания. В последующем

ее вытеснили представления о том, что любое заболевание развивается при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен. Он определяется:

1. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
2. наследственной предрасположенностью к психосоматическим расстройствам;
3. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
4. личностными особенностями;
5. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6. фоном неблагоприятных семейных и социальных факторов;
7. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Эмоциональная реакция, главным образом в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринной моторной реакции и характерного ощущения страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферой. Защитные физиологические механизмы предотвращают развитие чувства страха, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью этот феномен и его патогенное действие. Это процесс торможения, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему, что приводит к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую систему органов, за функциональным этапом следуют морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор тут является причиной повреждения.

К психосоматическим заболеваниям относят такие нарушения здоровья, этиопатогенез которых – соматизация переживаний, то есть

соматизация, при которой защита психического равновесия ведет к нарушениям телесного здоровья. Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту – функциональный очаг патологической психической импульсации. Эта импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает негативные ощущения, что, в конечном счете, приводит к формированию патологического состояния. Таким образом, негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями таких больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора головного мозга становится более чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление выраженных соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любым незначительным нарушением деятельности внутренних органов и даже патологическим восприятием их обычной работы. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Ключевым звеном в этом процессе является долговременная память. Это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем выше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. На основе механизмов реверберации возбуждения и долговременной постсинаптической потенциации пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм – «следов памяти». В итоге запас уже сложившихся энграмм получает особое значение для развития психосоматических расстройств. Первостепенным фактором, обуславливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанный хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении человека. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях эти механизмы действуют на выбранный орган разрушительно.

Выбор органа зависит от корковых связей, влияющих на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующих степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно

эффе́кторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации взаимодействует с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему – патологическую, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Исследователи говорят о препсихосоматическом личностном радикале – о тех особенностях личности, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патологическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

В современной психосоматике различают предрасположенность, а также факторы, активизирующие и задерживающие развитие болезни. Предрасположенность – это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная склонность к тому или иному органическому заболеванию или неврозу. Толчком к развитию заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не позволяет отрицать основной диагноз. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь факторов: предрасположенность – личность – ситуация.

Таким образом, современное понимание патогенеза психосоматических заболеваний предполагает многофакторность. Предрасположенность, влияние окружающей среды, фактическое состояние среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – все это относится к факторам, способствующим развитию психосоматических заболеваний.

Существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний, а также способов их классификации. Мы рассмотрим наиболее популярные из этих концепций.

Характерология и типологии личности. В древности Гиппократ, а затем Гален описали разные типы темпераментов: сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Эрнста Кречмера (Кречмер, 1995) и Уильяма Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942) (см. разделы 2.2.1.-2.2.3. главы 2).

Классические работы характерологического направления в сфере психосоматики принадлежат американскому врачу Флендерс Данбар (F. Dunbar), которая на основе непосредственных клинических наблюдений определила у 80 % людей, имевших повторные несчастные случаи, характерный личностный профиль, который она назвала «личность, склонная к несчастьям». Это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, любящие приключения люди, которые живут одним моментом, а не для будущего, поддаются любому спонтанному порыву, не контролируют свою агрессивность в отношении других людей, особенно пользующихся авторитетом. При этом они проявляют тенденцию к самонаказанию, исходящую из неосознанного чувства вины. Этому профилю личности Данбар противопоставляет людей, склонных к жалобам на стенокардию и к развитию инфаркта миокарда. Это люди выдержанные, способные к целенаправленной деятельности и самообладанию, они в состоянии отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели. В современной медицине применение этого подхода приобрело большое значение в исследовании определенной типологии «личностей риска», как это, например, предлагает рабочая группа R. Rosenman и M. Friedman (1959, 1978), для выявления лиц с угрозой развития инфаркта миокарда (так называемого поведения типа А) – концепция, которая и сегодня привлекает большое внимание.

При этом, по мнению Данбар, лицам, страдающим психосоматическими заболеваниями, свойственны общие черты, такие как: (а) склонность к отстранению от реальности и недостаточная вовлеченность в текущую ситуацию наряду с (б) недостаточной способностью к словесному описанию своих эмоциональных переживаний.

Психоаналитические концепции. Научная основа, на которую в дальнейшем опирались психосоматические исследования, была заложена З. Фрейдом, который утверждал, что подавленные эмоции порождают конверсионные симптомы (конверсионная модель). Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные), принимая ту или иную символическую форму, порождают симптомы (Бройтигам и др., 1999).

К теориям данного направления относятся также: теория де- и ресоматизации Шура (Schur, 1974), модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1967), концепция потери объекта Фрайбергера (Freyberger, 1976 a, b), концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения, Митчерлиха (Mitscherlich, 1956 a,b).

Конверсионная модель 3. Фрейда. История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции Фрейда, который совместно с Брейером доказал, что «подавленная эмоция», «психическая травма» путем «конверсии» могут проявляться как соматические симптомы. Фрейд утверждал, что для этого необходима «соматическая готовность» – физический фактор, который имеет значение для «выбора органа».

Впервые идею конверсии Фрейд изложил в работах «Психоневрозы защиты» и «Исследования истерии». Под конверсией он понимает смещение психического конфликта и попытку разрешить его через различные телесные симптомы: соматические, моторные (например, различного рода параличи) или сенсорные (например, утрата чувствительности или локализованные боли). Тут психическое как бы превращается в соматическое. Либидо отделяется от бессознательных, вытесненных представлений, и его энергия направляется в соматическую сферу. Благодаря такому «переносу» либидонозного содержания из области психического в область телесного патогенный конфликт удаляется из сознания. В соматическом симптоме символически представлено содержание бессознательной фантазии.

Конверсионная модель особенно хорошо объясняет нарушения произвольной моторики (невротически обусловленные параличи и речевые нарушения). Она также полезна для понимания психогенных расстройств чувствительности, нарушений походки, ощущения кома в пищеводе при истерии (*globus hystericus*), определенных болевых состояний, мнимой беременности.

При этом Фрейд разработал важную концепцию диссоциации – активного процесса психологической защиты, механизма вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. Эмоция, которую невозможно выразить, превращается в физический симптом, представлявший собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом перед возможными последствиями этого. Симптомы не только позволяют маскировать нежелательные эмоции, но и представляют собой определенное наказание за запретное желание. Эти же симптомы обуславливают и получение

вторичных выгод от принятия роли больного. «Соматический язык» симптомов может также использоваться как средство коммуникации, когда последняя затруднена бессознательными, сознательными или социокультурными факторами. Такой способ общения свойствен инфантильной, незрелой, зависимой личности с невысоким уровнем образования и интеллекта. Коммуникативный эффект симптома проявляется в том, что, трансформируя тот или иной конфликт в физическое заболевание, он позволяет больному манипулировать социальным окружением, в какой-то мере снижая болезненность конфликтной ситуации.

Наряду с моделью конверсии Фрейд, рассматривая так называемый невроз тревоги, сформулировал вторую концепцию психосоматического возникновения симптомов, радикально отличающуюся от конверсии. Он обнаружил, что такие органические симптомы, как расстройства сердечной деятельности и дыхания, внезапные приступы потливости, дрожи, голода или поноса, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровождают тревогу в качестве «эквивалентов приступа тревоги» (психосоматический симптом как эквивалент приступа) и часто полностью заменяют его. Позже Фрейд причислил конверсию к вытеснению, а соматический эквивалент тревоги – к более примитивному защитному механизму проекции. Общей чертой обеих концепций является то, что органическая симптоматика тут рассматривается не просто как следствие нарушения физиологических функциональных связей, а как следствие переживаний и поведения.

Теория ре- и десоматизации М. Шура. М. Шур предложил модель десоматизации и ресоматизации. Согласно его мнению, в раннем детстве для человека характерно единое «психофизиологическое переживание». Аффекты в значительной мере связаны с сопровождающими их соматическими процессами. Например, ребенок испытывает страх (реакция на психическом уровне) и одновременно дрожит, потеет, у него учащается дыхание (реакция на соматическом уровне).

Дальнейшее развитие ребенка, согласно Шуру, представляет собой процесс десоматизации, в ходе которого либидонозные и агрессивные энергетические напряжения нейтрализуются и совершенствуются. Как психические, так и соматические механизмы становятся более зрелыми, центральная и вегетативная нервная системы дифференцируются, улучшается координация и произвольное управление движениями, совершенствуются процессы восприятия и активные движения ребенка. По мере взросления вегетативные процессы отвода либидонозного и агрессивного напряжения теряют свое былое значение.

Шур считает, что активные действия и соматические реакции постепенно заменяются речью и внутренними переживаниями. Однако в результате неблагоприятного события и стрессовых факторов нормальный процесс десоматизации может обернуться регрессией в форме ресоматизации аффекта. В ситуациях внутренней или внешней опасности происходит возвращение раннего соматического способа реагирования. Психосоматический симптом возникает, согласно Шуру, когда при сильной нагрузке нарушается психодинамическое равновесие и происходит внезапный прорыв бессознательного материала в форме преэдипальных или эдипальных инстинктивных желаний и механизмы защиты Я не срабатывают. Все формы психосоматических расстройств сопровождается «нарциссический регресс», который проявляется в органической симптоматике. В рамках концепции регрессивной ресоматизации функций Я можно установить связь между конверсионными симптомами и их органическими эквивалентами.

Теория переживаний потери объекта и теория отказа от веры в будущее. Переживания потери объекта чрезвычайно часто встречаются в начале психосоматического заболевания (Freyberger, 1976). Типичные примеры подобных переживаний: потеря близких (временная или длительная потеря контакта с родными) или привычной деятельности (профессии). Психосоматические больные не в состоянии адекватно переработать эти переживания. В силу лабильной самооценки они воспринимают утрату как нарциссическую травму, поэтому потеря остается непроработанной. И тут может наступить депрессия, при которой больным свойственны чувства отказа от борьбы и «брошенности» (« *giving up*» и « *given up*») (Engel, Schmale, 1967). После депрессии могут появиться телесные нарушения.

Энгель и Шмале (1967), признавая генетическую предрасположенность к заболеванию, в то же время рассматривали символический выбор локализации нарушения. Психосоматические заболевания – это, в значительной степени, нарушения в иммунной системе. Ослабление иммунной защиты связано с психологическим отказом от будущего, потерей веры и оптимизма. У пациентов возникает чувство потери, разрыва связи между прошлым и будущим, в результате чего они больше не могут позволить себе с доверием и надеждой смотреть в будущее. Жизнь кажется мрачной и больше не привлекает. При этом особое значение имеет жизненная ситуация в момент возникновения заболевания. Были описаны типичные аффективные состояния, характерные для комплекса « *giving up*» и « *given up*»: *отчаяние, депрессия,*

безнадежность, горе и печаль, чувство невосполнимой потери, беспомощность. Именно реальная или символическая потеря объекта либо угроза такой потери приводит к «отказу» от веры в будущее, что, в свою очередь, ведет к снижению иммунитета.

«Соматопсихически-психосоматическими» Энгель и Шмале (1967) называют заболевания, при которых предрасполагающие биологические факторы не только действуют с момента рождения или с грудного возраста, но и участвуют, прямо или косвенно, в развитии психического аппарата. Это не означает, что биологические факторы непременно играют главную роль; но на каком-то этапе «проблемная» соматическая система начинает специфическим образом воздействовать на психическое развитие.

Исходя из работ Энгеля и Шмале, Фрайбергер (Freyberger, 1976) выделяет следующие психодинамические факторы у психосоматических больных: *депрессия после потери объекта и на рц исического нарушения, орально-регрессивные черты характера*, агрессивная защита, ограничение способности к интроспекции.

Эти факторы, которые автор называет общим термином «прегенитальное нарушение созревания», влияют на предрасположенность к психосоматическим заболеваниям. С помощью «алекситимии» и «прегенитального нарушения созревания» Фрайбергер описывает «психосоматическую линию развития», которая у психосоматических больных включает такие компоненты, как «симптом», «конфликт» и «личностные особенности». При этом личностные особенности включают в себя следующие характеристики:

1. «Неуверенность Я» или «слабость Я»: недостаточная интроспекция, нарушенное «базисное доверие», сниженная толерантность к фрустрации с повышенной потребностью в зависимости, минимальная способность к освоению новых эмоциональных установок.

2. «Душевная пустота» вследствие сниженного чувственного переживания и механистичности мыслительных процессов наряду со сниженной способностью к психической переработке из-за недостаточного внутреннего соотнесения с неосознаваемыми фантазиями. Параллельно с этим имеет место компенсаторное выражение телесных ощущений и ипохондрических жалоб.

3. Орально-нарциссическое нарушение с яркой склонностью к непроработанным переживаниям потери объекта.

4. Защитное поведение, в частности – «жалобы и обвинения», за которыми стоит сильное стремление к зависимости от «ключевых фигур» с целью вновь завладеть утраченным объектом и компенсировать потерю.

Теория двухфазного вытеснения А. Митчерлиха. С ресоматизацией связана также концепция двухфазной психологической защиты (или вытеснения), предложенная Митчерлихом (Mitscherlich, 1954). При наличии неразрешенного внутриспсихического конфликта сначала можно наблюдать первую – психическую – фазу. Тут вследствие вытеснения или работы других форм психологической защиты происходит формирование эмоциональных и поведенческих расстройств, а также других невротических симптомов. Если же все эти средства недостаточны, наступает вторая – телесная – фаза конфликта, где на первый план выступают вызванные конфликтом соматические нарушения. При длительном существовании конфликта описанные фазы могут неоднократно чередоваться, что объясняет часто наблюдаемую в психосоматической клинике смену невротических симптомов и телесных расстройств (Любан-Плюцца и др., 1996).

Митчерлих представлял развитие психосоматического процесса в такой последовательности (Кулаков, 2003):

1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне:

1) при достаточной зрелости личности он пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (например, путем обсуждения соответствующих проблем, путем стратегий совладания) или посредством зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация);

2) в случаях, когда использования нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т. п.);

3) иногда защитные механизмы включают всю личность в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера.

2. Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим существованию конфликтом чисто психическими средствами, т. е. не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе. Это защита на психосоматическом уровне.

3. Современные психоаналитики выделяют еще и третий уровень защиты – психотическое симптомообразование (Кернберг, 2000). Наблюдения за многими пациентами, страдающими психозами,

показывают, что часто обострение психотического состояния у них сменяется психосоматическими расстройствами.

Когнитивный подход к специфике психосоматических расстройств – «схема тела» по П. Шильдеру. Понятие психической «схемы тела» было введено психоаналитиком П. Шильдером для описания системы представлений человека о физической стороне собственного Я, о своем теле, в виде своеобразной телесно-психологической «карты» (Schilder, 1950) (см. раздел 4.1. главы 4).

Схема тела тут рассматривается как биологическая, психологическая и социальная конструкция. Она предстает как динамически-историческая формация, складывающаяся из осязательных, зрительных, тепловых и болевых ощущений, а также импульсов со стороны вестибулярного аппарата, скелетной мускулатуры и внутренних органов. Схема тела тесно связана с инстинктивными потребностями, а также с межличностным опытом в социальной сфере. Поэтому нарушения схемы тела проявляются и в нарушениях отношений человека с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром в целом. Опираясь на эту концепцию, Шильдер рассматривает социальные отношения в целом как отношения между схемами тела.

При этом «схема тела» не является пассивной и «застывшей», раз и навсегда заданной. Напротив, она динамична и субъективна, так как формируется самим человеком в процессе активной деятельности. «Схема тела» конструируется из отдельных фрагментов – различных осознанных проявлений телесного в разнообразных жизненных ситуациях. Соответственно, пересечение представлений о внутреннем мире (о собственном теле) и мире внешнем (о конкретных жизненных ситуациях) создает «репрезентативный ключ», с помощью которого мысленные представления об определенных внешних событиях оживляют соответствующую «память тела» (в современной терминологии можно говорить о шаблонах, или паттернах, эмоционального реагирования). Так, например, «ключом» для сердца может служить представление об опасной, угрожающей ситуации; «ключом» для органов пищеварения – представление о недоброкачественной пище. Отсюда и непроизвольные, стереотипно повторяющиеся представления о негативных ситуациях (навязчивые негативные мысли, страхи), которые с помощью «ключей» неблагоприятно воздействуют на внутренние органы, приводят к их повреждению. Таким образом, в основе психосоматических нарушений могут лежать ошибки и «белые пятна» на психологической «карте» тела. В то же время гибкость «схемы тела» дает потенциальную возможность ее

пересмотра, исправления.

Шильдер подчеркивает, что схема тела – это крайне сложная психическая конструкция, состоящая из нескольких исторических слоев. Он предполагает, что она не только тесно связана с моторикой, но через нее могут контролироваться вегетативные функции, вероятно, через структуры промежуточного мозга. Таким образом, концепция Шильдера позволяет объяснить как нарушения моторики, проявляющиеся, например, в истерической конверсионной симптоматике, так и вегетативные расстройства в сфере психосоматических заболеваний.

Теория нарушения структуры Я Г. Аммона. Еще одна теоретическая концепция психодинамических механизмов возникновения психосоматических заболеваний была создана Г. Аммоном (Аммон, 2000). Психосоматическая реакция, в понимании автора, есть не результат вытеснения инстинктивных побуждений, а следствие нарушенного взаимодействия с окружающими, которое формируется в раннем периоде жизни, а затем закрепляется в дефицитарных функциях его личности и манифестирует во взрослом возрасте под действием социальных стрессоров.

Согласно Аммону (2000), психосоматическое заболевание – это выражение структурного нарушения Я. Оно говорит о том, что пациент уже при формировании соматического Я перенес повреждение в форме нарциссического дефицита, что сделало для него невозможным выход из симбиотической зависимости и обретение четких границ своей идентичности. Поэтому он в последующем развивает гиперадаптацию к требованиям внешней реальности в форме механического, лишённого смысла функционирования и реагирует на каждую ситуацию, в которой необходимо определить свою идентичность, бегством в ложную идентичность, характерную для психосоматического больного. Вместо вопроса «кто я?», связанного с экзистенциальным страхом, такой человек задает себе вопрос «что со мной?», на который постоянно ищет ответ. Иными словами, вопрос о собственной идентичности подменяется вопросом о симптоме, функционирующем как эрзац идентичности. При этом симптом представляет собой интроецированную мать раннего детства, которая в симбиозе отвергла потребность ребенка в активном определении и обретении четкой идентичности и была способна проявлять любовь и заботу лишь тогда, когда ребенок болел, так что вместо вопроса об идентичности ставился вопрос о симптоме.

Аммон (2000) выделяет две группы психосоматической симптоматики, которые он называет первичными или вторичными психосоматическими

заболеваниями. В первом случае затронуты первичные функции Я – это нарушения пищевого поведения, зрения, слуха, походки, речи. Симптоматика при этом генерализована, фиксирована и малоподвижна, она находит выражение в целостном соматическом процессе. При вторичном психосоматическом заболевании ступень формирования символов достигает уровня архаического языка органов. Симптоматика сильнее привязана к ситуации, чаще наблюдается смена симптомов.

В анамнезе психосоматических пациентов часто выявляется, что мать, которая не смогла найти собственную идентичность в своей семье, несет в себе нереалистично завышенный образ идеальной матери и идеального ребенка. При этом беспомощный и телесно несовершенный новорожденный воспринимается матерью как тяжелая нарциссическая рана, в особенности если его пол не соответствует желаемому. Мать изначально воспринимает ребенка как больное существо, а его соматические потребности – как оскорбление. Защищаясь от этого, мать навязывает ребенку свое собственное бессознательное требование совершенства, по большей части в форме жесткого контроля над всеми его проявлениями, в особенности – над соматическими функциями. На протест ребенка против такого насилия, оставляющего его потребности неудовлетворенными, мать реагирует непониманием и враждой. Лишь соматическое заболевание ребенка позволяет матери подтвердить бессознательное представление о себе как об идеальной матери и вознаградить за это ребенка вниманием и заботой.

При этом психосоматическое заболевание имеет двойную функцию:

1. Оно дает матери возможность избежать внутреннего конфликта амбивалентного отношения к ребенку и предоставляет ту форму взаимодействия с ребенком, которая созвучна ее бессознательным требованиям и страхам. Как мать больного ребенка она получает поддельную идентичность, позволяющую отграничить себя от ребенка.

2. Приспособление к бессознательному конфликту амбивалентности матери в форме болезни дает ребенку свободу для развития функций своего Я в других зонах.

При этом процесс межличностного перемещения симптомов не ограничивается лишь отношениями матери и ребенка. Он входит в бессознательную динамику всей группы первичных психосоматических заболеваний. Проявления психических и соматических расстройств в каждом случае указывают на нарушения межличностного процесса психосоматического развития, и поэтому всякая форма патологии, даже в форме индивидуального заболевания, восходит к патологическому

нарушению взаимодействия в группе, членом которой является больной и носителем симптомов которой он служит. То есть психосоматические нарушения индивидуума параллельны разрыву межличностных связей в группе, в которой он вырос и живет.

Теория специфического психодинамического конфликта Ф. М. Александера. Основателем современной психосоматики считается Франц Александер. Упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, в их рамках с соматическими проблемами работали исключительно на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ресоматизация и т. д.). Александер в 1950 г. предложил теорию, согласно которой симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выразить подавленное чувство, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Александер говорит о вегетативном неврозе в случае постоянного физиологического сопровождения эмоционального напряжения при отсутствии действия, направленного вовне и сбрасывающего напряжение. На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах (Александер, 2002).

Спектр хронически вытесняемых эмоций в значительной мере индивидуален, его специфику определяют личностные особенности пациента. Александер выявил определенную психосоматическую специфику тех или иных эмоций: вызываемые ими телесные нарушения проявляются именно в тех системах организма, с которыми данные эмоции имеют «сродство». Кроме того, существует уязвимость затронутых органов – либо конституциональная, либо приобретенная очень рано. Это было названо «икс-фактором»: уязвимость органа плюс специфические психологические особенности совместно ведут к развитию органических симптомов. При этом психосоматические пациенты обнаруживают склонность к повторению определенных негативных эмоций в конфликтных ситуациях. Подобные эмоциональные шаблоны связаны с «конфликтными констелляциями» в структуре личности, отражающими, по мнению Александера, конфликты раннего (превербального) периода жизни пациента. Впоследствии, в зрелом возрасте и в сходных жизненных ситуациях, эти ранние конфликты актуализируются. Тем самым для каждого пациента существуют определенные специфические внутриспсихические конфликты и соответствующий им набор внешних конфликтных ситуаций, «жизненных констелляций», вызывающих привычные негативные эмоции и, как следствие, – психосоматические нарушения. Поэтому данная модель психосоматики получила название

«теории специфических для болезни психодинамических конфликтов». То есть помимо психической конфигурации и «икс-фактора», существует третье условие, пусковой механизм, – это ситуация-ускоритель, влияющая на пациента. Человек со специфической уязвимостью органа и характерной конфликтной моделью заболевает соответствующей болезнью только в том случае, если случайный поворот событий в его жизни мобилизует его центральный конфликт, приводя к разрушению психической защиты организма.

Александр также предложил векторную теорию развития психосоматического симптома. Он рассматривает три вектора: 1) желание объединить, получить, принять; 2) желание исключить, удалить, отдать, израсходовать энергию для нападения, для нанесения вреда или какого-то действия; 3) желание сохранить, накопить. Специфический психический конфликт между тремя векторами влечет за собой нарушения в определенных органах.

Поведенческое направление в интерпретации психосоматических заболеваний. По мнению ряда авторов, в основе психосоматических заболеваний может лежать нарушение функционально-гедонистических соотношений, формирующих поведение, которое является результатом неправильного, неадекватного научения (Орлов, Гройсман, 1998). В рамках бихевиоризма термин «психосоматическое расстройство» трактуется достаточно широко, сюда относят разнообразные формы отклоняющегося поведения, в частности – аддиктивное поведение. Ключевыми тут являются такие понятия, как мотивация (система мотивов), адекватное или неадекватное опредмечивание (процесс, в результате которого та или иная потребность находит свой «предмет») потребностей, система ценностей личности. Поскольку данные понятия относятся к области психологических феноменов, формирующихся в процессе социализации, в ходе социально-психологического функционирования личности, в центре внимания при поведенческом подходе оказываются социальные и социально-психологические факторы психосоматической патологии.

В соответствии с этой моделью, формирование нарушений пищевого поведения может происходить еще в раннем детстве, когда пищевое поведение стимулирует страх наказания. Съедая пищу под угрозой страха, ребенок получает мотивацию защитно-оборонительного характера, а не истинного пищевого поведения. Тот же самый феномен может наблюдаться и при противоречивом поведении родителей в семье, где, например, пищевое поведение формирует мотивация любви («кого ты больше любишь – папу или маму?»). Вследствие такого неадекватного научения ребенок

будет всю жизнь «заедать» состояние тревоги, что может привести к состоянию «психологического обжорства», например – к неразборчивости в многочисленных сексуальных контактах, в социальных взаимоотношениях (Менделевич, Соловьева, 2002).

В дисгармонии потребностей, опредмеченных подобным образом, лежат истоки сахарного диабета, ожирения, анорексии, алкоголизма. Защитная реакция организма может также приводить не только к перееданию, но и к подавлению аппетита и к подростковой анорексии. Иногда гедонистические потребности извращаются, когда родители применяют отсроченное наказание ребенка и тем самым создают ситуацию, при которой боль от наказания воспринимается как удовлетворение или удовольствие на фоне тревоги, вызванной чувством вины. Происходит деформация консумматорного поведения, ведущая к формированию мазохистских склонностей, что проявляется в потреблении острых блюд (перца и острых приправ), в предпочтении водки легким спиртным напиткам.

Интегративные модели. Существует и другая самостоятельная линия развития психосоматической теории, основанная на изучении большого количества пациентов с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы. Это интегративные модели, к которым относятся: интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния Вайнера (Weiner, 1977), биопсихосоциальная модель Икскуля и Везиака (Uexkull, 1963, 1990 Wesiak, 1976), медицинская антропология В. Вайцзеккера (Weizsacker, 1949).

Интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Х. Вайнеру. Интегративный подход стремится учесть многочисленные факторы, которые влияют на предрасположенность к болезням, на поддержание болезни, особенности ее развития и их последствия для пациента, его семьи и общества, в котором он живет (Weiner, 1977). Многообразные взаимодействующие факторы могут быть генетическими, бактериальными, иммунными, пищевыми, психологическими, обусловленными поведением и социальными – одним словом, все заболевания имеют многофакторный генез.

Интегративная позиция ориентирована на процесс, а не на структуру. Сторонники этой позиции рассматривают страдание и болезнь как нарушение биологического приспособления, которое может приводить к анатомическим поражениям. Это нарушение может затрагивать разные уровни биологической организации – от психологической до иммунной, оно носит различные формы и может самыми разными путями приводить к

развитию одного и того же заболевания.

Среди людей, у которых имеются очевидные факторы риска развития определенного заболевания и которые подвержены одинаковым воздействиям в жизни, заболевают лишь немногие (Weiner, 1977); причем этих немногих нельзя определить заранее, несмотря на наличие известных факторов риска. Кроме того, факторы, связанные с появлением жалоб и болезни, часто, если не всегда, отличаются от факторов, которые определяют болезненный процесс. Согласно мнению Вайнера, психосоматические связи можно проследить вплоть до клеточных и гуморальных процессов.

Это интегративное воззрение предполагает многофакторный, нелинейный характер этиологии, течения и лечения страданий и болезней и пытается совместить широкий подход к здоровью и болезни с существующими знаниями о роли социальных и психологических факторов на каждой стадии страдания и болезни.

Биопсихосоциальная модель Т. Икскуля и В. Везиака. После Второй мировой войны Т. Икскуль (Th. Uexkull) изложил и теоретически обосновал оригинальную всеобъемлющую «биопсихосоциальную модель». Он критиковал основные положения «машинной модели», с помощью которой современная биологическая медицина пытается представить тело и его функциональную деятельность. Наряду с этим он критиковал и одностороннюю психоаналитическую модель болезни, которая предлагает, напротив, дифференциально-психологический образец развития человеческих отношений, оставляя тело (как неисторический механистический субстрат) вне поля зрения. Икскуль понимает психосоматическую медицину как «поиск потерянного живого тела». С этой точки зрения на первый план выступают основные задачи теории психосоматической медицины: создать модель отношений между организмом и окружающей средой и модель отношений между биологическими, психическими и социальными процессами. Что касается первой задачи, тут Икскуль и Везиак (Th. Uexkull, W. Wesiak, 1990) поддерживают модель функционального круга Якоба Икскуля (Бройтигам и др., 1999). Описание биопсихосоциальных функциональных связей авторы осуществляют с помощью теории систем и современной семиотики. Психосоматическая модель стремится разработать такую модель тела, которая бы соответствовала модели души, с тем чтобы врач мог увязать процессы, которые происходят на физиологическом и психологическом уровнях (Uexkull, Wesiak, 1991).

Икскуль (Uexkull, 1963), в соответствии с концепцией Кэннона

(Cannon, 1929), говорит о реакциях в экстремальных ситуациях, о болезнях готовности. В состоянии готовности свершается переход эмоций, вызванный, например, случаем, воспринимаемым как опасность, в телесную готовность. При этом тело полагается не на рассудок и, следовательно, не на объективные представления об опасности, а на эмоции и аффекты. Такая готовность может стать хронической, если ее первоначальная цель не осуществляется. По мнению Икссюля, заболевание развивается тогда, когда разрешение состояния готовности невозможно.

От заболеваний готовности автор отличает конверсионные синдромы, которые описывает как болезни выражения. В их основе лежит конфликт мотивов, который ведет к тому, что запрещенные мотивы, то есть желания, не сопровождающиеся действиями в результате внутренних запретов, выражаются в форме истерических симптомов, как «обломки действий». Эти симптомы имеют «значение выражения», они, в отличие от симптомов болезней готовности, доступны истолкованию как зашифрованная попытка выразить какое-то содержание.

Медицинская антропология В. Вайцзеккера. В. Вайцзеккер (V. Weizsacker) разработал психосоматическое учение о болезнях, в котором телесное и душевное понимаются как взаимодействие двух субстанций. Отправным пунктом данного подхода являются исследование страдания и беседа пациента с врачом, который старается понять это страдание. Таким образом, страдание тела обретает некий смысл в контексте жизни человека (Weizsacker, 1949).

Следующим шагом Вайцзеккера было изучение «биологических актов» (поддержание равновесия, прием пищи, осязание и т. д.) – закономерностей, которые определяют взаимодействие психофизических обусловленностей в отношениях с окружающей средой. Он не рассматривает их в рамках односторонней каузальной схемы или психофизического параллелизма; это непрерывная взаимообогащаемая и законченная телесно-психическая круговая связь. Данное явление Вайцзеккер назвал «кругом образов».

Идею «круга образов» автор далее развивал, исследуя физиологию чувств, и использовал как модель психосоматических связей. Душевное и телесное могут взаимно замещать друг друга. Суть отношений тела и души не в том, что они пребывают рядом (субстанциальное значение) и действуют друг на друга (динамическое значение), но в том, что они взаимно представляют и объясняют друг друга. Можно сказать, что человек при болезненных изменениях функций находит такое применение своим органам, которое физиологией не предусмотрено – во всяком случае такой

физиологией, которая рассматривает организм лишь как систему гомеостатического равновесия.

Все теоретические психосоматические положения Вайцзеккера основываются на беседах врача и больного, в результате чего история болезни пациента становится понятной из истории его жизни. Особую важность Вайцзеккер придавал тем периодам (он называл их термином «криз»), которые одновременно являются поворотным пунктом и характеризуются переворотом в соматических функциях. Критические пики возникают в ситуациях разлуки, при нарушениях привычного ритма жизни, которые вполне осознаются, но могут протекать и на неосознанном уровне. Вайцзеккер ввел понятие «замещение места», он понимал под этим процесс, в результате которого вместо душевных переживаний возникают соматические проявления, а вместо психофизических процессов – психические феномены, такие как желание или мысль. То, что человек вытесняет из сознания, продолжает действовать в теле, а то, что человек внедряет в сознание, теряет свою телесную силу (Weizsacker, 1940).

Кроме перечисленных выше психосоматических концепций и моделей, необходимо упомянуть следующие подходы и концепции.

Теория «функциональной асимметрии мозга»: концепции алекситимии, выученной беспомощности и поискового поведения. Изучение психологических особенностей психосоматических больных экспериментально-психологическими методами показало, что этой категории свойственны некоторые общие черты, такие как высокая личностная и эмоциональная тревожность, ригидность поведения, высокий уровень волевого контроля над эмоциями, неестественность в проявлении эмоций, наличие внутреннего конфликта, некоторое снижение интеллекта и стрессовое состояние. Все это свидетельствует о социальной дезадаптации больного, усиливающейся в период ремиссии заболевания и снижающейся в период рецидива. Это позволило высказать гипотезу о том, что в период рецидива психосоматического заболевания наблюдается восстановление социальной адаптации человека (Косенков, 2000).

На основании этих наблюдений была сформулирована следующая гипотеза возникновения психосоматической патологии (Косенков, 1997, 2000). По мере социальной адаптации происходит увеличение функциональной асимметрии мозга, которая не переходит определенной границы, обозначенной как «критическая зона». В случае социальной дезадаптации, когда функциональная асимметрия мозга переходит в «критическую зону», наблюдается возникновение психосоматической патологии, которая изменяет работу функционально асимметричных

физиологических систем организма и тем самым способствует выходу функциональной асимметрии мозга из критической зоны. Это приводит к ремиссии психосоматической патологии, которая может иметь различную длительность течения.

Существует несколько теоретических конструктов, обосновывающих наличие единого неспецифического фактора риска в возникновении и развитии психосоматических заболеваний, где используются представления о функциональной асимметрии мозга. Это концепции алекситимии, выученной беспомощности и поисковой активности.

Алекситимия представляет собой психологический симптомокомплекс, проявляющийся на различных уровнях: когнитивном, аффективном и поведенческом. Существенными чертами алекситимического конструкта являются: трудности в идентификации и описании своих чувств; неспособность к дифференциации чувств и телесных ощущений; недостаточность воображения и такие черты когнитивного стиля, как ригидность и конкретность (Семенова, 1993). Согласно концепции алекситимии П. Сифнеоса (Коростелева, Ротенберг, 1993), нарушения в когнитивно-аффективной сфере, снижающие способность вербализации аффекта, усиливают физиологический ответ на негативные воздействия внешней среды (что, собственно, и обуславливает появление соматической симптоматики).

Алекситимия характеризуется четырьмя типичными признаками разной степени выраженности в каждом отдельном случае (Бройтигам и др., 1999):

1. Своеобразная ограниченность фантазии. Пациенту трудно пользоваться символами, результатом чего является своеобразный тип мышления, который можно определить как «механический», «утилитарный», «конкретный». Речь идет о связанном с текущим моментом, ориентированном на конкретные реальные вещи мышлении, которое почти не затрагивает внутренние объекты, лишено колоритности, утомляет собеседника в разговоре и часто производит впечатление тупости. Оно организовано прагматически-технично и направлено на механическую и функциональную сторону описываемого.

2. Типичная неспособность выражать свои чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами. Он переживает чувства как нечто неструктурированное, во всяком случае – не передаваемое словами. Часто пациент описывает свои чувства через окружающих («моя жена сказала... врач сказал...») либо вместо чувств описывает соматические ощущения.

3. Примечательно, что психосоматические пациенты хорошо приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как «гипернормальность». Их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в психологических структурах, их отношения остаются на уровне конкретно-предметного использования объектов.

4. Из задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки субъект-объект вытекает неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его «ключевой фигуры»). Это объясняет тот факт, почему потеря (вымышленная или реальная) этой «ключевой фигуры» («потеря объекта») так часто оказывается ситуацией, которая провоцирует наступление болезни (или ухудшение ее течения).

Таким образом, алекситимия есть некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, которые предрасположены к специфически психосоматическим заболеваниям. Так, в исследованиях отечественных авторов было выявлено наличие алекситимии у женщин с ожирением (Вознесенская и др., 2000; Вахмистров и др., 2001; Минабутдинов, 1996; Герус, 1995). Зарубежные авторы (de Groot et al., 1995; de Zwaan et al., 1992; Jimerson et al., 1994) также отмечали высокую распространенность алекситимии у лиц с избыточным весом, как правило, сочетающуюся с депрессией. При этом прием пищи выступает у них в роли своего рода внутреннего регулятора эмоционального напряжения (de Zwaan et al., 1992). Алекситимию рассматривают и как фактор, предрасполагающий к ожирению, и как фактор, затрудняющий возможность избавления от избыточного веса (Wheeler, Broad, 1994).

Концепцию алекситимии можно связать с концепцией выученной беспомощности. Определяя выученную беспомощность как чувство отсутствия сопряженности результата и действия в целенаправленной деятельности, М. Селигман (Seligman, 1975) и его коллеги уделяют большое внимание особенностям атрибутивного стиля как фактора, влияющего на степень генерализации выученной беспомощности (именно генерализованная и стабильная выученная беспомощность является патогенным фактором в развитии заболеваний). Было показано, что люди с экстернальным локусом контроля значительно менее подвержены беспомощности и риск возникновения генерализованной беспомощности у

них значительно меньше, чем у лиц с интернальным локусом контроля. Наряду с этим, исследования (Gaillard, 1987) выявили значимую связь между преобладанием экстернального локуса и доминированием левого полушария. Исходя из этих данных, можно предположить, что склонность к формированию беспомощности у человека отрицательно связана с выраженностью функций, обеспечивающихся левым полушарием. Результаты исследования зависимости невротической тревоги от силы Я и влияния перечисленных факторов на феномен перцептуальной защиты (Ajwani, 1985, цит. по Коростелевой, Ротенбергу, 1993) подтверждают связь уровня тревоги с низкой силой Я. Исходя из данных (Зенков, 1994), свидетельствующих о связи образа Я, обеспечивающего интеграцию личности, а также уровня общей перцепции с функционированием правого полушария, можно предположить, что уровень непродуктивной невротической тревоги связан не столько с доминированием левого полушария, сколько с нарушением функционирования правого. Таким образом, нельзя исключить, что одним из факторов, обуславливающих быстрое развитие беспомощности у человека, является нарушение функций, обеспечивающихся правым полушарием.

Это позволяет установить гипотетические связи между алекситимией и выученной беспомощностью. Характерные признаки алекситимии (скудость фантазии, уплощенный аффект, конкретная технократическая манера мышления) позволяют заподозрить нарушение функционирования правого полушария. Эта гипотеза подтверждается экспериментальными данными (Taylor, 1985), демонстрирующими связь между степенью выраженности алекситимии и снижением функциональной полноценности правого полушария.

Тесно связанная с представлениями М. Селигмана и его коллег концепция поисковой активности (Ротенберг, Аршавский, 1984) позволяет объемнее представить проблему, связанную с влиянием и выученной беспомощности, и алекситимии на возникновение психосоматической патологии. Под поисковой активностью понимается деятельность, направленная на изменение внешнего или внутреннего плана ситуации при отсутствии определенного прогноза результатов деятельности. Такая концепция, во-первых, включает широкий круг личностных факторов, обуславливающих устойчивость человека к отрицательным воздействиям внешней среды (в отличие от концепции выученной беспомощности, учитывающей в основном лишь особенности атрибутивного стиля), а во-вторых, предполагает, что человек, переживающий состояние стресса, является не относительно пассивным объектом воздействия внешних

условий (каким его представляет концепция выученной беспомощности), но активным субъектом, реорганизуя или пытающимся реорганизовать дискомфортную ситуацию так, чтобы она стала приемлемой. Поисковая активность является общим, неспецифическим фактором, влияющим на резистентность организма к вредным воздействиям внешней среды. Согласно концепции поисковой активности, активное поведение в условиях неопределенности (поисковое поведение) является важнейшим фактором соматического здоровья, который предотвращает возникновение психосоматических заболеваний и повышает устойчивость организма к стрессу. Напротив, отказ от поиска является неспецифической и универсальной предпосылкой развития самых разных патологических состояний.

В работах, посвященных изучению влияния выученной беспомощности на патогенез соматических заболеваний, большое значение придается способности построения адекватного ситуации прогноза результатов деятельности. Наряду с этим, построение такого прогноза в большой степени связано с гармоничным взаимодействием полушарий мозга. При нарушении функционирования правого полушария отмечается тенденция к ограничению чувственных связей с миром, уменьшается способность к принятию мира во всей сложности, сильно ограничиваются адаптивные возможности психики. Ухудшение способности к построению образного контекста обуславливает неспособность к гибкому реагированию, построению адекватной ситуации стратегии поведения, что способствует возникновению и развитию психосоматических заболеваний.

Итак, и концепция алекситимии, и концепция поисковой активности выделяют один и тот же основной фактор, провоцирующий развитие психосоматических заболеваний: рассогласование функций полушарий мозга за счет нарушения функционирования правого полушария. Концепция выученной беспомощности также учитывает этот фактор косвенным образом, поскольку взаимодействие полушарий связано с направленностью локуса контроля, во многом определяющего степень генерализации беспомощности, а также с депрессией, моделью которой считается выученная беспомощность.

Представленные основные концепции психосоматической патологии показывают, что невозможно вычленить специфические психические или физиологические констелляции, которые бы объясняли весь спектр проявлений данного вида заболеваний.

Еще одно направление в психосоматических исследованиях представляют психофизиологически ориентированные модели

психосоматических расстройств.

Теория стресса (Cannon, 1929; Селье, 1960, 1979). Существуют экспериментально-психологические, клинико-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса, устанавливающие влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. К данному направлению относится большое число разнообразных подходов к изучению психосоматической патологии (например, стресс и адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания и т. д.).

Еще в 20-е годы физиолог У. Кэннон разработал теорию эмоций, где стенические отрицательные эмоции рассматривались как защитные реакции «борьбы или бегства». С этой точки зрения такие негативные эмоции, как гнев или страх, биологически целесообразны: они подготавливают организм к интенсификации мышечной активности, которая позволит успешнее вступить в схватку или спастись бегством. При этом активизируется симпатический отдел вегетативной нервной системы – в кровь выбрасывается адреналин, вызывающий учащенное сердцебиение, повышается артериальное давление, перераспределяется кровотоков, учащается дыхание, в крови повышается уровень глюкозы и холестерина. Все эти физиологические сдвиги необходимы организму для подготовки к двигательной активности – обеспечить мышцы кислородом и питательными веществами, чтобы развить максимальное мышечное усилие: вступить в схватку или спастись бегством. Этот механизм унаследован человеком от эволюционных предшественников и работает у него так же, как и у животных. Но если у первобытного человека такой механизм был исключительно важен для физического выживания, то для человека современного он создает одни лишь проблемы, ибо вступает в противоречие с правилами поведения в цивилизованном обществе. Сегодня в большинстве ситуаций ни физическая агрессия, ни простое бегство не помогают решить проблемы. И хотя человек, столкнувшись с неприятной информацией, внутренне напрягается, готовясь к действию (а соответственно, напрягаются мышцы, повышается давление и учащается пульс, чтобы обеспечить организм энергией), самого действия не происходит. Физиологические же сдвиги, представляющие собой вегетативное обеспечение неотрагированных эмоций, остаются. Со временем подобные хронические реакции могут приводить к формированию тех или иных заболеваний.

То, какой именно вид защитно-инстинктивной реакции включается в стрессовой ситуации: борьба или бегство, – зависит не только от самой ситуации, но и от индивидуально-типических особенностей человека. Это и характерологические, и психобиологические особенности, причем и на самом глубинном уровне – особенности метаболизма.

Как известно, реакция стресса, или универсальный адаптационный синдром, описанный физиологом Гансом Селье, в буквальном переводе означает реакцию напряжения. Имеется в виду в первую очередь напряжение адаптационных физиологических механизмов. В рамках данной модели психосоматические расстройства рассматриваются как «болезни адаптации». Таким образом, описанная выше реакция «борьбы или бегства» входит в реакцию напряжения как ее составная часть.

В соответствии со схемой протекания стресса, по Г. Селье первоначальную стадию стрессовой реакции составляет фаза тревоги. Это экстренная и в то же время краткосрочная адаптация, во время которой происходит «запуск» описанной реакции напряжения. Она обеспечивается, по представлениям Селье, за счет «поверхностной», легко доступной (как бы «по первому требованию») адаптационной энергии. На эндокринном уровне основными «действующими лицами» этой физиологической перестройки выступают в первую очередь гормоны мозгового вещества надпочечников – адреналин и норадреналин.

Далее в результате мобилизации ресурсов организма наступает фаза резистентности. Это стадия средне- и долгосрочной адаптации, на протяжении которой сохраняются и утилизируются рассмотренные физиологические сдвиги, способствующие повышенной сопротивляемости организма (реакция напряжения). На эндокринном уровне это обеспечивается повышением выработки гормонов коры надпочечников. По Селье на обеспечение подобного состояния затрачивается «глубокая» адаптационная энергия, истощение запасов которой может быть необратимым. Соответственно, если состояние повышенной сопротивляемости сохраняется длительное время, превышающее приспособительные возможности организма, истощающее его ресурсы, наступает фаза истощения, или срыв адаптации.

Учитывая, что основным видом стресса для современного человека является стресс психоэмоциональный (Бодров, 1995), психосоматические расстройства можно с полным правом назвать «болезнями неотреагированных эмоций». В современной трактовке они описываются как аффективно обусловленные или аффективно-соматические нарушения (Антропов, Шевченко, 2002). Способствуют формированию эмоционально-

стрессовых расстройств особенности эмоционального реагирования человека, тесно связанные с типологическими особенностями его личности.

Классическая условно-рефлекторная модель и кортико-висцеральная теория (И. П. Павлов). В 20-30-е годы XX в. И. П. Павлов с учениками создали физиологическую модель внутреннего психологического конфликта. В опытах над животными было обнаружено, что к развитию соматических нарушений приводит «сшибка» рефлекторных процессов, иначе говоря, одновременная активизация с помощью одного и того же условного стимула конфликтующих между собой безусловных рефлексов – например, пищевого и оборонительного. Таким образом, согласно этой модели, в основе психосоматических расстройств человека также лежит «сшибка» условных рефлексов, имитирующая ситуацию неопределенности, содержащую логически неразрешимые противоречия. Еще один физиологический механизм психологических срывов – образование «патологических» условных рефлексов.

Клиническим приложением павловской условно-рефлекторной теории стала кортико-висцеральная теория К. М. Быкова и И. Т. Курцина (1950-е годы), объясняющая происхождение внутренних (точнее – психосоматических) болезней следующим образом: кора головного мозга может непосредственно влиять на состояние внутренних органов (по механизму условных рефлексов), поэтому непосредственной причиной психосоматических заболеваний является нарушение динамики физиологических процессов (баланса возбуждения и торможения) на уровне коры головного мозга. Исходя из этих представлений был предложен неспецифический метод лечения внутренних болезней с помощью охранительного торможения (длительного искусственного сна).

Психоэндокринное и психоиммунное направление. Сюда относятся исследования (В. М. Успенский, Я. С. Циммерман, В. А. Виноградов, И. П. Мягкая) широкого спектра нейроэндокринных и нейрогуморальных феноменов у больных психосоматическими заболеваниями (психоэндокринное тестирование особенностей и уровня синтеза катехоламинов, гипофизарных и тиреоидных гормонов, специфика иммунограмм). Поиск «специфического нейрогормонального обеспечения» эмоционального реагирования показал, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейрогормональными сдвигами.

Синдром дефицита удовлетворенности , по К. Блюму (reward

deficiency), является еще одной физиологической моделью психосоматических и собственно психологических расстройств (Сандомирский, 2005).

Опыты на животных продемонстрировали нейрофизиологический механизм, который в естественных условиях лежит в основе возникновения чувства удовлетворения. «Центры удовольствия» мозга выделяют такие нейромедиаторы, как дофамин и серотонин, которые затем инициируют выброс так называемых эндогенных опиатов, или эндорфинов («эндоморфинов»). Что же касается человека, выброс эндогенных опиатов – «медиаторов счастья» создает у него ощущение физического благополучия, вызывает чувство удовлетворения (вплоть до блаженства), эмоциональную приподнятость (доходящую до эйфории). Недостаток же эндогенных опиатов вызывает тревогу и депрессию. Под действием различных факторов, связанных с неестественным (неэкологичным, нефизиологичным) образом жизни современного человека, этот биохимический механизм сбивается. Биологический «маятник» начинает раскачиваться между крайними положениями – «удовлетворенность» и «дискомфорт» – чаще и с большей амплитудой. В результате человек начинает обостренно чувствовать именно моменты дискомфорта и стараться скорее вернуться к удовлетворенности, однако нейромедиаторные ресурсы последнего состояния постепенно истощаются. Стремление устранить тревогу и депрессию приводит человека к попыткам восполнить лежащий в основе эмоционального дискомфорта биохимический дефицит с помощью следующих средств:

а) приема психоактивных веществ, что приводит к нарушению влечений, к разнообразным химическим формам зависимости (алкогольной, наркотической, никотиновой), а также к зависимости пищевой – к стремлению употреблять легкоусваиваемые углеводы, что приводит к перееданию;

б) поведения, связанного с риском, будь то навязчивое влечение к азартным играм или многие так называемые экстремальные виды спорта (включающие риск для жизни и здоровья);

в) повышенной агрессивности, в том числе – приводящей к антисоциальному поведению.

Следствием описанного эмоционального дисбаланса являются и разнообразные психосоматические расстройства, возникающие на тревожно-депрессивном фоне.

Кроме рассмотренных выше моделей, возникновение психосоматических заболеваний объясняется также в рамках следующих

концепций и теорий:

- психосоматический симптом как результат нарушения самоуважения, эго-психология Кохута;
 - психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений (М. Кляйн, Фейрберн, Винникот, Кернберг);
 - психосоматический симптом как результат ролевого конфликта (теория Морено);
 - психосоматический симптом как результат интроекции дисфункциональных базисных схем (когнитивные теории);
 - психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы;
 - «неполноценность органа» и ее психическая компенсация (А. Адлер);
 - базовая тревожность (К. Хорни);
 - модель психосоматических нарушений У. Глассера;
 - теория импрингинга;
- и ряда других.

В качестве обзорных работ, освещающих различные теории возникновения и развития психосоматических заболеваний, можно порекомендовать следующие: Бройтигам и др., 1999; Любан-Плоцца и др., 2000; Исаев, 2000; Кулаков, 2003; Малкина-Пых, 2004в; Сандомирский, 2005.

1.1.2. Модель пищевой аддикции

Термин «лекарственная зависимость» (или аддикция) был введен в 60-х годах XX века экспертами ВОЗ для обозначения привыкания к наркотикам и алкоголю. *Addictus* – это юридический термин для человека «подчиняющегося, осужденного». Метафорически аддиктивным поведением называется глубокая, рабская зависимость от некоей власти, непреодолимой силы, которая обычно воспринимается как исходящая извне, будь то наркотики, алкоголь, сексуальный партнер, пища, деньги, то есть любая система или объект, требующие от человека тотального подчинения (Усков, 2000).

Зависимости – одна из наиболее актуальных проблем здоровья человека, которая может иметь социальные, биологические и психологические причины. Пациенты с зависимостями обращаются за помощью к специалистам разных направлений: наркологам, эндокринологам, диетологам, психотерапевтам, психологам, специалистам в области нетрадиционной медицины и др. Но психотерапевтический опыт показывает, что источником зависимого поведения чаще всего являются сложные нарушения личности (Малкина-Пых, 2006а). Это может быть

непроработанный негативный опыт разных периодов жизни, приводящий к внутреннему дискомфорту, к неспособности противостоять неудачам и трудностям, к отсутствию четких ориентиров в жизни, к неумению «быть взрослым» и отвечать за свою жизнь, к развитию невротических черт личности и т. д. Неразрешенная внутренняя проблема может привести к использованию «заместителей» неудовлетворенных потребностей. Вот почему у разных форм зависимостей: переедания, алкоголизма, табакокурения, наркомании, азартных игр, злоупотребления шоколадом и кофе, созависимости и зависимости от работы или от секты – один и тот же механизм происхождения. Поэтому зависимости можно назвать также компенсаторным поведением или неадекватной формой защиты личности (Каменская, Радченко, 2001). Различные теории, объясняющие механизм возникновения зависимостей, в том числе и пищевых, будут рассмотрены далее в настоящем разделе.

Аддиктивное поведение – более общий термин, чем зависимость. Под аддиктивным поведением имеется в виду стремление к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается интенсивными эмоциональными переживаниями. Процесс употребления того или иного вещества, изменяющего психическое состояние, привязанность к предмету или участие в активности принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает воли к противодействию аддикции (Короленко, Донских, 1990).

Аддиктивное поведение – это широкий спектр патологии различной степени тяжести, от поведения, граничащего с нормальным, до тяжелой психологической и биологической зависимости (Завьялов, 1988; Шейдер, 1998). Основным проявлением психологической зависимости является обсессивное влечение, для которого характерны постоянные или периодические поиски вещества, постоянные мысли о нем, подъем настроения в предвкушении его употребления, чувство подавленности, неудовлетворенности в его отсутствии. Психическое влечение меняет социальную ориентацию больных и перестраивает их межличностные отношения (Дресвянников и др., 1996).

В развитии аддиктивного поведения играют роль средовые, конституционально-биологические, микросоциальные (семейные), половые, психологические факторы (Wursmer, 1987). Считается, что ведущую роль в формировании аддиктивных расстройств играют определенные психологические особенности человека: снижение

способности переносить трудности повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешней демонстрацией превосходства; поверхностная социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление обвинять других; стремление уйти от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность (Короленко, 1991; Красильников, Гирич, 1999). Эти черты в различных сочетаниях встречаются в преморбидном периоде, что позволяет считать их фактором, предрасполагающим к развитию аддикции. Для аддиктов также характерны стремление к контролю, эгоцентризм, дуализм мышления, желание произвести ложное впечатление (отрицание проблем, демонстрация благополучия), ригидность, задержка духовного развития. У больных данной категории с постоянством выявляются личностные аномалии, которые способствуют различным реакциям и нарушениям поведения, они формируются еще в преморбидном периоде и могут расцениваться как признаки психического диатеза.

К макросоциальным факторам, влияющим на развитие аддиктивного поведения, относят дезинтеграцию общества и нарастание социальных изменений при невозможности некоторых членов общества своевременно к ним адаптироваться. Среди микросоциальных факторов, способствующих возникновению аддиктивного поведения, выделяют семейные и внесемейные взаимодействия, которые определяют индивидуальные реакции, особенности общения, систему предпочтений индивидуума. Их влияние может быть как конструктивным (поддержка развития и продуктивного общения, развитие взаимопонимания), так и деструктивным (фиксация на страхе, комплексе вины и неполноценности). Семья воздействует на психологическое состояние ребенка уже в самом раннем периоде его жизни. Появлению аддикций способствует такой фактор, как невозможность установить четкие границы между членами семьи, что приводит к незнанию круга обязанностей, уходу от ответственности и стремлению избавиться от чувства вины. Такой человек в повседневной жизни в любой ситуации стремится к психологическому комфорту, но это не всегда удается, и поэтому он погружается в ту или иную аддикцию или «пагубную привычку». В основе практически всех зависимостей лежит внутриличностный конфликт или противоречия, с которыми личность не может справиться, не прибегая к уходу от реальности с помощью психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков) или фиксируя внимание на определенных предметах или видах деятельности (Завьялов, 1988).

Поэтому «зависимая личность» представляет собой личностное нарушение.

Нехимическими называются аддикции, при которых объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не психоактивное вещество. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин *поведенческие аддикции*. Первую классификацию нехимических аддикций в России предложил Ц. П. Короленко (Короленко, 1993; Короленко, Дмитриева, 2000). Им выделены непосредственно *нехимические аддикции*, к которым относятся азартные игры (гемблинг), аддикция отношений, сексуальная, любовная аддикции, аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег, ургентная аддикция, а также *промежуточные аддикции*, к которым относятся аддикции к еде (переедание и голодание) (Егоров, 2005).

Как уже говорилось и как показывают многочисленные зарубежные и единичные отечественные исследования, в основе всех вариантов аддикций лежат единые механизмы. Выделяют шесть компонентов, универсальных для всех аддикций: «сверхценность», эйфория, рост толерантности, симптомы отмены, конфликт с окружающими и самим собой, рецидив (R. Brown, 1993).

Развитие теории аддиктивного поведения отражает всю историю психоаналитического мышления. В современной психодинамической психотерапии представлены три основных направления психоаналитической теории: эго-психология, берущая свое начало из классической теории психоанализа Фрейда и последующих работ таких авторов, как Якобсон и Гартманн; теория объектных отношений, возникшая из работ представителей Британской школы – Винникотта, Балинта и др.; Я-психология, принципы которой сформулировал и разработал Хайнц Кохут, исследуя нарциссические расстройства личности (Красноперова, Красноперов, 1998).

Эго-психология представляет интрапсихический мир как мир конфликтов. Как и остальные аналитические направления, эго-психология уделяет особое внимание вопросам развития. Ранняя теория Фрейда, связанная с эрогенными зонами и фазами: оральной, анальной и генитальной, – говоря о психосексуальном развитии аддиктивных пациентов, делает акцент на оральной стадии (Фрейд, 1989). В эго-психологии влечения (либидинальные и агрессивные) – первичны, объектные отношения возникают как вторичные. Иными словами, основной задачей младенца является разрядка напряжения, возникающего под давлением влечений. Напротив, теория объектных отношений утверждает, что влечения появляются в контексте отношений внутри диады

«ребенок-мать». Британская школа объектных отношений утверждает, что для полного психоаналитического понимания личности необходимы и теория дефицита, и теория конфликта. Исследования М. Малер (Mahler, 1958) способствовали пониманию патогенеза пограничных состояний, при которых психологический дефицит становится причиной определенной модели поведения. В эту группу входят и пациенты с аддиктивными формами поведения.

В Я-психологии, разработанной Кохутом (Kohut, 1977), пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности Я. Кохут изучал пациентов, которые жаловались на депрессию, чувство пустоты, неудовлетворенность своими отношениями с окружающими. Их самооценка была крайне уязвимой к любым проявлениям неуважения. Будучи детьми, эти пациенты страдали от неспособности родителей выполнять свои родительские функции, в частности поддерживать потребность детей в идеализации своих родителей. Выделение роли родительских неудач в попытке поддержать самоуважение ребенка, впоследствии склонного к аддиктивному поведению, характерно для работ Эдварда Ханзяна (Khantzian et al., 1990).

Аддиктивное поведение тесно связано с компульсивностью, которая входит в самую сущность невротического процесса (Wurmser, 1984). «Визитной карточкой» невротического процесса является его компульсивность – ненасытность, автоматичность и бесконечная повторяемость («навязчивые повторения») (Kubie, 1953). Вторая характерная черта невроза – это поляризация противоположностей, разделение всех оценок по полюсам: плохое и хорошее, чистое и нечистое, любовь и ненависть в их крайних проявлениях («критерий полярности»). Тесно связан с этим и третий критерий – чувство абсолютности и глобальности большинства переживаний, требование тотального эмоционального или когнитивного понимания себя и мира («нарциссизм»). Эти три характеристики являются основными при описании как любого невротического процесса, так и аддиктивного поведения (Wurmser, 1974).

Есть мнение, что аддиктивная личность – это гедонистический индивидуум, интересующийся только погоней за удовольствием. Но существует и иная точка зрения, утверждающая, что зависимость развивается как результат длительных невротических конфликтов, структурного дефицита, генетической предрасположенности, семейных и культурных условий, а также влияний окружающей среды. У каждого человека присутствует ядро аддиктивных процессов, которое проявляется в

таких мягких формах, как пристрастие к еде, табаку, сладостям или кофе. По мнению некоторых исследователей, отношения «дитя-мать», превратности на раннем этапе формирования Эго и на этапе последующего созревания, способствующие фиксации и поддерживающие регрессию, играют тут решающую роль и определяют форму зависимости (Savitt, 1954).

Выдвинутое первыми психоаналитиками предположение о том, что все случаи зависимости представляют собой регрессию к оральной стадии психосексуального развития, сменила иная концепция, согласно которой все случаи аддиктивного поведения имеют защитную и адаптивную функцию. Сегодня многие психоаналитики считают, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и нарушение способности к самозащите (Khantzian et al., 1990). Некоторые психоаналитики (Blatt et al., 1984) провели углубленное исследование зависимого поведения и выявили ряд факторов, его вызывающих: потребность в контейнировании агрессии, страстное желание удовлетворить стремление к симбиотическим отношениям с материнской фигурой, желание ослабить депрессивное состояние. Аддикты ведут непрестанную борьбу с чувством стыда и вины, с ощущением своей никчемности и повышенной самокритичностью.

Причина всех аддиктивных расстройств – это страдания, которые аддикт пытается облегчить с помощью алкоголя, еды и т. д. и которые отражают трудности в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства, самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе (Khantzian et al., 1990). Анализ клинической работы с аддиктивными пациентами свидетельствует о наличии у них серьезных проблем, суть которых в неспособности управлять своими аффектами, поддерживать здоровые отношения с окружающими, а также адаптивно изменять и контролировать свое поведение. Обширная психопатология, включающая в себя существенную дефицитарность мотивационно-аффективной сферы, неспособность заботиться о себе и контролировать свои импульсы, предопределяет возникновение аддикции (Khantzian et al., 1978). Аддиктивные пациенты страдают от того, что не чувствуют себя «хорошими» и поэтому неспособны удовлетворить свои потребности, они мечутся между самопожертвованием и эгоцентризмом, когда требования быстро сменяются презрительным отвержением помощи и отказом принять свою потребность.

Многие аддиктивные пациенты неспособны дифференцировать свои

эмоции, склонны соматизировать аффект и не могут выражать свои чувства словами (Krystal, 1988). Они не могут идентифицировать у себя различные эмоциональные состояния, например отличить тревогу от депрессии, рассказать, больны ли они, устали или голодны, испытывают печаль или гнев. Один исследователь считает, что основой аддиктивных расстройств является «дефект аффективной защиты» (Wursmer, 1974). Вещества, вызывающие зависимость, являются для аддиктов «корректорами или протезами» (Wieder, Kaplan, 1969), так как они помогают компенсировать дефицитарность защиты от сильных эмоциональных переживаний. Шиффер (Schiffer, 1988) описал феномен «продления боли», когда аддиктивные пациенты намеренно продлевают состояние дистресса, продолжая активно употреблять вещества, вызывающие зависимость, чтобы повторять оставшуюся неразрешенной боль, пережитую на ранних стадиях развития. От чувства беспомощности в травмирующей ситуации и от неспособности контролировать переполняющие эмоции личность защищается «толстой коркой» нарциссизма – грандиозностью и самовозвеличиванием, презрением и холодностью, идеализацией и подчинением. Все это часто прикрыто поверхностной любезностью, дружелюбной уступчивостью и податливостью. Разрываясь между страхом перед унижающей внешней силой и нарциссическими потребностями, имеющими защитную природу, такой человек приобретает выраженную нестабильность и ненадежность (Wurmser, 1974).

Существует также и теоретическая нейробиологическая модель (Milkman, Sunderwirth, 1987) для понимания того, как психоактивные вещества и разные виды поведенческой активности могут вызывать сходный аддиктивный эффект. Людям, пытающимся удовлетворить какое-либо желание, свойственны три основных типа реакции: возбуждение, пресыщение либо усиление пристрастия или поглощенности объектом. Возбуждение сопровождается увеличением выброса медиаторов дофамина и норадреналина, пресыщение – гамма-аминомасляной кислоты, а усиление пристрастия – серотонина. Типы поведения, связанные с частой сменой настроения, могут вызывать те же реакции, что и прием психоактивных веществ, индуцирующих изменение настроения, при этом некоторые типы действия психоактивных веществ соответствуют определенным типам поведения. Например, возбуждения можно достигнуть при помощи стимуляторов (кокаин, амфетамин), азартной игры или рискованного поведения. Все это увеличивает выброс норадреналина или дофамина. Алкоголь и бензодиазепины, а также чрезмерное потребление пищи или просмотр телевизионных передач помогает снять

напряжение, успокоиться. Другими словами, аддикция представляет собой поведение, куда входит потребление веществ или совершение поступков, когда последние и сами могут вызывать нейрохимические изменения, подобные возникающим в результате потребления экзогенных веществ.

Основным диагностическим критерием всех видов аддикций («расстройств зависимого поведения») некоторые авторы (Менделевич, Садыкова, 2003) считают наличие измененных состояний сознания в момент реализации аддиктивного стремления, которые феноменологически относятся к «особым состояниям сознания» и «сумеречным расстройствам сознания». Также есть мнение, что по своей феноменологической сущности все аддикции (пристрастия) близки к психопатологическому понятию сверхценной идеи (Егоров, 2004).

Нехимические аддикции часто сочетаются с другими нарушениями: аффективными и обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, невротами и химическими зависимостями (Менделевич, 2003; Schneider, Irons, 2001; Lejoyeux et al., 2002). Сочетание невротических расстройств и нехимических аддикций, по мнению А. Р. Назмутдинова (2000), представлено тремя основными вариантами: невроз, манифестировавший на фоне ранее сформировавшейся зависимости (при наличии дополнительных патогенетических моментов, каким, например, является психотравма); длительное невротическое состояние, на фоне которого как специфический механизм психологической защиты развивается аддиктивное поведение; невротические и аддиктивные расстройства, развивающиеся и протекающие параллельно, относительно изолированно друг от друга, но имеющие общие этиопатогенетические и патопластические феномены.

Таким образом, механизмы формирования зависимого поведения до настоящего времени объясняют самыми разными теориями (Менделевич, Садыкова, 2003). Существуют взаимоисключающие точки зрения относительно роли церебральных, психогенных и личностных факторов в становлении данного вида поведенческих расстройств. Проблема этиопатогенеза зависимостей лучше всего представлена в работах, посвященных сфере парафилий и наркологии, где акцентируется значимость врожденных или приобретенных церебральных нарушений (Андреев и др., 2001; Бухановский и др., 2001; Ткаченко, 1999; Шостакович, Ткаченко, 1991). Противоположной точки зрения придерживаются психологи, изучающие игровую зависимость, интернет-зависимость, нарушения пищевого поведения, религиозный фанатизм и раскрывающие личностные механизмы формирования девиаций поведения

(Братусь, 1988; Братусь, Сидоров, 1984; Дереча, 2001; Короленко, Донских, 1990; Петровский, 1992; Шабалина, 2001).

Вопрос о связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей, в частности – качеств зависимой личности, также остается открытым. В соответствии с указаниями в МКБ-10, расстройство личности зависимого типа диагностируется на основании следующих критериев:

1. неспособность принимать решения без советов других людей;
2. готовность позволять другим принимать важные решения;
3. готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при понимании их неправоты;
4. затруднения при самостоятельном выполнении какого-то дела;
5. готовность добровольно идти на выполнение унижительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих;
6. плохая переносимость одиночества – готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать;
7. ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь;
8. страх быть отвергнутым;
9. легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрения со стороны.

Немногочисленные исследования вопроса о связи аддиктивного поведения с характеристиками зависимой личности пока еще не позволяют утверждать, что между ними существует корреляция. Ряд теоретических и экспериментальных исследований типичных психологических параметров зависимой личности (Брагина и др., 2001; Бухарова, Менделевич, 2001; Бухарова и др., 2001; Менделевич, 1998; 2000; 2001; Менделевич, Менделевич, 1999; Менделевич, Садыкова, 2002; Менделевич, Соловьева, 2002; Менделевич и др., 2001; Узелевская и др., 2001; Фролова, Менделевич, 2001) позволил их уточнить; к самым существенным из них можно отнести следующие: инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и высокая поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым. Имеются указания как на психологический, так и на психофизиологический механизм формирования этих черт, хотя их генез малоизучен.

Можно также утверждать, что место пищевой аддикции среди всего многообразия типов аддиктивного поведения пока изучено недостаточно.

Как уже говорилось, некоторые авторы относят переедание и голодание к группе промежуточных аддикций; другие считают, что нервная анорексия и булимия являются иными психопатологическими феноменами, нежели аддикция. Причиной нервной анорексии, как правило, являются дисморфофобические переживания, связанные с недовольством собственной внешностью, в том числе и излишним весом. «Недостатки» фигуры, с точки зрения больного, настолько бросаются в глаза окружающим, что последние всячески «дают понять», насколько больной уродлив и непривлекателен. В рамках нервной анорексии встречается булимическая форма. Кроме того, булимия встречается как психопатологический симптом в рамках многих других психических расстройств: органических заболеваний головного мозга, умственной отсталости, шизофрении и т. д. (Егоров, 2005).

Существуют два варианта возникновения *аддикции к голоданию* : медицинский и немедицинский (Короленко, Дмитриева, 2000). При медицинском варианте аддикция развивается после разгрузочной диетотерапии. Фаза вхождения в голод характеризуется трудностями, связанными с необходимостью подавить аппетит. Затем состояние меняется – появляются новые силы, аппетит исчезает, повышается настроение, усиливается двигательная активность, невротические проявления редуцируются. Некоторым пациентам нравится состояние голода, когда уже исчез аппетит, и они стремятся его продлить. Повторное голодание осуществляется уже самостоятельно. На уровне достигнутой с помощью голодания эйфории происходит потеря контроля, и человек продолжает голодать даже тогда, когда это становится опасным для здоровья, утрачивая критическое отношение к своему состоянию.

При немедицинском варианте голодать начинают самостоятельно с целью похудения, иногда, отдавая дань моде, для этого используют необычную диету. Одним из психологических механизмов, провоцирующих голодание, является желание изменить себя физически, выглядеть лучше, соответствовать модному на сегодняшний момент образу. Другой механизм, имеющий тут большое значение, заключается в самостоятельной постановке задачи и ощущении удовлетворения и гордости от ее выполнения. По мере голодания появляются признаки физического истощения. Контроль теряется, поэтому попытки окружающих повлиять на ситуацию ни к чему не приводят. Аддикты живут в воображаемом мире; у них возникает отвращение к еде, а жевательную резинку или зубную пасту, попавшую в рот во время чистки зубов, они считают достаточным количеством еды (Короленко, Дмитриева, 2000).

В отдельную категорию выделяют так называемую « аддикцию к шоколаду» (« *chocolate addiction*» , « *chocoholism*») (Савчикова, 2005). После известной статьи В. Ди Марцо и его коллег в журнале «Nature» (1998), где говорилось, что шоколад и продукты из какао-бобов обладают аддиктивным действием из-за присутствия в них соединений, близких к эндогенным каннабиоидам, появилось большое количество работ, посвященных этому виду аддикции (Rogers, Smith, 2000).

Широко распространено мнение, что важным мотивом поедания шоколада является улучшение настроения. Действительно, употребление шоколада влияет на настроение, но влияние это далеко не однозначно. Как пишут в своем обзоре британские исследователи Роджерс и Смит (Rogers, Smith, 2000), употребление шоколада может приводить как к усилению положительных эмоций и снижению тревоги, так и к возникновению чувства вины, негативных эмоций, злости, депрессии при переедании. Авторы подвергают критике мнение ряда исследователей об аддиктивном действии шоколада как психоактивного вещества, поскольку концентрация в нем веществ, обладающих этим действием, ничтожно мала по сравнению с теми же чаем и кофе. В одном исследовании (Rozin et al., 1991) было установлено, что эта аддикция шире распространена среди женщин и прямо связана с месячным циклом – поедание шоколада характернее для периода предменструального напряжения.

Тем не менее Роджерс и Смит (Rogers, Smith, 2000), проанализировав большое количество публикаций, приходят к выводу, что шоколадной аддикции как самостоятельной формы аддикции не существует. Отвечая на вопрос, почему некоторые люди называют себя «шокоголиками», авторы объясняют это психологическим процессом самоограничения в питании, амбивалентным отношением к поеданию пищи и тем, что ей приписываются определенные характеристики – причем все эти механизмы действуют наряду с нормальными механизмами контроля над аппетитом, гедонистическим действием конкретной пищи, а также социально и культурально детерминированным восприятием данной пищи. Амбивалентность («приятно, но грешно») по отношению к шоколаду происходит из того, что это очень вкусная, но недиетическая пища, поэтому шоколад лучше поедать скрытно. Вместе с тем скрытное поедание еще больше усиливает желание, которое и именуется «тягой». Таким образом, в основе «тяги к шоколаду», по мнению авторов, лежит культурально обусловленная необходимость поедать его скрытно. Эти же авторы ставят под сомнение существование пищевой аддикции в целом (Савчикова, 2005).

Другая точка зрения представлена в обзоре М. Пельчат (Pelchat, 2002) из Филадельфии, США, которая считает, что существуют сходные механизмы развития пищевой и химической зависимости. В отличие от своих коллег, автор уверена, что именно понимание самим человеком наличия аддикции, в том числе и пищевой, является лучшим показателем ее присутствия. Свою точку зрения она отстаивает, опираясь на данные нейрохимических исследований различных форм аддикции. В пользу общих механизмов пищевой и химической аддикции свидетельствуют и данные Морабиа с коллегами (Morabia, 1989) об эпизодах неконтролируемого влечения к сладостям у алкоголиков и наркоманов, находящихся в ремиссии.

Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде агента, применяя который человек уходит от субъективной реальности (Короленко, Дмитриева, 2000). В момент фрустрации возникает стремление «заесть» неприятность. Это приносит удовлетворение, поскольку происходит фиксация на вкусовых ощущениях и вытеснение неприятных переживаний. Может появиться и стремление увеличить продолжительность приема пищи: есть дольше и больше. Согласно одному из исследований, проведенных в США, почти 100 % молодых женщин и около 70 % молодых мужчин сообщили, что у них был хотя бы один эпизод неодолимой тяги к пище в течение последнего года. У пожилых лиц (после 65 лет) частота таких эпизодов снижается (Pelchat, 1997).

Согласно одной из гипотез, пища обладает аддиктивным потенциалом, если в ней содержится повышенное содержание углеводов, которые усиливают выработку серотонина в мозгу и тем самым улучшают настроение (Wurtman et al., 1981; Wurtman, Wurtman, 1992). В этом случае переедание сводится к «самолечению» пониженного настроения с помощью углеводов пищевых продуктов (их больше в высококалорийных продуктах, таких как картофельные чипсы, гамбургеры и т. д.). Однако рацион, в котором отсутствует триптофан (аминокислота, перерабатываемая в мозгу в серотонин), приводит к снижению настроения, хотя этот эффект возникает не сразу (Young et al., 1985). Поэтому эмоциональный эффект углеводов, возникающий сразу после приема пищи, представляется весьма сомнительным.

Кроме того, высказывалась точка зрения, что употребление пищи активирует и эндогенную опиоидную систему, поскольку прием блокаторов опиатных рецепторов снижает аппетит и объем поедаемой пищи, а также гедонистическое восприятие вида и запахов еды. Хотя некоторые исследования и не подтверждают это мнение (Pelchat, 2002).

Аддикция к еде – это, с одной стороны, психологическая зависимость, а с другой – утоление голода. По мере того как еда приобретает все больший аддиктивный потенциал, появляется искусственная стимуляция чувства голода. У переедающего человека меняется обменный баланс. Чувство голода начинает появляться сразу с падением концентрации глюкозы в крови после очередного приема пищи. Физиологические механизмы рассогласовываются. Человек начинает есть слишком много и слишком часто. На каком-то этапе он уже стыдится переедания и стремится скрыть факт аддикции. Он начинает есть в одиночку, в промежутках между любой активной деятельностью. Все это приводит к опасным для здоровья последствиям: нарастанию веса, нарушению обмена веществ и потере контроля, в результате чего человек употребляет количество пищи, представляющее опасность для жизни.

Пищевая аддикция относится к тем формам поведения, которые внешне не противоречат правовым, морально-этическим и культуральным нормам, но вместе с тем нарушают целостность личности, задерживают развитие, делают его односторонним и серьезно осложняют межличностные взаимоотношения. Как считает К. Леонгард (1997), «при обжорстве помыслы человека постоянно устремлены к удовлетворению ненасытного аппетита, соответственно с этим складывается весь его образ жизни». Возникает порочный круг, в результате которого полнота ограничивает активность человека и, как следствие, на передний план выступают примитивные телесные потребности.

У некоторых людей регулярное обращение к еде в состоянии дискомфорта становится патологическим механизмом адаптации и приобретает характер психологической зависимости, «социально приемлемого вида аддиктивного поведения, неопасного для окружающих» (Ротов и др., 1999). Синдром психической зависимости от еды включает влечение к пище и способность достижения состояния исключительного психического комфорта в процессе еды (Мизерне, 1993). Менделевич В. Д. и Садыкова Р. Г. (2002) делают акцент на повышении ценности процесса питания при пищевой аддикции. Питание избирается как альтернатива повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями и регламентациями. Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о еде, в подъеме настроения в предвкушении ее приема, в подавленности, неудовлетворенности в отсутствии даже не продуктов первой необходимости, а лакомств и изысканной гастрономии. У человека формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения, например сочетания несочетаемых продуктов.

Аффективно насыщенная привязанность к еде искажает мышление, а субъективная ценность интересов, не связанных с едой, снижается. Все события начинают восприниматься через призму отношения с едой – способствуют ли они удовлетворению влечения или препятствуют ему. Способность достижения состояния психического комфорта при еде представляет собой не столько переживание удовольствия, сколько уход от неудовольствия, чем приближается к наркомании (Мизерне, 1993).

При анализе пищевого поведения аддикта выделяют несколько разновидностей аддиктивных мотиваций (Короленко, 1991; Скворцов и др., 1999): атарактическую (служит для уменьшения внутреннего напряжения, тревоги), гедонистическую (направлена «на поиск приятного», на удовольствие, желание «побаловать себя», украсить свою жизнь), субмиссивную (неспособность отказаться от предлагаемой кем-то еды, что отражает тенденцию к подчинению, зависимости от мнения окружающих), псевдокультурную (стремление продемонстрировать изысканный вкус или материальный достаток), псевдокоммуникативную, когда пациент «объедается до тошноты и тяжести в желудке» во время праздников и торжеств, подменяя гипералиментацией общение на эмотивно-информационном уровне.

В своем развитии пищевая аддикция проходит ряд стадий: доклиническую (при остром непродолжительном воздействии стрессора), проявляющуюся нарушенными пищевыми реакциями по типу гипералиментации с незначительной прибавкой массы тела или без нее; стадию начальных проявлений (при подострых стрессовых воздействиях), во время которой включаются механизмы ухода от реальности с атарактической и гедонистической мотивацией приема пищи в ситуации психоэмоционального напряжения, когда нарушенное пищевое поведение является эквивалентом расстройств пограничного уровня или сопровождается ими; стадию развернутых клинических проявлений (при сильных и длительно существующих стрессорах), когда привычка к гипералиментации сопровождается соматическими изменениями (повышением массы тела, увеличением объема желудка) с дальнейшей деформацией пищевого поведения и появлением очистительных процедур; конечную стадию с формированием вторичной соматической патологии и развитием личностных нарушений астено-депрессивного, астено-ипохондрического и депрессивно-ипохондрического содержания на фоне длительно существующих нарушений пищевого поведения (Красноперова, 2001).

Неудивительно, что особую клиническую группу среди пациентов с

булимией составляют больные алкоголизмом. Сравнительное изучение развития алкоголизма и булимии выявило одинаковые механизмы для обеих болезней: импульсивность, сильное, острое желание и потеря контроля. Некоторые исследования выявили высокую степень злоупотребления алкоголем (14–36 %) среди женщин с булимией. Высокие показатели депрессии, импульсивности и тревожности были выявлены как у алкоголиков, так и у больных булимией (Hatsukami et al., 1982). Примечательно, что пациентки с булимией, первоначально болевшие анорексией, больше злоупотребляют алкоголем, чем пациентки, предварительно анорексией не страдавшие. Существует несколько возможных объяснений распространенности булимии в сочетании с алкоголизмом среди молодых женщин: а) переедающие легко переходят на грубое пьянство; б) алкоголь маскирует депрессивные чувства и чувство вины, которые следуют за перееданием; в) пациентки с булимией, возможно, выбирают алкоголь, так как боятся располнеть; г) переедание и злоупотребление алкоголем вызвано импульсивным и саморазрушающим поведением; д) связь алкоголизма и булимии может быть обусловлена генетически (Suzuki et al., 1994).

Кроме того, нынешнее стремление к равноправию и равенству мужчин и женщин означает для женщин постоянное соревнование с мужчинами во всех сферах жизни, что связано с необходимостью подавлять феминные качества и усиливать мускулинные (Raphael, Lacey, 1992). К тому же образ современной женщины, насаждаемый рекламой со страниц журналов и экранов телевизоров, вынуждает женщин придавать первоочередное значение своему внешнему виду. Эти социальные тенденции накладываются на постоянно ощущаемую женщиной потребность контролировать себя. Некоторые женщины неосознанно заключили, что наиболее доступным объектом контроля, который служит целям независимости и достижения социального стандарта, является образ тела и вес. Изменившееся положение женщины в обществе, многократное увеличение конфликтности социальных ролей, между которыми женщина балансирует, привело к росту нарушений пищевого поведения. Кросскультуральные сравнения (Raphael, Lacey, 1992) свидетельствуют об усилении различий в установках относительно образа тела между западной и незападной культурами. Транскультуральные исследования показали, что распространенность нарушений пищевого поведения в индустриальных западных странах намного выше, чем в странах Третьего мира (Lee et al., 1998; Chun et al., 1992). Исследования, выполненные в афро-азиатских странах, говорят о том, что нарушение пищевого поведения практически не

встречается у коренных жителей этих стран, сохраняющих традиционный уклад жизни (Dolan, 1988).

Современные исследователи рассматривают нарушение пищевого поведения как дезадаптивный способ разрешения конфликтов: «лица с нарушениями пищевого поведения используют пищу как средство символической коммуникации со своим чувством неадекватности перед лицом требовательной жизни» (Casper, Zachary, 1984). Чувство несостоятельности развивается как при отсутствии важных жизненных навыков, так и на фоне неудачных попыток установить эффективные отношения с другими людьми. Нарушения пищевого поведения, в частности булимия, являются стратегией совладающего поведения, в которой пища, вес тела и образ тела становятся главными жизненными ценностями (Axtell, Neulon, 1993).

Процесс приема пищи зависит не только от внутренних причин, но и от микросоциального давления. Детей часто заставляют съедать все, что лежит на тарелке, вызывая к чувству совести в случае, если что-то осталось недоеденным. Позже для многих переедание становится привычкой. Чрезмерная еда при ожирении, несущая разрушение организму, иногда имеет характер самонаказания. Чувство стыда, которое испытывает больной с ожирением из-за своей полноты и постоянного переедания, заставляет его предпочитать одиночество (Зеленский, 1996).

Пищевая аддикция достоверно чаще развивается у женщин: это обусловлено ее социальной ролью матери, хозяйки дома, чаще сталкивавшейся с продуктами питания и процессом приготовления пищи. Кроме того, различия в воспитании девочек, которые чаще (по сравнению с мальчиками) растут в атмосфере гиперопеки, способствуют формированию пассивности, подчиняемости в поведении; тем самым аддикция к еде становится у женщин социально приемлемым способом ухода от реальности, не вызывавшим протеста и осуждения в социуме.

В структуре микросоциальных влияний на формирование пищевой аддикции заметное место занимают традиции питания в семье, особенно внимание к вкусной, обильной, калорийной пище. Стоит учитывать также определенные характеристики отношений между членами семьи и типов воспитания. Все это при неблагоприятном воздействии может стать фоном, на котором возникает аддиктивное пищевое поведение. В определенный период жизни под воздействием психических травм (изменение социального окружения, микросоциальные конфликты в семейной или производственной сфере) развивается начальный этап нарушений пищевого поведения.

Кроме рассмотренных психосоматических теорий и моделей аддикции, наиболее полным подходом к описанию формирования нарушений пищевого поведения является представление о нарушении психологической адаптации. Считается (Сандомирский, 2005), что на значимость проблемы адаптации в психотерапевтическом контексте впервые обратил внимание основоположник гештальт-терапии Ф. Перлз. Для описания базовых механизмов психокоррекции он использовал модель «организм – окружающая среда», где адаптация рассматривается как результирующая взаимодействия двух самостоятельных процессов: воздействия окружающей среды и связанных с ним ответных реакций организма.

1.1.3. Совладающее поведение и защитные механизмы личности

Существует тесная взаимосвязь между психическими, эмоциональными и вегетативными процессами, лежащими в основе адаптации организма к различным раздражителям внешней и внутренней среды (Вейн и др., 1981). В ситуации выработанных семейных стереотипов пищевого поведения (культ еды) при недостатке положительных эмоций человек может использовать прием пищи в качестве компенсаторного способа нормализации эмоционального фона (Коростелева и др., 1994). Переедание становится источником положительных эмоций, вариантом адаптации при неблагоприятных социальных условиях или психическом неблагополучии (Князев, Бушуев, 1984; Гаврилов, 1998; Ротов, 2000).

Нередко прибавление в весе является последствием различных жизненных событий и психологических травм. Связь между стрессом и нарушениями пищевого поведения подтверждается рядом клинических наблюдений и исследований. Было установлено, что нарушения пищевого поведения могут иметь функциональную ценность в преодолении стресса. Например, булимия может облегчать эмоциональное состояние, являющееся результатом стресса, тогда как аноректическое поведение может быть способом редуцирования напряжения путем повышения контроля над другими сферами жизни (Slade, 1982).

У молодых женщин прибавка веса была выявлена после таких событий как (Гаврилов, 1998):

- замужество,
- смена места работы/жительства,
- психическая травма, связанная со значимым окружением,
- роды,
- развод.

У больных с церебральным ожирением и гиперфагической реакцией

на стресс были выявлены психотравмирующие ситуации с преобладанием психических травм в интимно-личностной сфере, а любое обострение хронической психотравмирующей ситуации всегда приводило к увеличению массы тела в результате переедания (Вознесенская, 1989).

Для понимания отношения между стрессом и различными формами психопатологии, включая нарушения пищевого поведения, важно учитывать многокомпонентность стресса и особенности совладающего поведения личности.

Одним из общих определений стресса является следующее: «Стресс – это такое психологическое состояние организма, когда существует несоответствие между его способностью удовлетворительно справиться с требованиями окружающей среды и уровнем таких требований» (Fogiel, 1980).

Понимание стресса уточнил Г. Селье (Selye, 1986), который ввел понятия «эустресс» и «дистресс». Эустрессом называется состояние потери равновесия, которое субъект переживает при соответствии выдвинутых ему требований имеющимся в его распоряжении ресурсам по их реализации. Понятие «дистресс» относится к таким психическим состояниям и процессам, при которых постоянно или временно нарушается равновесие между требованием к индивиду и его ресурсами вследствие недостаточности последних. Эустресс мобилизует, активизирует внутренние резервы человека, улучшает протекание психических и физиологических функций. Дистресс – разрушительный процесс, дезорганизуящий поведение человека, он ухудшает протекание психофизиологических функций. Эустресс является кратковременным, он сопровождается интенсивной тратой «поверхностных» адаптирующих резервов и началом мобилизации «глубоких». Он может давать ощущение подъема внутренних сил. Дистресс чаще относится к длительному стрессу, при котором происходят мобилизация и расходование и «поверхностных», и «глубоких» адаптационных резервов.

Согласно более дифференцированному подходу, стресс – это многозначное понятие, включающее четыре основных значения (Nitsch, 1981).

- Стресс как событие, несущее дополнительную нагрузку. В этом случае стресс является ситуативным, раздражающим феноменом, который отягощает, усложняет течение событий.

- Стресс как реакция. Стресс может быть реакцией на определенное событие и в этом случае называется эмоциональной реакцией, связанной со стрессом (стрессовым переживанием).

- Стресс как промежуточная переменная. В этом случае стресс рассматривается в виде промежуточного процесса между раздражителем и реакцией на него.

- Стресс как процесс взаимодействия. Стресс может быть представлен процессом столкновения индивида с окружающим миром.

Стрессовые реакции, или ответы на воздействие стресса, могут быть физиологическими (автономное возбуждение, нейроэндокринные изменения), поведенческими (агрессия, бегство, дезорганизация), когнитивными (нарушения концентрации внимания, памяти, неверное истолкование) и эмоциональными (страх, гнев, тоска).

По своему происхождению стрессоры бывают внутренними и внешними. Нарушение гомеостаза зависит от характеристик стрессора и от восприятия его организмом. В ответ на полученное расстройство организм реагирует автоматическими адаптивными ответами или (в зависимости от типа и продолжительности расстройства) адаптивными действиями, которые являются целенаправленными и потенциально осознанными. Стрессовым эпизодом называется последовательность «ситуация – поведение» или «ситуация – действие», которая включает непосредственный положительный или отрицательный результат (Perez, Reicherts, 1992).

К основным субъективным параметрам стрессовой ситуации для человека относятся:

1. Валентность – субъективное значение ситуации, которое влияет на ее стрессогенность, что индивидуально обусловлено.

2. Контролируемость – субъективная оценка личной способности контролировать стрессовую ситуацию.

3. Изменчивость – субъективная оценка того, что стрессовая ситуация изменится самостоятельно, без участия субъекта.

4. Неопределенность – субъективная оценка неопределенности и неясности ситуации.

5. Повторяемость – субъективная оценка повторяемости стрессовой ситуации.

6. Осведомленность – степень личного опыта переживания подобных ситуаций.

Кроме указанных характеристик стрессовых жизненных событий, влияние, оказываемое ими на самочувствие и здоровье человека, определяется и рядом других показателей. Из них на сегодняшний день наиболее важными представляются следующие измерения, отчасти взаимосвязанные: 1) интенсивность и длительность стрессового события;

2) отдельный стресс либо кумуляция стрессовых событий; 3) объем изменений, которые влечет за собой стрессовое событие, и затраты на новое приспособление; 4) предсказуемость и вероятность наступления (уверенность/неуверенность в стрессовом событии и времени его наступления) события и связанная с этим возможность превентивного приспособления к нему и подготовки к преодолению.

Как уже говорилось, нарушения пищевого поведения являются одним из видов патологической адаптации, и можно провести их анализ с позиций поведенческих теорий в рамках транзактной модели стресса и совладающего поведения (coping) Р. Лазаруса (Lazarus, 1966). Теория совладания с трудными жизненными ситуациями возникла в психологии во второй половине XX в. Термин введен американским психологом Абрахамом Маслоу (Maslow, 1987). Под совладанием (или «копингом», от англ. *to cope* – справиться, совладать) подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или внутренними требованиями, которые оцениваются как напряжение или превышают возможности человека справиться с ними (Lazarus, 1991; Neal, 1998).

Новый подход к совладающему поведению как к транзактному, контекстуальному и центрированному на процессе понятию берет начало в 1970-х годах под влиянием теорий отношений и когнитивных теорий стресса и эмоций, появившихся в рамках когнитивного направления в психологии (Абабков, Перре, 2004), которое формировалось с 1960 годов (I. L. Janis, 1958; M. B. Arnold, 1960; D. Mechanic, 1962; R. S. Lazarus, 1966; J. B. Rotter, 1966 и др.).

При рассмотрении стресса как транзактного процесса структуру стрессового эпизода (как микрособытия повседневной жизни после воздействия стрессора) можно представить в виде последовательности его элементов:

- осознание стрессора и его оценка;
- нарушение гомеостаза, связанные со стрессом эмоции и процессы познания;
- совладающее действие (реакция);
- результат совладания и новая оценка ситуации (с возвращением к первому элементу данной структуры при неуспехе).

Поведение, имеющее целью устранить или уменьшить интенсивность влияния стрессора, изменить стрессовую связь с собственной физической или социальной средой, является активным совладающим поведением. Пассивное совладающее поведение представляет собой интрапсихические

формы преодоления стресса, являющиеся защитным механизмом, предназначенные для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменилась ситуация. Совладающее поведение осуществляется на базе соответствующих стратегий совладания, которые являются актуальной реакцией личности на воспринимаемую угрозу. Ресурсами тут являются характеристики личности и социальной среды, облегчающие успешную адаптацию к стрессу. Эмпатия, аффилиация, восприятие социальной поддержки, интеллект, локус контроля и другие психологические конструкты относятся к личностным ресурсам совладания (Абабков, Перре, 2004).

Независимо от того, находятся ситуационные элементы внутри или вне личности, реакции могут быть направлены, во-первых, на изменение компонентов стрессовой ситуации; во-вторых, на изменение когнитивных репрезентаций стрессора; в-третьих, на изменение волевой ориентации или оценки. Общей функцией ответа совладания является облегчение субъективного дискомфорта и восстановление гомеостаза. Но в случае повышения вероятности достижения отдаленной цели субъект может выбрать и выраженный дискомфорт.

Выделяют следующие типы совладающего поведения:

- разрешение проблем;
- поиск социальной поддержки;
- избегание.

Когда воздействует стрессор, происходит первичная оценка, на основании которой человек определяет тип создавшейся ситуации: угрожающий или благоприятный (Averill, 1982). Именно с этого момента формируются механизмы личностной защиты. Лазарус (Lazarus, 1991) рассматривал эту защиту (процессы совладания) как способность личности осуществлять контроль над угрожающими, расстраивающими или доставляющими удовольствие ситуациями. Процессы совладания являются частью эмоциональной реакции. От них зависит сохранение эмоционального равновесия. Они направлены на уменьшение, устранение или удаление действующего стрессора. На этом этапе осуществляется вторичная оценка последнего. Результатом вторичной оценки становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

- непосредственные активные поступки с целью уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство, восторг или любовное наслаждение);
- косвенная форма или работа мышления без прямого воздействия, невозможного из-за внутреннего или внешнего препятствия, например

вытеснение («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и опасно»), подавление, переключение на другую форму активности, изменение направления эмоции с целью ее нейтрализации и т. д.;

- совладание без эмоций, когда угроза личности не оценивается как реальная (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой, повседневными опасностями, которых мы успешно избегаем).

Существует достаточно большое количество различных классификаций стратегий совладающего поведения (Fineman, 1987, 1983; Lazarus, 1966). Можно выделить три основных критерия, по которым строятся эти классификации:

1. Эмоциональный/проблемный:

1. Эмоционально-фокусированный копинг – направлен на урегулирование эмоциональной реакции.

2. Проблемно-фокусированный – направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс.

2. Когнитивный/поведенческий:

1. «Скрытый» внутренний копинг – когнитивное решение проблемы, целью которой является изменение неприятной ситуации, вызывающей стресс.

2. «Открытый» поведенческий копинг – ориентирован на поведенческие действия, используются стратегии совладания, наблюдаемые в поведении.

3. Успешный/неуспешный:

1. Успешный копинг – используются конструктивные стратегии, приводящие в конечном итоге к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс.

2. Неуспешный копинг – используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Совладающие действия также могут быть: ситуационно-ориентированными (активное влияние на ситуацию; уклонение/уход; пассивность); репрезентативно-ориентированными (поиск информации; «подавление» информации); оценочно-ориентированными (изменение намерений, целей; переоценка ситуации).

Каждую стратегию совладания можно оценить по всем перечисленным выше критериям, хотя бы потому, что человек, оказавшийся в трудной ситуации, может использовать не одну, а несколько стратегий. Можно предположить, что существует взаимосвязь между теми личностными конструктами, с помощью которых человек формирует свое отношение к жизненным трудностям, и тем, какую стратегию поведения

при стрессе (стратегию совладания с ситуацией) он выбирает.

Считается, что существенной детерминантой выбора определенной стратегии совладания являются стабильные черты характера личности. Характеристики личности – это стабильные и относительно независимые от ситуации тенденции к определенным психологическим реакциям. Исследователи уже давно задавались вопросом о том, насколько личностные черты предрасполагают к возникновению расстройств (Vollrath, 1997). В связи с этим вопросом лучше всего изучено такое свойство личности, как эмоциональная стабильность. Высокая эмоциональная стабильность является протективным фактором во взаимодействии со стрессорами; нарушение поведения под влиянием стрессоров более вероятно при малой выраженности данной черты личности.

Выделены и другие протективные особенности личности:

- «душевное здоровье», то есть способность справляться с внутренними и внешними требованиями (Becker, 1995);
- выносливость, включающая комплексную систему убеждений по поводу самого себя и окружающего мира, которая поддерживает человека при воздействии стрессового события (Kobasa, 1979);
- защитные механизмы личности;
- способность «контролирования/притупления» (monitor/ blunter) (Miller, 1989).

Кроме того, более уязвимы для стрессовых ударов люди, которые придерживаются иррациональных убеждений по поводу происшедшего, тогда как рациональные убеждения выступают в качестве своеобразного буфера против несчастий (Sanderman, 1988).

Психологическая защита нередко рассматривается как понятие близкое к совладающему поведению (Лазарус, 2000). Как отмечают многие авторы, существуют значительные сложности в разграничении механизмов защиты и совладания (Либина, Либин, 1998). Согласно наиболее распространенной точке зрения, для психологической защиты характерен отказ от решения проблемы и от соответствующих конкретных действий ради сохранения комфортного состояния. В то же время механизмы совладания подразумевают необходимость проявить конструктивную активность, пройти через ситуацию, пережить событие, не уклоняясь от неприятностей (Либин, Либина, 1996).

Защитные процессы направлены на избавление от рассогласованности побуждений и амбивалентности чувств, на предохранение от осознания нежелательных или болезненных эмоций, а главное – на устранение

тревоги и напряженности. Результативный максимум защиты одновременно является минимумом того, на что способно удачное совладание. Успешное совладающее поведение повышает адаптивные возможности субъекта, оно реалистично, гибко, большей частью осознанно, активно и включает в себя произвольный выбор. Тем не менее в последние десятилетия предпринимаются попытки объединить в единое целое защитные механизмы и механизмы совладания.

По мнению многих авторов (Савенко, 1974; Урсано и др., 1992; Хорни, 1995; Блум, 1996), набор защитных механизмов уникален и характеризует уровень адаптированности личности. Защитные механизмы действуют в подсознании, искажают, отрицают или фальсифицируют действительность, они активизируются в ситуации фрустрации, стресса или конфликта. Цель психологической защиты – снижение эмоционального напряжения, редукция тревоги и обеспечение регуляции направленности поведения (Березин, 1988).

Концепция психологической защиты появилась в психоанализе, где, как известно, и было введено понятие защитных механизмов, которые служат защите от тревоги и страха, и описаны их различные формы. Психологической защитой называется специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение к минимуму чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта. Каждый человек предпочитает определенные защиты, которые становятся неотъемлемой частью его индивидуального стиля борьбы с трудностями. Предпочтительное и автоматическое использование определенной защиты или набора защит является результатом по меньшей мере четырех факторов: 1) врожденного темперамента; 2) природы стрессов, пережитых в раннем детстве; 3) защит, образцами для которых (а иногда и сознательными учителями) были родители или другие значимые фигуры; 4) усвоенные опытным путем последствия использования отдельных защит (Мак-Вильямс, 1998).

Как правило, к защитам, рассматриваемым как первичные, незрелые, примитивные, или защитам «низшего порядка», относятся те, что имеют дело с границей между Я и внешним миром. Защиту можно отнести к категории примитивных в том случае, если в ней присутствуют два качества, связанных с довербальной стадией развития. Она должна иметь относительно слабую связь с принципом реальности и плохо учитывает самостоятельный характер и константность объектов, находящихся вне Я. Большинство исследователей относят к примитивным защитам следующие: изоляция, отрицание, всемогущественный контроль, примитивные

идеализация и обесценивание, проективная и интроективная идентификация.

Изоляция позволяет блокировать неприятные эмоции, так что связь между каким-то событием и его эмоциональной окраской в сознании не проявляется. Это наиболее универсальная защита. Плата за подавление неприятных эмоций – утрата естественности чувств, ослабление интуиции, а в конечном счете – самоотчуждение Я и появление комплекса шизоидности. Очевидный недостаток защиты с помощью изоляции состоит в том, что она выключает человека из активного участия в решении межличностных проблем. Главное достоинство изоляции как защитной стратегии состоит в том, что, допуская психологическое бегство от реальности, она почти не требует ее искажения. Человек, склонный к изоляции, находит защиту не в искажении восприятия мира, а в удалении от него. Благодаря этому он может быть чрезвычайно восприимчив, нередко к большому изумлению тех, кому он кажется тупым и пассивным.

Отказ признать существование неприятностей – еще один ранний способ защиты. Человек, для которого фундаментальной защитой является **отрицание**, настаивает на том, что «все прекрасно и все к лучшему». Большинство людей до некоторой степени прибегает к отрицанию с достойной целью сделать жизнь менее неприятной, и у многих есть свои конкретные области, где эта защита преобладает над остальными. Защитный механизм отрицания позволяет частично или полностью игнорировать информацию, несовместимую со сложившимися представлениями о себе. Обобщенная оценка значимости поступающей информации, ее опасности производится при предварительном восприятии ситуации и при ее грубой эмоциональной оценке как «чего-то нежелательного». Подобная оценка приводит к такой перенастройке внимания, когда детальная информация об этом опасном событии полностью исключается из последующей обработки.

Всемогуственный контроль. Ощущение, что ты обладаешь силой, способен влиять на мир, является, несомненно, необходимым условием самоуважения, которое изначально строится на основе инфантильных и нереалистичных, хотя на определенной стадии развития и нормальных, фантазий о своем всемогуществе. Некоторый здоровый остаток этого инфантильного ощущения всемогущества сохраняется во всех взрослых людях, он поддерживает чувство компетентности и жизненной успешности. Если человек эффективно осуществляет свое намерение, у него возникает естественное «пиковое чувство». Всякий, испытавший когда-либо ощущение близкой удачи и вслед за ним выигрыш в некоей

азартной игре, знает, сколь прекрасно это чувство всемогущественного контроля. У некоторых людей существует непреодолимая потребность испытывать это чувство и интерпретировать происходящее с ними как свидетельство об их неограниченной власти и силе.

Примитивная идеализация и обесценивание. У многих людей потребность идеализировать остается более или менее неизменной с самого младенчества. Их поведение скрывает архаические отчаянные усилия противопоставить внутреннему ужасу уверенность в том, что кто-то, к кому они привязаны, всемогущ, всеведущ и бесконечно благосклонен, так что психологическое слияние с этим сверхъестественным другим обеспечивает им безопасность. Они также надеются освободиться от стыда: побочным продуктом идеализации и связанной с ней веры в совершенство другого является то, что собственные несовершенства становятся особенно болезненными; слияние с идеализируемым объектом – естественное лекарство в этой ситуации. Примитивное обесценивание – неизбежная обратная сторона потребности в идеализации. Поскольку в человеческой жизни нет ничего совершенного, архаические пути идеализации неизбежно приводят к разочарованию. Чем сильнее идеализируется объект, тем более радикальное обесценивание его ожидает; чем больше иллюзий, тем тяжелее переживается их крушение.

Проекция, интроекция и проективная идентификация. Проекция – это процесс, в результате которого внутреннее ошибочно воспринимается как приходящее извне. Она представляет собой неосознаваемое отвержение собственных неприемлемых мыслей, установок или желаний, которые приписываются другим людям с целью переложить ответственность за то, что происходит внутри Я, на окружающий мир. Интроекция – это процесс, в результате которого идущее извне ошибочно воспринимается как приходящее изнутри. Обиходные синонимы этой защиты – внушаемость, «флюгерность». Иными словами, это тенденция присваивать убеждения, чувства и установки других людей без критики, без попыток их изменить и сделать по-настоящему «своими собственными». В результате граница между Я и средой перемещается глубоко вовнутрь Я, и индивидуум настолько занят усвоением чужих убеждений, что ему не удастся сформировать свою собственную личность. Когда проекция и интроекция работают сообща, они объединяются в единую защиту, называемую проективной идентификацией.

Защиты, причисляемые ко вторичным – более зрелым, более развитым, или к защитам «высшего порядка», – «работают» с внутренними границами между Эго, Супер-Эго и Ид или между наблюдающей и

переживающей частями Эго. К защита́м высшего порядка относятся: репрессия (вытеснение), изоляция, интеллектуализация, рационализация, морализация, компартиментализация (раздельное мышление), аннулирование, ретрофлексия, идентификация.

Репрессия (вытеснение) – это мотивированное забывание или игнорирование мыслей, воспоминаний, переживаний. Защитный механизм вытеснения обычно позволяет избежать внутреннего конфликта путем активного выключения из сознания (забывания) не информации о каком-то поступке или событии в целом, а только истинного, но неприемлемого мотива своего поведения. Вытеснение направлено на то, что раньше было осознанно, хотя бы частично, а затем подверглось запрету и поэтому не удерживается в памяти.

Интеллектуализацией называется изоляция аффекта от интеллекта более высокого уровня, чем это происходит при изоляции. Человек, использующий изоляцию, обычно утверждает, что не испытывает чувств, в то время как человек, использующий интеллектуализацию, может говорить о своих чувствах, но таким образом, что у слушателя остается впечатление отсутствия эмоции. Интеллектуализация сдерживает обычное переполнение эмоций таким же образом, как изоляция сдерживает травматическую чрезмерную стимуляцию.

Рационализация – это защита, связанная с осознанием и использованием в мышлении только той части воспринимаемой информации, которая показывает, что человек вполне контролирует свое поведение, которое не противоречит объективным обстоятельствам. При этом неприемлемая часть информации из сознания удаляется, особым образом преобразовывается и после этого осознается, но уже в измененном виде. Рационализация может противоречить фактам и законам логики, но это необязательно. Иногда ее иррациональность заключается только в том, что представленный мотив деятельности не является подлинным. Например, человек утверждает, что его профессиональная некомпетентность связана с физическим недомоганием: «Если бы я избавилась от лишнего веса, я бы нашла лучшую работу». В этом случае советы подлечиться, не перегружаться, расслабиться, очевидно, не помогут: возможно, человек потому и болен, что на службе не чувствует себя компетентным.

Морализация близка к рационализации. Когда некто рационализировать, он бессознательно ищет приемлемые с разумной точки зрения оправдания для выбранного решения. Когда же он морализирует, он ищет пути для того, чтобы чувствовать: он обязан следовать в данном

направлении. Рационализация перекладывает желания человека на язык разума, морализация ищет им оправданий или представляет их в виде моральных обязательств.

Компартментализация (раздельное мышление) – еще одна интеллектуальная защита, ближе стоящая к диссоциативным процессам, чем к рационализации и морализации, хотя рационализация нередко служит поддержкой данной защиты. Ее функция состоит в том, чтобы разрешить двум конфликтующим состояниям сосуществовать, не осознавая противоречий, не испытывая вины, стыда или тревоги. В то время как изоляция подразумевает разрыв между мыслями и эмоциями, раздельное мышление означает разрыв между несовместимыми мысленными установками. Когда некто использует компартментализацию, он придерживается двух или более идей, отношений или форм поведения, конфликтующих друг с другом, без осознания этого противоречия. Для наблюдателя раздельное мышление ничем не отличается от лицемерия.

Аннулирование можно рассматривать в качестве естественного преемника всемогущественного контроля. Аннулирование – термин, обозначающий бессознательную попытку уравновесить некоторый аффект (обычно вину или стыд) с помощью отношения или поведения, которые магическим образом этот аффект уничтожают. Ярким примером аннулирования может служить возвращение супруга домой с подарком, который предназначен для компенсации вспышки гнева накануне вечером. Если такое поведение осознанно, технически его неправомерно называть аннулированием. Но если человек не осознает чувства стыда или вины, и следовательно, не может осознавать собственного желания их искупить, это можно назвать аннулированием.

Ретрофлексия (поворот против себя) смещает границу между личностью и средой ближе к центру Я, при такой защите человек начинает относиться к самому себе так, как он сам относится к другим людям или объектам. Если попытка индивидуума удовлетворить свою потребность встречает сильное противодействие, он, вместо того чтобы направить энергию на изменение среды, направляет ее на себя. У ретрофлексирующего человека формируется отношение к самому себе как постороннему объекту. Первоначальный конфликт между Я и другими превращается в конфликт внутри Я. «Речевым» грамматическим индикатором ретрофлексии является использование возвратного местоимения. Такой человек, например, говорит: «Я должен управлять самим собой; я должен заставить себя сделать эту работу; мне стыдно за самого себя», – что свидетельствует о четком отделении Я как субъекта от

Я как объекта действия.

Идентификация – это разновидность проекции, связанная с неосознаваемым отождествлением себя с другим человеком и с переносом на себя желаемых чувств и качеств, которыми другой обладает. Это возвышение себя до другого путем расширения границы Я. Идентификация связана с процессом, в котором человек, как бы включив другого в свое Я, заимствует его мысли, чувства и действия.

Таким образом, механизмы психологической защиты близки к понятию совладающего поведения, но между ними есть существенные отличия по степени активности (конструктивности) или пассивности (неконструктивности) (см. таблицу 1.1).

Таблица 1.1

Сравнительная характеристика особенностей механизмов психологической защиты и совладающего поведения

Характеристика механизмов психологической защиты	Характеристика совладающего (копинг) поведения
Не приспособлены к требованиям ситуации, ригидны.	Техники эмоционального контроля пластичны и приспособлены к ситуации.
Характеристика механизмов психологической защиты	Характеристика совладающего (копинг) поведения
Стремятся к скорейшему уменьшению возникшего эмоционального напряжения.	Согласие человека терпеть дискомфорт (антигедонистический характер самоконтроля).
Механизмы психологической защиты «не смотрят в будущее», направлены на разовое снижение напряжения (принцип «здесь и сейчас»).	Механизмы совладания рассчитаны на будущее.
Приводят к искажению восприятия действительности и самого себя.	Реалистическое восприятие, способность объективно относиться к самому себе.

Соотношение между совладающими и защитными типами поведения отражает шкала иерархии типичных реакций или техник жизни, предложенной немецким ученым Гансом Томэ (Thomae, 1970). К «высшим» техникам, которые можно назвать совладанием, относятся такие как «поведение, направленное на достижение успеха», «размышление над ситуацией», «поощрение себя» и др., а к «низшим», характерным для

защитного поведения, наряду с пассивными действиями относятся также «уклончивое поведение», «обесценивание значимости других», «жалобы на состояние здоровья».

Предложенная Г. Томэ схема помогает анализировать поведение в реальных жизненных ситуациях. Чем ближе человек к нижней части шкалы, тем менее вероятно успешное решение значимых проблем. Чем он ближе к верхней части шкалы, тем сильнее выражены у него готовность к принятию возможных изменений в жизни и тенденция использовать совладающие стили. Это позволяет человеку расширять репертуар поведенческих стратегий за счет оптимального использования навыков, приобретаемых в его индивидуальном жизненном опыте.

В одной работе (Либина, Либин, 1998) была предложена типология защитных и совладающих стилей реагирования, основанная на структурно-функциональной модели поведения (табл. 1.2). В таблице приведены отдельные примеры пунктов (1а – 4в) опросника «Стиль поведения» (Лазарус, 2000).

Таблица 1.2

Структурно-функциональная модель поведения человека в сложных ситуациях

Организация поведения					
Структурные компоненты: сигнальные системы	Функциональные компоненты: фокус или направленность			Формы поведения: стили реагирования	
	Я	Проблема	Другие люди		
Первосигнальный (эмоциональный по Лазарусу)	1а: изо всех сил пытаюсь забыть о случившемся	1б: вспоминаю время, когда все было значительно лучше	1в: обращаюсь за помощью к другим людям	Отстранение Избегание Подавление Проекция Вытеснение	ЗАЩИТА
Второсигнальный (рациональный по Лазарусу)	2а: занимаюсь чем-нибудь посторонним, чтобы отвлечься	2б: предпочитаю подождать, пока со временем все разрешится само собой	2в: обращаюсь за эмоциональной поддержкой к родственникам или друзьям	Рационализация	
Первосигнальный (эмоциональный по Лазарусу)	3а: трудности только мобилизуют меня	3б: рассматриваю случившееся как новое испытание своих возможностей	3в: стараюсь посмотреть на ситуацию в ином свете, пытаюсь отыскать хотя бы что-нибудь позитивное	Эмоциональная компетентность (представлена тремя факторами)	СОВЛАДАНИЕ
Второсигнальный (рациональный по Лазарусу)	4а: составляю план действий и приступаю к его выполнению	4б: думаю о случившемся и перебираю всевозможные варианты действий	4в: спрашиваю того, кто уже имеет опыт, как нужно поступать в таких случаях	Рациональная компетентность (представлена тремя факторами)	

Шесть шкал опросника, измеряющие основные защитные стили реагирования, представляют традиционные параметры защитного поведения, довольно подробно описанные в психиатрической и психологической литературе. Остальные шесть шкал, связанные с измерением совладающих стилей, объединяются в два фактора второго порядка, названные авторами, соответственно, «рациональной

компетентностью» (ее образуют три самостоятельных первичных фактора: предметная направленность при решении проблем, коммуникативная направленность и рациональная саморегуляция) и «эмоциональной компетентностью», имеющей схожую структуру.

К структурным компонентам относят наиболее устойчивые базовые индивидуальные характеристики человека, такие как первая и вторая сигнальная система (Павлов, 1980), свойства нервной системы (Теплов, 1986; Небылицын, 1991) и темперамент (Русалов, 1991). Под функциональными компонентами подразумевается (Анохин, 1975; Волков и др., 1987) специфика организации поведения и деятельности личности. В данном случае имеется в виду феномен, обозначаемый в исследованиях англоговорящих психологов при изучении психических процессов как «*focusing*» или при анализе личности как «*orientation*», «*attitude*». Отечественные психологи оперируют соответственно термином «установка» и понятием «направленность личности». Особенный интерес представляет разработанная Неймарк (1972) классификация основных видов направленности личности, в которой выделяют три типа направленности: на себя, на других и на дело (объект).

Формы совладающего поведения названы рациональной компетентностью и эмоциональной компетентностью (Либина, Либин, 1998). Такой вторичный фактор, как «эмоциональная компетентность», подчеркивает важность роли эмоций в осуществлении конструктивной активности. Эмоциональная компетентность – это способность личности осуществлять оптимальную координацию между эмоциями и целенаправленным поведением (Либина, 1996 а, б), она основана на адекватной интегральной оценке человеком своего взаимодействия со средой. Адекватность тут означает учет внешних (стимул и обстановка) и внутренних (состояние организма и накопленный опыт) факторов, воздействующих на индивидуума в данной ситуации.

Эмоциональная компетентность развивается в результате разрешения внутриличностных конфликтов на основе коррекции закрепленных в онтогенезе негативных эмоциональных реакций (застенчивости, депрессии, агрессивности) и сопутствующих им состояний, препятствующих успешной адаптации. При этом саморегуляция личности осуществляется не за счет подавления негативных эмоций, а за счет использования их энергии для организации целенаправленного поведения. Выработка навыков эмоционального совладания сопряжена также с созданием новых условно-рефлекторных позитивных связей, позволяющих вырабатывать индивидуальный стиль, сбалансированный по параметрам оптимальности,

комфортности, адаптивности и результативности (Либин, 1993).

Одним из факторов, который способствует формированию аддиктивного поведения, в том числе и нарушений пищевого поведения, является неадаптивность стратегий совладания. При исследовании пищевой аддикции стратегии совладания делят на адаптивные, неадаптивные и относительно адаптивные, при этом принимают во внимание их поведенческий, когнитивный и эмоциональный аспекты (Красноперова, 2001).

К адаптивным вариантам стратегий совладания в поведенческой сфере относятся «сотрудничество», «обращение», «альтруизм». Эти качества отражают такое поведение, при котором человек вступает в сотрудничество со значимыми людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сам предлагает ее людям для преодоления трудностей. К относительно адаптивным вариантам стратегий совладания в поведенческой сфере относятся «компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность» – формы поведения, характеризующиеся стремлением к временному уходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело. К неадаптивным вариантам относятся «активное избегание», «отступление», которые предполагают избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, изоляцию, стремление уйти от активных межличностных контактов, отказ от решения проблемы.

В когнитивной сфере адаптивными вариантами являются «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение самообладания». Эти формы поведения направлены на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, на повышение самооценки и самоконтроля, на более глубокое осознание собственной ценности как личности, они предполагают веру в собственные ресурсы для преодоления трудностей. К относительно адаптивным стратегиям совладания в когнитивной сфере относятся: «придание смысла», «религиозность», «относительность», которые направлены на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, веру в бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами. К неадаптивным вариантам поведения относят «смирение», «растерянность», «диссимуляцию», «игнорирование», пассивные формы поведения с отказом преодоления трудностей из-за неверия в свои силы, в свои интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей.

В эмоциональной сфере адаптивными вариантами стратегий совладания являются «протест» и «оптимизм», отражающие

эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям в сочетании с уверенностью в наличии выхода из любой ситуации. К относительно адаптивным стратегиям совладания в эмоциональной сфере относятся «эмоциональная разгрузка», «пассивная кооперация», которые направлены на снятие напряжения с помощью эмоционального отреагирования, на передачу ответственности по разрешению трудностей другим людям. К неадаптивным можно отнести «подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность».

Таким образом, можно констатировать, что адаптивным представляется совладающее поведение, направленное на активное разрешение проблем, относительно адаптивным – направленное на временный отход от проблем, на взятие «тайм-аута», а неадаптивным – отказ от решения проблем.

В то же время степень адаптивности (или неадаптивности) конкретного варианта совладающего поведения может вызывать разногласия среди исследователей, занимающихся вопросами совладания в контексте тех или иных психических и поведенческих расстройств. Так, Е. В. Змановская (2003), рассматривая вопросы девиантного поведения, гораздо строже подходит к критериям адаптивности, относя к адаптивным стратегиям совладания лишь «сотрудничество», «проблемный анализ» и «оптимизм». Исключены из адаптивных варианты «обращение» и «альтруизм», «установка собственной ценности» и «сохранение самообладания», а также «протест», хотя эти же варианты обычно относят к адаптивным, говоря о неврозах.

Результаты других исследований показали, что женщины с нарушениями пищевого поведения используют эмоционально-фокусированный тип совладания или стратегию избегания и не склонны обсуждать свои проблемы с другими (Shatford, Evans, 1986). У женщин с нарушениями пищевого поведения были обнаружены высокие показатели восприятия психологического стресса и использования таких стратегий совладания, как «надежда на лучшее», «самообвинение», «редукция напряжения» и «уход в себя» (Ball, Lee, 2002). Принимая во внимание роль неудовлетворенности весом в развитии нарушений пищевого поведения, авторы считают, что стресс и попытки его преодоления необязательно предшествуют нарушениям пищевого поведения, а скорее сосуществуют, тесно переплетаясь. В обществе, где постоянно рекламируют идеал стройности, женщины, неудовлетворенные своим весом, могут испытывать стресс. Интернализированный стресс и самообвинение не являются адаптивными стратегиями. Женщины, применяющие эти стратегии, могут

искать другие средства для того, чтобы редуцировать напряжение или контролировать состояние стресса. Нарушения пищевого поведения могут, таким образом, развиваться в качестве стратегий совладания у женщин, использующих самофокусированные стратегии и переживающих стресс по поводу своего веса. При исследовании стратегии преодоления стресса у перебедающих и не перебедающих было обнаружено, что перебедающие испытуемые чувствительнее к стрессу в своем восприятии (Hansel, Wittrock, 1997). У больных ожирением была выявлена повышенная чувствительность к негативным эмоциональным стимулам (Минабутдинов, 1996). Была также обнаружена взаимосвязь использования эмоционально ориентированных стратегий совладания и неудовлетворенности своим телом (Koff, Sangani, 1997). Авторы исследований сделали вывод о том, что эмоционально-ориентированные стратегии являются фактором риска возникновения нарушений пищевого поведения.

Таким образом, дефицит навыков совладания или использование избегания связаны с повторяющимися эпизодами перебедавания. Например, эпизоды перебедавания чаще провоцируются отрицательными эмоциями, когда человек находится в одиночестве, и положительными эмоциями, когда человек находится в социальной ситуации (Grilo et al., 1994). Таким образом, определенные эмоциональные состояния предшествуют эпизодам перебедавания, и способность справляться с сильными эмоциями альтернативными и более адаптивными способами может уменьшить вероятность перебедавания (Stice, 1994).

В результате проведенного корреляционного анализа между различными реакциями на стресс были выделены два основных паттерна реагирования при нарушениях пищевого поведения. Первый паттерн представляет собой сочетание избыточного потребления пищи и жидкости, приема алкоголя, курения (повышение оральной активности), повышенной сонливости и повышенного полового влечения. Второй – отказ от еды, тошнота, рвота, прием алкоголя, бессонница, снижение полового влечения, повышенная моторная активность, бурные эмоциональные реакции. Женщинам с проблемами веса наиболее свойственен первый симптомокомплекс реагирования на стресс. Такое патологическое изменение пищевой мотивации, как гиперфагическая реакция на стресс, встречается у 30 % представителей популяции. У 70 % наблюдается «более адаптивная аноректическая реакция на стресс» (Вознесенская, Рыльцова, 1994).

Некоторые исследования показали, что при нарушениях пищевого поведения относительно чаще используется избегание и относительно реже

– активные стратегии совладания (Mayhew, Edelman, 1989), кроме того чаще используются эмоционально-фокусированные стратегии (Fryer et al., 1997). Другие же исследования не обнаружили связи между формами совладания и различными типами нарушений пищевого поведения (Paxton, Diggins, 1997).

Исследования преобладающих механизмов психологической защиты у пациентов с пищевой аддикцией позволили выделить следующие особенности: преобладание механизмов отрицания, регрессии, компенсации, смещения; степень напряженности по этим шкалам была достоверно выше нормы и указывала на дезадаптацию. Менее выражены у этих пациентов такие защиты, как реактивное образование, интеллектуализация, проекция и вытеснение. Выраженность радикала регрессии свидетельствовала о дезадаптации, связанной с возвращением в условиях стресса к инфантильным формам поведения с привычкой «заедать стрессы». Используя регрессию и прибегая к приему пищи часто без чувства голода, пищевые аддикты в ситуации повышенного эмоционального напряжения возвращаются на более раннюю (оральную) стадию психосексуального развития. Переедание в данном случае может замещать неудовлетворенные потребности и служить «спасением» от житейских проблем. Гиперфагические реакции направлены на нейтрализацию эмоционального напряжения, возникшего вследствие неудовлетворенной сексуальной или родительской потребности, сниженной общественной или профессиональной компетентности, невозможности достичь цели. Повышенные относительно нормы показатели по шкале смещения могут указывать на неудовлетворенность социальными контактами и подмену эмоционального общения с окружающими людьми процессом принятия пищи с последующей деформацией пищевого поведения (чередование гипералиментации и гиперфагии с очистительным поведением). Возможно, эти данные свидетельствуют о подавлении агрессивных эмоций (гнева, враждебности) и перемещении их на объект, представляющий меньшую опасность или более доступный (собственное тело), а очистительное поведение выражает аутоагрессию. Выраженность компенсации свидетельствует о попытке восполнить недостатки внешности (избыточный вес) социальной активностью, продвижением по службе и профессиональной компетентностью. Используя отрицание, пациенты с пищевой аддикцией отрицают факт повышения аппетита, тяжесть ожирения и степень диспластичности. Большинство из них в беседе с врачом подсознательно стремятся уйти от темы переедания и начинают говорить о других причинах ожирения: о болезнях желез внутренней

секреции, нарушенном обмене веществ, гиподинамии. Вытеснение не превышает нормативных показателей и реже используется этими пациентами (Красноперова, 2001).

1.2. Нарушения пищевого поведения: виды и формы

Как уже говорилось в разделе 1.1. настоящей главы, к диагностируемым нарушениям пищевого поведения относятся нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание.

1.2.1. Нервная анорексия

Нервная анорексия (греч. отрицательная приставка *an-* и *orexis* – аппетит) представляет собой «сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» (Цивилько и др., 1999).

В 1694 году Р. Мортон описал случай «самоголодания» с резким похудением, отказом корректировать вес, отрицанием наличия болезни, искаженным представлением о собственном теле, повышенной активностью и плохим исходом. Это состояние описано в 1874 г. В. Галлом как *apepsia hysterica*; в этом же году он предложил закрепившийся впоследствии термин *anorexia nervosa* (Попов, Вид, 2000). Первые формализованные диагностические критерии нервной анорексии были предложены в 1970 году (Russell, 1985).

Нервная анорексия характеризуется поведением, направленным на похудение, своеобразной манерой отношения к еде, потерей веса, сильно выраженным страхом прибавить в весе, нарушением схемы тела, а у женщин также аменореей. Это одно из немногих психических заболеваний, которое может протекать без ремиссий до самой смерти (Каплан, Сэдок, 1998).

Наиболее типичный возраст формирования анорексии – подростковый. Максимум частоты случаев анорексии приходится на возраст 17–18 лет. У примерно 85 % всех больных заболевание начинается между 13 и 20 годами. Анорексией страдают преимущественно девочки, девушки, молодые женщины, значительно реже – мальчики и юноши. По данным различных исследований, юноши составляют лишь от 4 до 6 % всех больных анорексией. Матери или отцы больных часто имеют признаки анорексии в анамнезе: очень низкую массу тела в подростковом возрасте и страх ее увеличения в дальнейшем.

В настоящее время в DSM-IV диагностика нервной анорексии базируется на следующих клинических признаках (DSM-IV, 1994):

А. Отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы с учетом возраста и пола. Вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15 % ниже ожидаемого.

В. Явно выраженный страх перед увеличением массы или объема тела, несмотря на имеющуюся худобу.

С. Нарушения в восприятии собственной фигуры и массы тела, преувеличенное влияние этих характеристик внешности на самооценку или отрицание того очевидного факта, что нынешний вес ненормально мал.

Д. У женщин аменорея в течение трех последовательных циклов.

Многие симптомы, характерные для нервной анорексии, наблюдаются и у обычных людей, желающих сбросить вес.

Для диагностики нервной анорексии в МКБ-10 состояние должно соответствовать следующим критериям (F50.0) (Попов, Вид, 2000):

1) снижение веса или недостаточный прирост его у детей, дефицит веса превышает 15 % от нормального или ожидаемого для данного возраста и величины тела;

2) потеря веса достигается за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих – вызывание рвоты, прием слабительных, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и диуретиков;

3) искажение образа тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой или сверхценной идеи;

4) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус – гипофиз – половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции;

5) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются.

Нервная анорексия – одно из немногих психиатрических заболеваний, которое обычно не вызывает больших диагностических споров, основной синдром пищевого поведения достаточно хорошо распознается. Трудности могут возникать лишь в случае дефицита анамнестических данных и неудовлетворительного контакта с больной. Соответствующее обследование должно прежде всего исключить соматические заболевания, также ведущие к потере веса (Попов, Вид, 2000).

Анорексию условно делят на два типа: *истинную*, при которой чувство голода действительно редуцировано, и *ложную*, при которой больные испытывают голод, но отказываются от еды, желая изменить свою внешность (Вознесенская, Дорожевец, 1987). Особую группу составляют

лица, долго не выдерживающие упорного голодания, у которых периодически возникают приступы переедания с последующими очистительными процедурами. В связи с этим выделяют «рестриктивный» (от англ. «ограничивать») и атипичный булимический варианты нервной анорексии, или «очистительный» тип. В МКБ-10 не проводится различий между «рестриктивным» и «очистительным» типом нервной анорексии.

Течение анорексии разделяют на следующие стадии (Коркина, 1986; Марилов, 2004).

1-я стадия – *дисморфофобическая (инициальная)* – начинается с появления сверхценных идей о своей чрезмерной полноте и с опасения насмешек по этому поводу. Понижается настроение, возникают представления о том, что окружающие их критически рассматривают, обмениваются насмешливыми взглядами и репликами. Больные регулярно взвешиваются, избегают высококалорийной пищи. Аппетит сохраняется, а после периодов голодания даже повышается. Некоторые больные, особенно истероидные, едят по ночам, не будучи в силах справиться с голодом. Нередко они разрезают еду на мелкие куски и производят другие продолжительные манипуляции с ней.

2-я стадия – *дисморфоманическая (активной коррекции)*. Дисморфомания проявляется в бредовой убежденности в «излишней полноте» фигуры или ее частей (особенно живота, ягодиц, верхней части бедер). Больные часто разглядывают себя в зеркале и жалуются окружающим на свою полноту. Идеи отношения исчезают, депрессивные переживания уменьшаются, наблюдаются попытки активной коррекции «излишней полноты». Важным симптомом является диссимуляция: больные скрывают от окружающих, что отказываются от еды и почему так поступают: они делают вид, что съели все, лежащее на тарелке, а на самом деле незаметно перекладывают еду на другие тарелки, втайне прячут или выплевывают уже пережеванную пищу, скармливают еду собаке, иногда специально заведенной для этой цели. Чтобы «пища не прошла в кишечник», перед ее приемом они туго перетягивают поясом талию.

Больные стараются не есть в присутствии людей, много пьют вместо еды, после еды вызывают рвоту, делают клизмы, чтобы уменьшить якобы избыточный вес. Часто рвота после еды приобретает навязчивый характер и доставляет больным физиологическое чувство облегчения и удовольствия. В целях «сжигания лишнего жира» они усердно занимаются физическими упражнениями, все делают стоя (читают, пишут, играют на пианино), спят не более 5–6 часов, лежа принимают напряженные позы. Для преодоления возникающей сонливости пьют до литра кофе в день,

крепкий чай, много курят.

У больных развивается медикаментозная зависимость: они принимают средства, понижающие аппетит; препараты щитовидной железы, стимулирующие обмен веществ; мочегонные и большое количество слабительных – последние под предлогом запоров, развивающихся в результате атонии кишечника. Больная может часами жевать крохотный кусочек пищи; отвергает самую вкусную еду, с жадностью поглощая остатки еды из мусорных баков, а то и поедая крем для обуви. Важно отметить, что удовольствие от еды пациентки получают только при наличии угрызений совести, чувства вины, а также портя или выплевывая пищу.

3-я стадия – *кахектическая* (греч. *kachexia* – общее истощение организма) может наступить через 1,5–2 года после начала болезни. Аппетит исчезает, так как вследствие постоянно вызываемой рвоты, которая может наступать и рефлексорно, сразу после приема пищи, снижается кислотность желудочного сока и развиваются дистрофические нарушения. Возникает отвращение к еде, при этом зубная паста, попавшая в рот при чистке зубов, или выделившаяся слюна оцениваются как достаточное количество еды. К этому времени больные теряют до половины своего веса, но тем не менее, глядя в зеркало, продолжают воспринимать себя слишком полными. Они прекращают заниматься физическими упражнениями и вызывать рвоту после еды, довольствуясь стремлением сохранить достигнутую массу тела, однако все еще опасаются располнеть в будущем.

У больных исчезает подкожно-жировая клетчатка, истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушится, зубы поражены кариесом и выпадают, ломаются ногти. Волосы выпадают, в то же время на коже появляется пушок и единичные длинные темные волоски. Исчезают месячные, понижаются давление и температура. Наблюдаются дистрофия миокарда и замедление пульса, анацидный гастрит, атония кишечника, опущение внутренних органов, обратное развитие матки и гениталий. При исследовании крови обнаруживается низкое содержание сахара и признаки анемии, в моче находят следы белка. Нарушается электролитный баланс, что может приводить к возникновению судорожных припадков.

Желудочно-кишечные нарушения приводят к появлению чувства тяжести в желудке и дискомфорта в животе при приеме пищи, что служит новым поводом для ограничений в еде. Беспокойство по поводу соматических нарушений может приводить к ипохондрическим переживаниям, что также способствует расстройству питания. Таким

образом, создается своеобразный порочный круг в виде аноректических циклов, когда хроническое голодание вызывает изменения внутренних органов, что, в свою очередь, приводит к ограничению питания. В ряде случаев больные начинают активно обследоваться у различных специалистов, преувеличивая тяжесть соматических расстройств и избегая консультации психотерапевта (Старшенбаум, 2005).

У мужчин анорексия протекает с выраженной сенестопатически-ипохондрической симптоматикой, нередко с формированием стойкого ипохондрического бреда, утратившего тематическую связь с прежними дисморфоманическими переживаниями. Тут наблюдается также выраженный психопатоподобный синдром и вторичная алкоголизация. Больные-мужчины по сравнению с женщинами значительно реже вызывают у себя рвоту и никогда не получают от нее физиологического удовольствия.

Нарушение пищевого поведения в виде синдрома нервной анорексии встречается, как правило, при двух типах девиантного поведения: патохарактерологическом и психопатологическом. В рамках первого нарушения пищевого поведения обусловлены особенностями характера человека и его реагированием на отношение со стороны сверстников, при втором – синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисморфоманического, ипохондрического симптомокомплексов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств.

Течение заболевания разнообразно, включая полное спонтанное выздоровление, полное выздоровление после успешного лечения, выздоровление с последующими рецидивами и прогрессирующее течение с летальным исходом от осложнений дистрофии. Летальный исход наступает в 5–9% случаев, около 20 % больных сохраняют симптоматику в течение катamnестического периода длительностью в 5–6 лет. Прогноз болезни тем хуже, чем позже начало и чем более дезорганизованы преморбидная личность и взаимоотношения в родительских семьях. При адекватном лечении в условиях стационара по мере выхода из кахексии у больных уменьшается астения и адинамия, на первый план выходят психопатоподобные проявления, особенно во взаимоотношениях с близкими. При отсутствии лечения почти в половине случаев наблюдается хроническое течение, в 10–20 % случаев наступает смерть в результате истощения, сердечной недостаточности, присоединения вторичных инфекций, а также суицида. Уровень смертности при этом заболевании самый высокий среди всех психических расстройств. Даже если больные

тяжелой формой анорексии выживают, у них могут сохраняться необратимые атрофические поражения головного мозга.

Считается, что существует генетическая предрасположенность к нервной анорексии: повышена морбидность среди родных сестер больных анорексией, конкордантность у однояйцевых близнецов превышает 50 %. У прямых родственников больных повышена морбидность аффективными психозами, что может говорить о генетическом характере этой патологии.

Высказывалось предположение, что в основе заболевания лежит первичное нарушение функции гипоталамуса, вызывающее аменорею, что отчасти подтверждает выявление у больных нарушений регуляции обмена центральных нейротрансмиттеров – допамина, серотонина, норадреналина (Agras, 1987).

Картина личности. Данные об особенностях личности при анорексии приводятся во многих работах (Probst, 1997; Bulik et al., 1999; Strober, 1991; Casper, 1990; Heinberg, 1997; Wichstrom, 1995; Jager et al., 1991; Leon et al., 1995; Nagel, Jones, 1992).

Современные психоаналитики интерпретируют нервную анорексию как тревожную реакцию незрелой личности на преждевременные требования независимости и социальной или сексуальной активности. Молодая девушка, попав в провоцирующую ситуацию, обнаруживает неспособность переработать первое столкновение с эротикой, которое вызывает тревогу. У нее возникает эдипов страх наказания за соперничество с матерью, страх расставания как необходимого условия освобождения от ее влияния, неспособность психологически отделять свою личность от материнской. Выявляется также бессознательный страх полового акта как разрушительного проникновения, страх беременности, которая отождествляется с полнотой и пробуждает детские фантазии об оральном зачатии и о пожирании плодом изнутри (Старшенбаум, 2005).

Психоаналитическое наблюдение показывает, что основными факторами при анорексии являются бессознательные агрессивные собственнические импульсы, такие как зависть и ревность. Эти импульсы, в случае если они подавляются сознанием, могут вести к тяжелым пищевым нарушениям. Ясно, что, поскольку принятие пищи должно приносить удовлетворение, чувство вины может нарушать аппетит, так что пациент не позволяет себе получать удовольствие от насыщения. Недаром пост является распространенной формой покаяния. Кроме того, анорексии может предшествовать очень сильная потребность в еде (Александр, 2002).

Другим распространенным психологическим фактором,

встречающимся у больных с анорексией, является бессознательная реакция злости. Под влиянием своего симптома пациент ведет себя, как обиженный ребенок, отказывающийся есть, чтобы родители начали беспокоиться и уделяли ему особое внимание.

Аналогичные эмоциональные факторы можно обнаружить у большинства взрослых, хотя здесь картина сложнее. Оральные агрессивные и рецептивные тенденции часто эротизируются и связываются с фантазиями сексуального характера, такими, как, например, фантазии о фелляции и куннилингусе. Связь потребности в утолении голода с чуждыми Эго сексуальными импульсами также может приводить к пищевым расстройствам. В детстве и даже в подростковом возрасте часто встречается фантазия об оральном оплодотворении. Бессознательное желание беременности и фобическое неприятие такого желания являются одной из весьма распространенных эмоционально заряженных фантазий, являющихся причиной пищевых нарушений у молодых девушек.

Сниженный вес и худоба, отсутствие вторичных половых признаков и месячных ассоциируются с возрастом латентной (асексуальной, от 5 до 12 лет) фазы. Х. Томэ (1998) указывает, что пациентки специфически реагируют на появление признаков полового созревания: они перемещают свои сексуальные страхи на собственное тело в целом и фиксируются на его общих очертаниях, в частности – на массе тела, которая кажется избыточной.

Психологическая защита использует двойное перемещение внутриличностного конфликта: во-первых, путем соматизации, и во-вторых, за счет регресса к оральной фазе развития. В результате сексуальные переживания отходят на второй план по сравнению с мономанической идеей уменьшения массы тела. Происходит нарциссический перевод либидо на собственное тело, ослабевают симбиотически-нарциссические отношения с матерью и эдиповы чувства к отцу. Пища ассоциируется с отвергаемыми родителями и обесценивается, таким образом происходит канализация агрессии.

Тут идеализируется нарциссически самодостаточное тело, обходящееся без пищи и других плотских потребностей. Иногда используется рационализация в виде мифов о примате духа над телом, аскетизме и пуританстве, об альтруистичной хлопотунье («Белоснежка и семь гномов»). На вооружение берутся идеи о том, что худые здоровее толстых, что аскетизм обостряет ум, что физическую слабость надо преодолевать закалкой, что растительные слабительные не являются настоящими слабительными и т. п. (Genlinghoff, Backmund, 1989). В итоге

больной добивается повышенного внимания семьи (вторичная выгода) и символически отвергает мать.

Гиперкомпенсация неудовлетворенной потребности больных в автономии переходит в стремление к самодостаточности и абсолютной независимости как жизненно важной цели. В соответствии с мазохистской установкой избирается роль жертвы. Настойчивое отрицание самопроизвольной рвоты объясняется не столько сокрытием болезни, сколько типичной аддиктивной защитой в форме отрицания. Отрицаются также признаки пола, игнорируется их обратное развитие и похудение тела. Наконец, отрицается возможность смерти. Некоторые пациентки упорно верят в девственное размножение. Таким образом, речь идет об идее самодостаточности как проявлении нарциссического всемогущества прегенитального характера. Повышенная двигательная активность больных обусловлена не только чувством голода, но и иллюзией всемогущества и независимости от внешних ресурсов. Кроме того, физическое изнурение играет роль искупления вины и очищения, а также способствует борьбе с «избыточным» весом. Нервная анорексия у мужчин рассматривается как проявление эдипова комплекса и комплекса кастрации (эротические чувства к матери, уход в болезнь как самонаказание за скрытую агрессию к отцу).

Как уже говорилось, существует глубинная связь питания с чувством безопасности, удовольствия и ощущением, что тебя любят. О. Фенихель (2004) указывает, что ребенок может отказываться от пищи из протеста против родительской фигуры. Затем негативные чувства переносятся на пищу, и нарушение питания может возникать во время любого конфликта между активностью и пассивностью. Препятствия к оральному обладанию провоцируют оральную агрессию – стремление кусать. С появлением совести орально-агрессивные тенденции вызывают чувство вины и потребность в самонаказании. Таким самонаказанием может стать отказ от пищи.

Самым суровым анальным запретом является поедание фекалий. Из-за неразрешенных анальных конфликтов происходит регресс к оральной стадии развития, где анальная установка проявляется в виде формулы: «Не позволю себя контролировать, буду есть, что захочу и когда захочу». У девочек на генитальной стадии развития еда связывается с зачатием и поеданием пениса. Отказ от еды может означать торможение мстительного варианта женского кастрационного комплекса: «Хочу не пищу, а любовь, пенис, ребенка». К. Меннингер (2000) рассматривает нервную анорексию как хроническую форму самоубийства.

Психологические теории, касающиеся причин нервной анорексии, основываются преимущественно на психодинамических концепциях: нервная анорексия в этом случае рассматривается как фобическая реакция избегания пищи, являющейся результатом сексуального и социального напряжения, которое вызвано физическими изменениями, связанными с пубертатом. Наступающая в результате этого недостаточность питания приводит к редукции сексуального интереса, что, в свою очередь, ведет еще к большим ограничениям в сфере питания.

Согласно другой динамической теории, в основе анорексии лежит успокоительная связь с теплым, но пассивным отцом и вина за агрессию к амбивалентной фигуре матери (Каплан, Сэдок, 1998). С одной стороны, пациент направляет на себя агрессию, которой наказывает себя за стремление расстаться с матерью, воспринимаемое как «предательство». С другой стороны, отказ от пищи является попыткой получить любовь и заботу или, если это не удастся, средством по меньшей мере разозлить других членов семьи, в том числе мать, и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль. И на самом деле, во многих семьях пищевое поведение пациентов является всепоглощающей темой, которая вызывает преимущественно негативные реакции. В лечении больные пытаются перенести эту схему отношений на терапевта или персонал госпиталя.

Психодинамически отказ от пищи можно понимать также как защиту от всего инстинктивно-телесного, при этом манифестная защита сдвинута на оральный уровень. Навязчивое похудение часто интерпретируется как бегство от женственности: отказ от пищи воспринимается как телесный успех, когда похудение препятствует развитию женских форм. Отказ от пищи служит также своеобразной защитой от страха беременности. Нервная анорексия – это не только борьба против созревания женской сексуальности, это также попытка защиты от взросления в целом, за которой стоит чувство бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых (Любан-Плоцца и др., 1996).

Личностная предрасположенность к анорексии проявляется как дифференцированность в интеллектуальной сфере и ранимость в сфере эмоциональной. В анамнезе обращают на себя внимание сенситивность и недостаточная контактность, хотя девочки ничем не привлекают к себе внимания. На языке теории невротизма, у больных анорексией женщин чаще наблюдаются черты шизоидной личности. Во многих случаях еще до начала болезни можно выявить аутистические установки и социальную изоляцию. В процессе развития болезни все заметнее становятся сходные с

бредом шизоидные аутистические признаки.

Часто больные производят впечатление социально компенсированных, добросовестных и послушных вплоть до полной подчиняемости. При этом они, как правило, обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Им свойственны духовные интересы, аскетичные идеалы, высокая трудоспособность и активность.

Психосексуальное развитие больных нервной анорексией заторможено, хотя месячные у них начинаются в среднем на год раньше, чем у сверстниц (Старшенбаум, 2005).

У больных отмечается дихотомическое мышление по типу «все или ничего», как у пограничных и депрессивных личностей. Поэтому, например, больная оценивает себя в зеркале либо как идеальную, либо как толстую и безобразную. Выделяют (Карсон и др., 2004) следующие личностные особенности, характерные для больных анорексией:

- им свойственна значительная эмоциональная сдержанность и когнитивная заторможенность;
- они предпочитают привычную, упорядоченную и предсказуемую обстановку, плохо адаптируются к переменам;
- они относятся к окружающим с повышенным почтением и послушанием;
- они избегают риска и реагируют на стресс выраженным возбуждением или сильными эмоциями;
- они фокусируются исключительно на процессе совершенствования.

Указанные особенности личности затрудняют адаптацию к половому созреванию и жизненным переменам, характерным для юношеского возраста. Анорексия часто начинается после того, как девочка о ней прочла или кто-то из знакомых попал с этой болезнью в больницу. Событием, вызывающим анорексию, может стать фрустрация, связанная с весом тела (обидные замечания сверстников, отказ в приеме в хореографическую группу и т. п.).

Несмотря на значительное истощение, больные нервной анорексией кажутся яркими, веселыми, энергичными и неутомимыми. Кроме того, большинство больных не осознают, что их пищевое поведение угрожает жизни. Обычными признаками нервной анорексии являются навязчивый страх потерять контроль, отсутствие беспокойства по поводу прекращения месячных, запоры и классическое описание «хорошей девочки». Обсессивные расстройства проявляются в сильном желании оставаться пассивной и зависимой. Хотя плохой аппетит и потеря массы тела могут сопровождать тяжелую депрессию, она необязательно лежит в основе

нервной анорексии.

Кроме индивидуальной психодинамики, большое значение для диагностики и терапии имеют особенности отношений в семьях больных. Для таких семей характерна атмосфера перфекционизма, тщеславия и стремления к социальному успеху. Часто тут встречается семейный идеал самопожертвования с соответствующим соревнованием членов семьи (Wirsching, Stieriin, 1982). Больная часто является единственной дочерью, которая испытывает чувство неполноценности относительно брата или братьев (Jores, 1973). Контроль, стремление к гармонии и гиперопека во многом определяют процесс взаимодействия в семье. Эмоциональные конфликты отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. Вследствие этого в семье постоянно царит напряженная атмосфера, однако семья демонстрирует окружающим картину согласия и гармонии (Petzol, Reindell, 1980).

Семьям с больными анорексией свойственны и такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная опека, избегание конфликтов, ригидность и вовлечение детей в родительские конфликты. Симптоматика анорексии с точки зрения семейного подхода представляет собой борьбу за власть дочери с родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело для больной является последней сферой, где она может отграничиться от требований родителей и сохранить сколько-то автономии (Minuchin, 1977; Minuchin et al., 1983). В такой семье каждый стремится навязать другому собственное определение отношений, другой же, в свою очередь, отвергает навязываемое отношение. Никто тут не готов открыто взять на себя руководство и принимать решения от собственного имени. Открытые союзы между двумя членами семьи немыслимы. Пересекающие поколения коалиции на вербальном уровне отрицаются, хотя их можно наблюдать на уровне невербальном. За фасадом супружеского согласия и гармонии кроется глубокое обоюдное разочарование, которое, однако, никогда не признается открыто (Selvini-Palazzoli et al., 1977).

В целом в таких семьях чаще доминирует женский авторитет, будь это мать или бабушка. Отцы находятся по большей части вне эмоционального поля, так как матери их скрыто или явно подавляют. Это снижает их ценность в глазах семьи, на что они реагируют, отдаляясь еще сильнее, а это дает матерям простор для расширения сфер доминирования.

Взаимоотношения с родителями у больных обычно сложные, и тут можно выделить несколько типов, в зависимости от особенностей матери. Истероидная доминирующая мать требует от ребенка лидерства во всем и

культивирует представление об «идеальной фигуре». Когда ребенок заболевает нервной анорексией, это вызывает у матери затяжные реактивные состояния и заостряет ее характерологические черты. Скрытые семейные конфликты актуализируются и становятся все более деструктивными. В итоге больная утрачивает контакт с родителями, что усугубляет течение заболевания и затрудняет проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.

Паранойяльная доминирующая мать культивирует семейный миф о благополучной семье, воспитывая ребенка в духе повышенной моральной ответственности. Заболевшего ребенка долго ограждают от контакта с психиатрами, создавая собственные псевдонаучные объяснения болезни и концепции лечения. Убедившись в тяжести и неблагоприятном течении заболевания, мать отвергает «не оправдавшего надежд» ребенка, особенно при наличии других детей, на которых и переключается все внимание семьи. В результате больной ребенок остается без медицинской помощи.

Симбиотическая мать обычно воспитывает ребенка без мужа, она убеждена в правильности всех высказываний и поступков дочери и во всем ее поддерживает. Как и при индуцированном психозе, мать отрицает психическое расстройство у дочери, даже при наличии выраженной кахексии потворствует тому, чтобы та продолжала учебу или работу и не обращалась за медицинской помощью. В этом случае позиция матери также создает трудности в лечении больной.

В конфликтной семье робкая мать во всем потворствует дочери, а агрессивный пьющий отец воспитывает ее с применением силы. Он воспринимает патологическое пищевое поведение дочери как каприз и пытается подавить «хулиганство». Иногда заболевание дочери способствует смягчению обстановки в семье и объединению родителей, но чаще они остаются безразличны к ее судьбе и за помощью обращаются родственники.

При мужской анорексии, как правило, выявляется наследственная отягощенность шизофренией и другими бредовыми психозами, шизоидной психопатией и различными аномалиями характера, тревожной депрессией, фобиями и алкоголизмом. Часть матерей таких больных в молодости перенесли приступ шизофрении с дисморфоманической и аноректической симптоматикой.

Мара Сельвини Палаццоли (2002) рассматривает анорексию как моносимптоматический психоз, который ограничивается тотально доминирующим представлением о том, что собственное тело должно быть уничтожено путем отказа от всех оральных устремлений. Она считает

данное заболевание семейным и описывает «аноректическую семью», опираясь на следующие характеристики:

- 1) никто открыто не принимает на себя лидерство, причины поведения приписываются внешним факторам;
- 2) открытое союзничество грешно;
- 3) никто не принимает на себя ответственность за плохое состояние дел.

В системе, в которой столь велика вероятность отвержения коммуникации, отвержение еды находится в полном созвучии со стилем взаимодействия семьи. В особенности оно согласуется с жертвенной установкой группы, в которой страдание в игре за превосходство является наилучшим ходом.

Отмечают и другие типичные особенности аноректической семьи (Минухин, Фишман, 1998):

- Тут существует жестко связывающая модель семейных взаимоотношений, в которой верность семье и ее защита ставятся выше, чем независимость и самореализация.
- Семья обычно ориентирована на ребенка, так что у девочки формируется менее сознательное отношение к своим действиям. Она делает все возможное, чтобы вызвать любовь и внимание, и в конечном итоге занимает перфекционистскую обсессивно-компульсивную позицию.
- Развитие автономии заторможено. Все, что девочка делает, находится под заботливым и «самоотверженным» контролем семьи. Возражения и собственная инициатива расцениваются как предательство, поощряются самоотверженность и верность семье.
- Внесемейные взаимоотношения не стимулируют, не одобряют и контролируют.
- Граница между семьей и внешним миром четко обозначена, хотя границы внутри семьи неясны. То же относится и к границам с семьями, из которых вышли родители. Часто формируется коалиция со старшим поколением, ребенок вовлечен в эти взаимоотношения и используется как средство избегания конфликтов.
- Большое внимание в семье уделяется питанию и соматическим функциям.

В. Вандерэйкен и Р. Мирман (Vandereycken, Meerman, 1984) выделяют в психогенезе нервной анорексии четыре типа порочных кругов: два на уровне семейных взаимоотношений и два внутриличностных.

1. Голодание является эффективным средством в борьбе с родителями. Не добившись внимания в роли примерного ребенка, девочка заставляет

родителей тревожиться и умолять ее есть.

2. Чрезмерное внимание родителей к питанию ребенка, особенно если применяются наказания и насильственное кормление, вызывает у девочки рвоту и снижение аппетита.

3. Аппетит снижается под влиянием тревоги больной по поводу реальной или мнимой чрезмерной полноты, а также в связи с реакцией внешней среды на потерю массы тела. Источником тревоги может стать физическое созревание и психосексуальное развитие, которые эффективно тормозит потеря веса.

4. Голод вызывает тревогу на биологическом уровне, а поскольку больная не идентифицирует чувство голода, то безуспешно пытается справиться с тревогой, отказываясь от еды.

Таким образом, наличие биологических предрасполагающих факторов в сочетании с психосоциальными пусковыми приводит к формированию дезадаптивных защитных психологических реакций. Фобическая установка относительно еды может иметь разное, но всегда неосознаваемое содержание: компенсация заниженной самооценки стремлением к нереалистическому идеалу, попытка символически остаться в роли маленькой девочки из страха перед нарастающей ответственностью и другими трудностями взрослой жизни (в том числе – перед сексуальностью). Особую роль может играть непереработанный в раннем детстве инцестуальный конфликт. Бессознательная тревога может затем актуализироваться во время первого эротического опыта со сверстником. Иногда играет роль зависимость от членов семьи, соперничество с братьями и сестрами, страх расставания, который может актуализироваться вследствие смерти членов семьи, развода родителей, ухода брата или сестры из родительского гнезда (Старшенбаум, 2005). Сформировавшись, патологическое пищевое поведение замыкает самостоятельный патогенетический порочный круг биохимических, нейроэндокринных и психопатологических отклонений. К последним относятся расстройства самовосприятия, сопровождающиеся отрицанием собственной истощенности, слабости, голода (Попов, Вид, 2000).

Обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, тревога и другие формы психиатрической патологии часто сопутствуют нервной анорексии. Достаточно распространено, например, компульсивное воровство, обычно леденцов или слабительного, но иногда одежды и других предметов.

1.2.2. Нервная булимия

Булимия (бычий голод) (от греч. *bu(s)* – бык и *limos* – голод) – это нарушение пищевого поведения, для которого характерны навязчивая еда и

рвота или еда и дефекация (Drewnowski et al., 1995). Булимия иногда носит и другие названия: «синдром пищевого хаоса» (Palmer, 1979), «синдром ненормального контроля за нормальным весом» (Hsu, Crisp, 1979), «особый вариант пищевого поведения» (Коркина, 1984).

Формализованные критерии диагностики нервной булимии были впервые представлены в DSM-III, где нервная булимия была выделена в качестве самостоятельного психического расстройства, независимого от нервной анорексии. Впоследствии были исключены некоторые второстепенные признаки, характеризующие поведение больных во время приступа, наличие у пациента искаженного восприятия своего физического Я стало обязательным критерием, был введен количественный критерий частоты приступов переедания и исключен критерий «депрессивное настроение и депрессивные идеи, связанные с перееданием». DSM-IV рекомендует для постановки диагноза нервной булимии следующие критерии (DSM-IV, 1994):

А. Повторяющиеся «приступы обжорства», характеризующиеся:

1) потреблением пищи в дискретный период времени (например, в течение 2 часов) в количестве, намного превышающем количество, съедаемое большинством людей при прочих равных условиях и в тот же промежуток времени;

2) чувством потери контроля над пищевым поведением во время приступа (например, ощущение неспособности перестать есть и проконтролировать качество и количество съедаемого).

В. Регулярное принятие неадекватных мер по борьбе с увеличением массы тела, например использование самоиндуцированных рвот, злоупотребление клизмами, слабительными, мочегонными или другими лекарственными средствами, а также ограничение себя в еде или физические упражнения.

С. «Приступы обжорства» и неадекватные методы их компенсации случаются в среднем дважды в неделю на протяжении трех месяцев.

Д. Фигура и масса тела оказывают чрезмерное влияние на самооценку.

Е. Отсутствуют признаки нервной анорексии.

Выделяют два варианта течения нервной булимии: «с очистительным поведением» и «без очистительного поведения». Больные первой группы для поддержания веса наряду с голоданием используют самоиндуцированные рвоты и прием фармакологических препаратов, а больные второй группы поддерживают вес только за счет жестких диетических ограничений. У больных с «очистительным поведением» наблюдаются более тяжелые дисморфоманические нарушения (Mitchell,

1992).

Для диагностики нервной булимии (F50.2) по МКБ-10 состояние должно соответствовать следующим критериям (Попов, Вид, 2000):

- 1) повторяющиеся приступы переедания (быстрого поглощения большого количества пищи в дискретный период времени);
- 2) чувство потери контроля над поведением во время приступа;
- 3) для предотвращения прибавки в весе больные постоянно используют самоиндуцированные рвоты, слабительные или мочегонные, жесткие диетические ограничения или голодание, физические нагрузки;
- 4) среднее количество приступов переедания не менее 2 в неделю в течение трех месяцев;
- 5) постоянная чрезмерная обеспокоенность формами и весом тела.

Точные данные о морбидности в населении отсутствуют. Заболеваемость среди учащихся составляет 4–9%. Начало в возрастном промежутке 12–35 лет, пик частоты возникновения приходится на 18 лет, то есть несколько позже, чем при нервной анорексии. Преобладают женщины, пациенты мужского пола составляют лишь 10–15 % (Попов, Вид, 2000).

Специфичные для булимии этиологические факторы не выявлены, имеющиеся разрозненные клинические наблюдения дают основания лишь строить гипотезы о возможных этиопатогенетических механизмах. Предрасполагающим фактором является повышенное питание в преморбидном периоде. В преморбиде больных также отличает дезадаптация во всех социальных сферах. Отмечена достоверная взаимосвязь со стрессовыми ситуациями (семейные и сексуальные конфликты, вхождение в новый коллектив), которые могут служить пусковыми факторами для возникновения расстройства.

Нарушение пищевого поведения по типу нервной булимии может также возникать при неблагоприятном сочетании микросредовых (семейных) и социально-психологических факторов с определенным психическим преморбидом и соматической предрасположенностью, когда молодые девушки не в состоянии противостоять давлению стандартов моды и рекламы, насаждающих культ стройного тела.

Стержневым проявлением тут является потеря контроля над пищевым поведением, приступы переедания, за которыми следуют попытки избавиться от их последствий. Принимаемая пища обычно высококалорийная и мягкой консистенции (например, пирожные), больные съедают ее тайно, в спешке, чаще вечером, иногда не разжевывая, хотя средняя длительность приступа составляет около часа. Частота приступов варьирует от нескольких в день до одного за 1–2 недели, энергетическая

ценность пищи, съеденной за один эпизод, составляет 3500–5000 калорий.

Приступ завершается дискомфортом – как физическим (боли в эпигастрии, чувство вздутия, тошнота), так и психическим (депрессивные проявления, чувство вины, неудовлетворенности собой), – а также избеганием социальных контактов. Обычным сопутствующим нарушением поведения являются импульсивные кражи, больные похищают чаще всего еду, предметы одежды, бижутерию. Рвота после приступа вызывается вначале введением пальцев в полость рта, позднее – условно-рефлекторно. От постоянных попыток вызвать рвоту на тыльной стороне кисти могут образовываться множественные характерные царапины. Другим осложнением рвот является кариес.

При приеме пищи вне приступа часто не возникает чувства насыщения. Прием диуретиков и слабительных с целью снижения веса может вызвать обменные нарушения: снижение уровня хлора и калия в сыворотке крови. Дисбаланс электролитов вызывает ощущение слабости, сонливости и аритмии, в отдельных случаях приводящие к внезапной остановке сердца. Больные сохраняют свой обычный вес; иногда он может быть несколько снижен или повышен. Они озабочены своей сексуальной привлекательностью и проявляют большую сексуальную активность по сравнению с больными нервной анорексией. В ряде случаев (от одной четверти до одной трети) развитию расстройства предшествует нервная анорексия или эпизод жесткой диеты (несколько недель – год) в связи с недовольством своей внешностью. Течение обычно многолетнее, хроническое, возможны ремиссии.

Отличить нервную булимию от булимической формы нервной анорексии помогает отсутствие двух важных для нервной анорексии симптомов: потери веса и аменореи. У больных с булимией, в отличие от анорексии, имеется отчетливое сознание неправильности своего пищевого поведения и умение скрывать его от окружающих, зачастую даже от родных. Рвоты в связи с расстройствами желудочно-кишечного тракта носят непроизвольный характер, что позволяет отличить эти нарушения от булимии. Приступы переедания, гиперфагия, встречающиеся в рамках других расстройств (пограничное расстройство личности, синдромы Клювера-Бюси и Кляйн-Левина), можно отличить от булимии на основе других психопатологических признаков, присущих этим состояниям.

В соответствии с типологией, основанной на структурно-психопатологическом анализе приступов булимии, выделяют обсессивный, дистимический и компульсивный варианты заболевания.

Для больных с обсессивным вариантом характерно сочетание

гедонистически окрашенных переживаний, связанных с пищей, и осознание нежелательности их реализации. В структуре влечения преобладает идеаторный компонент в виде навязчивых представлений, сомнений, воспоминаний. Характерным является достаточно длительный период борьбы мотивов.

Отличительной особенностью дистимического варианта булимии является превалирование в структуре влечения аффективного компонента. Влечение слабо осознается, реализация побуждения происходит после непродолжительного периода борьбы мотивов.

У больных с импульсивным вариантом булимии актуализация влечения сопровождается подавлением всех конкурирующих побуждений. Реализация влечения происходит без предшествующей внутренней переработки побуждения, борьбы мотивов. Во время приступа отмечается фрагментарное избирательное восприятие окружающего с последующей парциальной амнезией.

Особое место занимает психопатологическая квалификация рвотного поведения. Большинство больных прибегает к искусственному провоцированию рвоты после приступов булимии. В основе рвотного поведения у больных с пограничными состояниями лежит релаксирующая мотивация. Искусственное вызывание рвоты способствует редукции тревожных либо навязчивых опасений увеличения массы тела.

При шизотипическом расстройстве наблюдаются два варианта динамики рвотного поведения. В первом случае в основе рвотного поведения лежит стремление к получению эйфории. После вызванной рвоты больные отмечают появление приятного чувства «легкой усталости», «истомы», «блаженства». Во втором случае по мере нарастания расстройств искусственная рвота становится особой формой защитного поведения – ритуалом.

Выделяют различные категории больных нервной булимией в зависимости от массы тела и особенностей пищевого поведения. В частности, одна группа больных обращает внимание на сладкую пищу, другая – на соленую.

Существует классификация нервной булимии, основанная на клинко-патогенетическом подходе, с выделением пяти групп больных (Yager et al., 1993). У больных с «транзиторной» нервной булимией решающее значение в возникновении и закреплении патологического стереотипа поведения имеют психологические механизмы индуцирования и подражания: к вызыванию рвоты после приема пищи прибегают по примеру или совету сверстниц. У больных второй группы началу заболевания предшествует

прибавка массы тела в пубертатном возрасте и, как правило, выявляется наследственная предрасположенность к развитию ожирения. У больных третьей группы наряду с нервной булимией выявляется очерченная депрессивная симптоматика, причем депрессия может либо предшествовать нервной булимии, либо развиваться по мере утяжеления нарушений пищевого поведения. Патология пищевого поведения у больных четвертой группы связана с особенностями эмоционально-волевой сферы (стремление к незамедлительному удовлетворению желаний, низкая толерантность к фрустрации и низкий порог агрессивных реакций) и недостаточной дифференцированностью между побуждениями различных модальностей, где гиперфагическое поведение является одним из способов эмоциональной разрядки. Развитию болезни у больных пятой группы предшествует период ограничения в питании с целью коррекции внешности (Савчикова, 2005).

На основании механизмов формирования выделяют реактивную и аутохтонную нервную булимию (Циркин и др., 2000). При реактивной нервной булимии, манифестирующей, как правило, в возрасте 20–25 лет, эпизоды переедания связаны с психологической нагрузкой и начинаются с борьбы мотивов. При этом булимическая симптоматика сочетается с субдепрессивной, а булимическим расстройствам предшествуют гиперфагические реакции на стресс. При аутохтонной нервной булимии, манифестирующей до 20 лет, частота переедания выше, влечение к пище носит безудержный характер, отсутствует чувство насыщения, снижена критика к булимическим расстройствам, слабее выражена аффективная симптоматика, практически отсутствуют гиперфагические реакции на стресс. Пациенты с реактивной нервной булимией чаще носят черты тревожной или зависимой личности, а пациенты с аутохтонной нервной булимией – эмоционально-неустойчивой личности.

Как видно из клинических описаний, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения. Однако нервная булимия, в отличие от анорексии, может входить в структуру девиантного поведения аддиктивного типа. Если отказ от пищи играет роль противостояния реальности (существенный параметр патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения), то непреодолимое влечение к пище может отражать как противостояние (в частности, снятие симптомов тревоги, депрессии при невротических расстройствах), так и уход от реальности. При аддиктивном поведении повышение ценности процесса питания и переедание становится

единственным удовольствием в скучной, однообразной жизни. Человек избирает для себя питание как альтернативу повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями, регламентом. У него формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения. К примеру, такой человек может получать новые необычные ощущения от количества и качества пищи, сочетания несочетаемых ингредиентов (огурцов с медом, торта с горчицей). Главный мотив тут – бегство от «опостылевшей» реальности в мир вечного «пищевого удовольствия».

В отличие от больных анорексией, люди, страдающие булимией, долго сохраняют обычный вес с незначительными отклонениями в ту или иную сторону; они мечтают о более стройной фигуре, но не собираются упорно худеть. Если у больных с булимической формой анорексии присутствует дисморфомания (бредовое восприятие своего тела), то у больных булимией имеется лишь дисморфофобия в форме навязчивого страха ожирения без нарушения восприятия своего тела, но с опасением потерять сексуальную привлекательность. Такие пациентки более непоседливы, гневливы и импульсивны, чем больные нервной анорексией.

В последние годы появляются данные о генетической предрасположенности к заболеванию, оно чаще встречается у однояйцевых близнецов. Установлены два вещества, естественным образом угнетающие аппетит: гормон лептин и белок глюкогоноидный пептид-1. Предполагается, что работа рецепторов мозга, реагирующих на эти вещества, у больных булимией нарушена. У таких больных выявляется пониженная активность нейромедиаторов норадреналина и серотонина, часто наблюдается депрессия.

Многие авторы считают булимию одним из типов аноректического поведения. Так, нервная булимия является злокачественным вариантом нервной анорексии по мнению Russell (1985). При анализе динамики нервной анорексии был выявлен факт появления на определенном этапе болезни трудно преодолимого чувства голода с возможностью переедания в связи с недостаточным питанием. В дальнейшем употребление большого количества пищи сопровождалось тревогой и стремлением избавиться от съеденного в связи со страхом поправиться и появлением тяжести в желудке. Была предложена классификация булимических расстройств при нервной анорексии (Коркина и др., 1991).

1. Булимия как симптом нервной анорексии.
2. Булимия как этап нервной анорексии.
3. Булимический вариант нервной анорексии.

Булимия как симптом болезни ограничивается пищевыми

расстройствами в виде приступов непреодолимого чувства голода на фоне значительного ограничения в еде, однако страх поправиться удерживает больных от избыточного приема пищи. На этом фоне возникают навязчивые мысли о еде, опасения появления чувства голода, а также неуверенность в возможности отказаться от еды. В случае переедания возникают тягостные ощущения в желудке, иногда тошнота, даже рвота. Несмотря на тягостные вегетативные проявления при подобном состоянии, в дальнейшем больные начинают прибегать к искусственной рвоте в период очередного приступа булимии. Таким образом, булимия как симптом является одним из наиболее важных критериев утяжеления болезни, она ограничивается пароксизмальными подъемами аппетита, обсессивно-фобической симптоматикой и аффективной патологией.

При булимии как этапе нервной анорексии центральное место в проявлениях болезни занимает патология пищевого поведения, в основе которой лежит непреодолимый голод с отсутствием чувства насыщения. Ранний период булимического этапа характеризуется расстройствами, типичными для симптома булимии. Будучи не в состоянии бороться с чувством голода, больные в дальнейшем начинают переедать, употребляя при этом большое количество пищи, иногда малосъедобной. Перееданию, как правило, предшествует чувство тревоги, беспокойства, вплоть до агрессивных тенденций при наличии препятствия к утолению голода. Само переедание сопровождается кратковременной эйфорией, а также отчетливыми вегетативными реакциями. Вместе с тем страх прибавки в весе вынуждает больных систематически освобождаться от съеденного с помощью искусственной рвоты или слабительных. У ряда больных рвота не сопровождается тягостными вегетативными реакциями, вызывается легко, лишь наклоном туловища, напряжением мышц живота. После рвоты наступает состояние эйфории, которое сменяется в дальнейшем угнетенностью и самобичеванием. Масса тела таких больных может быть очень низкой, но по мере нарастания количества съедаемой пищи масса тела бывает в пределах нормы или выше. В ряде случаев приступы булимии не сопровождаются искусственной рвотой, и вслед за кратковременным периодом эйфории наступает депрессивное состояние с тревогой, вплоть до ажитации и суицидальных намерений, а также агрессивных тенденций по отношению к близким (особенно на высоте аффекта). Приступы булимии развиваются на фоне усиления депрессии, а усиление булимической симптоматики сопровождается нарастанием депрессивных расстройств. Получается своего рода порочный круг. Значительная роль в структуре болезни на булимическом этапе

принадлежит характерологическим сдвигам, в процессе заболевания происходит как заострение преморбидных характерологических особенностей, так и формирование ранее не свойственных больному черт. При этом наблюдается сочетание выраженной эксплозивности с тревожно-мнительными чертами.

Особенностью булимического варианта нервной анорексии является очень короткий этап коррекции внешности с помощью ограничений в еде (от нескольких недель до 6 месяцев) с быстрым формированием булимической симптоматики и патологических форм пищевого поведения, которые в дальнейшем определяют клиническую картину болезни. Период ограничения в еде из-за его малой продолжительности может оставаться невыявленным. Этап собственно ограничения в еде является обязательным, но отказ от еды переносится больными тяжело. Особенностью булимии у этих больных является интенсивность приступов голода с компульсивным стремлением к насыщению. Преморбидно это могут лица с истерическими чертами характера, с первичной соматоэндокринной недостаточностью в виде тенденции к избыточной массе тела и нерегулярного менструального цикла. Для родственников этих пациентов характерна высокая частота эндокринной патологии.

В целом, исследование механизмов нервной булимии привело к развитию трех основных подходов: биологического (нейрохимические изменения, наблюдаемые при булимии, позволили исследователям выдвинуть гипотезу о патофизиологической роли этих изменений, предполагается, что циклы переедания и использования искусственной рвоты и слабительных при булимии – причины нейрохимических изменений), психоаналитического, феминистски-культурального (Bendfeldt-Zachrisson, 1992).

Картина личности. Структура личности пациенток с булимией так же неоднозначна, как и при анорексии. В целом булимию можно объяснить социальными противоречиями, в которых вырастают современные западные женщины. Исследуя исторические условия появления булимии, Хабермас (Habermas, 1990) характеризует ее как «этническое расстройство» и прослеживает корни этого заболевания. Он описывает типичный и нормативный конфликт среднего и позднего подросткового возраста, который имеет общие черты у всех женщин с булимией. Это, во-первых, уход из родительской семьи и задача обретения самостоятельности; во-вторых, проблема развития в связи с неприятием своего сексуально созревшего тела и конфликт сексуальной идентификации.

На первый взгляд, больные часто кажутся сильными, независимыми, целеустремленными, честолюбивыми и выдержанными. Это, однако, резко расходится с их самооценкой и восприятием себя: таким больным свойственны ощущение внутренней пустоты, бессмысленности и пессимистически депрессивный фон как следствия шаблонов мышления и поведения, порождающих чувство беспомощности, стыда, вины и неэффективности. Они постоянно спрашивают себя, что от них ожидают окружающие, правильно ли они ведут себя. Они стремятся к большему успеху и часто путают любовь, которой они добиваются, с признанием (Genlinghoff, Backmund, 1989). Поскольку восприятие себя и Я-идеал резко расходятся, это порождает расщепленную картину: хороший образ вовне и плохой внутри, который они скрывают.

Часто они происходят из семей с импульсивной коммуникацией и значительным потенциалом насилия. Структура отношений в семьях отмечена высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между людьми, высоким уровнем стресса и малоуспешными стратегиями решения проблем при высоком уровне ожиданий социального успеха.

В этой ситуации больные рано принимают ответственные задания и родительские функции. Опасения не справиться с задачей и оказаться во власти произвола ненадежных родителей контролируются и компенсируются заботливым поведением; слабые и зависимые аспекты личности сдерживаются и в конце концов проявляются в приступах переедания и избавления от еды.

В преморбиде у больных наблюдают такие особенности, как повышенная тревожность, импульсивность, снижение самооценки, экстравертированность, коммуникативные нарушения, тенденция к формированию различных зависимостей. Непреодолимое влечение к пище может предотвращать развитие невротических симптомов: тревоги, подавленности, напряженности.

Эмоциональная нестабильность, импульсивность со страхом потери контроля, низкая толерантность к фрустрации определяют психодинамику нарушения. Больной часто не удается дифференцированно воспринимать свое внутреннее состояние и его осознавать, что приводит к диффузному чувству внутренней угрозы, полностью овладевающей человеком.

Поскольку выразить конфликт невозможно, происходит сдвиг в оральную сферу. Питание меняет свое значение. Голод искаженно интерпретируется как угроза в результате потери контроля, контроль же над телесными функциями в силу обобщения приравнивается к способности справиться с проблемами. Сам по себе приступ переедания

направлен на снижение напряжения и доставляет утешительное удовлетворение, однако этот эффект кратковременный. Одновременно переедание воспринимается больной как потеря контроля, подвергающая радикальному сомнению ее автономию и способность справиться с жизнью. Искусственная рвота должна поддерживать постоянство веса тела, для больной это является символом того, что самоконтроль и автономия восстановлены. Чувства стыда и вины в связи с этим часто являются причиной социального и эмоционального регресса, а также расщепления на внешнюю демонстрацию благополучия на фоне скрываемой низкой самооценки. Расхождение между самооценкой и подачей себя может вызвать чувство внутренней пустоты и напряжения, которое активируется в сложных житейских ситуациях, что вновь запускает порочный круг болезни. Поскольку расщепление между демонстрацией благополучия и низкой самооценкой вынести нелегко, используется спасительная анозогнозия, которую можно расценить как защиту отрицанием. Наконец, переедание может символизировать медленное и прогрессирующее самоубийство.

Больным, страдающим булимией, присущи следующие особенности:

- перфекционизм;
- склонность к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;
- импульсивность, хаотичность, готовность рисковать;
- низкая и неустойчивая самооценка;
- неудовлетворенность собственным телом;
- нереалистичные цели;
- отчаяние при неудачах в достижении этих целей;
- личные отношения также строятся по «булимической» схеме: пылкое увлечение – резкий разрыв;
- неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи (еда как наказание, насильственное кормление, скандалы и т. п.).

Влечение к пище может отражать уход от реальности (бегство в пиршество, оргию). Акт поглощения еды уменьшает ситуационную тревогу и подавленность за счет перемещения внимания на тело, вес которого легче контролировать, чем ситуацию или свое эмоциональное состояние. Этот стереотип в дальнейшем включается как реакция на эмоциональную фрустрацию. Определенные виды пищи могут иметь различное символическое значение: молоко вызывает чувство защищенности, мясо является символом силы, икра – престижа, кофе и спиртное – взрослости, сладости – награды.

Можно выделить следующие мотивации булимического поведения: страстное желание обладать, поглощать, фантазии о беременности и кастрационные желания (откусывание батона, колбасы), ожирение как защита от мазохистически отвергаемой роли привлекательной женщины, массивность и солидность тайно неуверенного в себе мужчины (наравне с такими фаллическими символами, как галстук и борода).

Непременным условием приступа обжорства с рвотой является скрытность, как при мастурбации, суррогатом которой можно считать булимическую оргию. Однако нарастающая изоляция и отказ от контактов приводят к заместительному удовлетворению на оральном уровне, таким образом возникает порочный круг. Неприемлемость сексуальных фантазий и агрессивных побуждений проявляется символически, на языке тела и пищевого поведения. Рвота заменяет выкидыш, отказ от беременности; ожирение служит «поясом целомудрия», демонстрируя отказ от сексуальной привлекательности и женской половой роли.

Сам процесс еды призван заменить акт сосания материнской груди, который взрослому уже недоступен. Поэтому борьба за психологическую независимость от матери выражается в двойственном отношении к еде.

1) В основе экзистенциальной мотивации лежит чувство внутренней пустоты и скуки. Пища заполняет рот и живот, вызывая эйфорию, которая не может заменить наполненной внутренней жизни.

2) Увеличение количества пищи вызывает ощущения излишка, тяжести, неспособности ее переварить, чувство утраты самоконтроля, разочарования в данном способе компенсации. Каждый булимический приступ усиливает чувство неполноценности и вызывает потребность в самонаказании. Таким извращенным карающим наслаждением становится следующий приступ.

Для больной булимией важно не только съесть продукт, но и испортить его, а затем выбросить как обесцененный и побежденный. За маской любви к еде (груди матери) тут скрывается жадность, зависть и ревность. «Промыть желудок» и «очистить кишечник» после еды – это все равно, что «умыть руки» для «очистки совести».

В последние годы возник интерес к вопросу о связи между булимией и личностными нарушениями (Mauro, Santonastaso, 1992). Основанием для постановки вопроса послужили клинические данные о распространенности у больных нервной булимией таких явлений, как импульсивность, эмоциональная лабильность, суицидальные попытки, наблюдаемых и при личностных нарушениях.

Была выдвинута гипотеза о том, что булимию частично можно

объяснить когнитивными нарушениями, в частности недостаточным самоконтролем и пониженной чувствительностью к сигналам насыщения (Pendleton et al., 1990). Пациентки с булимическими расстройствами обладают пониженным самоконтролем и чувствительностью к сигналам насыщения, однако лишь в том случае, если у них нарушается способность к концентрации внимания (Heilbrun, Worobow, 1991). Больным с нервной булимией свойственны следующие нарушения в когнитивной сфере: селективное абстрагирование, персонализация, дихотомические суждения, перфекционизм, суеверия, сверхгенерализация (Franko et al., 1992). Женщины с булимией склонны устанавливать для себя высокие недостижимые стандарты, они страдают от одиночества и страха; мужчины кажутся им властными и склонными к насилию, а позиция женщин в обществе расценивается как позиция слабой и беспомощной жертвы (Axtell, Neulon, 1993).

Многие исследователи считают, что причиной булимии является дефицит уверенности в себе. Чтобы проверить эту гипотезу, было проведено исследование больных, страдающих булимией, с помощью различных методов: ролевых игр, опросников и др. Полученные результаты подтвердили предположение о том, что дефицит уверенности в себе при булимии связан с когнитивными, а не с поведенческими нарушениями (Mizes, 1989).

Поскольку среди больных булимией преобладают женщины, некоторые ученые считают, что риск развития булимии определяется женской половой идентичностью (Kligenspor, 1994). Причем для таких женщин обычно характерна традиционно женская половая идентификация, в то время как среди женщин, не страдающих булимией, преобладают андрогины. Маскулинность снижает риск возникновения нарушений пищевого поведения по типу булимии, по-видимому, в силу повышения самооценки.

Хотя больным булимией часто удается удерживать свой вес в пределах нормы, они ощущают, что не соответствуют своим собственным ожиданиям и ожиданиям окружающих. Им свойственны слабая социальная адаптация, недостаточный самоконтроль, зависимость от других, нарушение полоролевого поведения. От 35 до 78 % (по разным данным) таких больных страдают также и депрессией.

Существует несколько гипотез касательно соотношения нервной булимии и депрессии: есть мнение, что причину булимии следует искать в аффективных расстройствах, согласно другой гипотезе депрессивные симптомы являются вторичными по отношению к булимии (как часть

цикла переедание-очищение), третий вариант рассматривает булимию как сочетание биологической аномалии и общей депрессии. Согласно одной точке зрения, разные гипотезы соответствуют различным стадиям булимии (Beebe, 1994).

Известно, что важнейшими компонентами депрессии являются утрата самоуважения, уверенности в себе и чувства собственного достоинства – качеств, которые, по мнению К. Изард, тесно связаны с эмоцией стыда (Изард, 2000). Х. Льюис рассматривала депрессию как крайний и наиболее радикальный способ защиты Я от стыда (Изард, 2000). Согласно одному исследованию (Sanftner, Crowther, 1998), симптоматика нарушений пищевого поведения связана со склонностью к переживанию чувства стыда. Изучение ключевых убеждений больных нервной булимией позволило выявить у них повышенное чувство стыда и убежденность в неисправимых недостатках собственного характера (Meyer C. et al., 2001). Эти качества порождают генерализованное ощущение социальной незащищенности (покинутости, изолированности) и затем ведут к компенсаторному поведению в виде импульсивности и зависимости, которые часто описываются как сопутствующие симптомы и обычно связаны с сильными эмоциями. При этом булимическое поведение блокирует или редуцирует осознание этих невыносимых чувств.

В. И. Крылов (1995) выделил два типа депрессивных состояний у больных нервной булимией: первые преимущественно психогенного происхождения, в связи с неудовлетворенностью результатами коррекции внешности, вторые вызваны сочетанием психогенного и эндогенного факторов, в данном случае депрессивное мироощущение (эндогенный фактор) определяет повышенную уязвимость к действию психотравмирующих факторов. Н. Ю. Красноперова (2001) также делит пациентов с депрессивной симптоматикой на две группы: пациентов с депрессией как невротической формой реагирования на морбидное ожирение и пациентов с атипичными депрессивными расстройствами, у которых пищевая зависимость связана с сезонными аффективными расстройствами.

Выделяют четыре типа нервной булимии: демонстративная, обсессивно-ритуалистическая, мотивированная желанием достичь сексуальной привлекательности, мазохистическая (Hall et al., 1992). Страдающие демонстративной формой болезни относительно моложе представителей остальных типов. В этом случае нарушения пищевого поведения сопровождаются проявлениями социально девиантного поведения, демонстративными и импульсивными поступками, для больных

характерны нарушения отношений с родителями, неблагополучные семейные отношения, относительно низкий интеллектуальный уровень, сниженный самоконтроль. Для больных, страдающих обсессивно-ритуалистической булимией, характерен сохранный интеллект при выраженных эмоциональных нарушениях. Больные с нервной булимией, мотивированной желанием достичь сексуальной привлекательности, часто переживали сексуальное насилие в детстве. Большинство больных данной группы страдают пограничными личностными расстройствами. Больные мазохистического типа стремятся пережить страдания при применении слабительных и искусственной рвоты. Это часто «хорошие дети», стремящиеся соответствовать ожиданиям родителей, спортсмены, отдающие много сил тренировкам, изолированные от сверстников. В данном случае характерны переживание чувства вины, повышенный самоконтроль, избегание близких эмоциональных отношений.

На возникновение и развитие булимии может влиять семейная атмосфера (McNamara, Loveman, 1990). При сравнении представлений женщин, больных булимией и не склонных к булимии, о своей семье было обнаружено, что первые воспринимают свою семью как менее благополучную относительно второй группы обследованных. Больные булимией говорили о неконструктивности отношений в семье, повышенной эмоциональной вовлеченности ее членов в дела друг друга, сочетающейся со сниженной способностью к адекватному эмоциональному реагированию, сниженным уровнем вербального взаимодействия в семье.

Различные исследования показывают, что семьи больных нервной булимией обладают высоким уровнем конфликта, враждебности и придают мало значения самовыражению (Johnson, Flach, 1985), в таких семьях часто встречается взаимное непонимание и обвинения, нежелание помогать друг другу, дезорганизация, отсутствие воспитания (Strober, Humphrey, 1987). Сравнительное исследование семейных взаимоотношений при рестриктивном и булимическом вариантах нервной анорексии показало, что в семьях больных с булимическим вариантом анорексии выше уровень конфликтного взаимодействия, больше супружеских разногласий, открытого недовольства, негативных эмоций и нерешенных конфликтов, чем в семьях женщин с рестриктивным вариантом нервной анорексии (Strober, 1981).

Женщины, страдающие нервной булимией, получали недостаточно родительской заботы (тепла, аффектации, эмпатии) при относительно высоком уровне опеки со стороны отца, выражающейся в контроле и навязывании своего мнения (Calam et al., 1990). В исследовании Н. Ю.

Красноперовой у молодых женщин, больных нервной булимией и булимическим вариантом нервной анорексии, было выявлено формальное или безразличное отношение со стороны отца при адекватном отношении со стороны матери, гиперопека со стороны матери и механическая забота со стороны отца или отвержение со стороны матери при формально безразличном отношении со стороны отца. Больные нервной булимией часто отмечают, что отец относился к ним с меньшей любовью и нежностью, зато в большей мере их контролировал по сравнению с их сиблингами (Berg et al., 2000).

Было обнаружено, что сиблинги таких пациентов оценивали свои семьи как нормально функционирующие, из чего авторы сделали вывод, что на взаимоотношение родителей и пациентов с булимией и функционирование их семей могут влиять проблемы и негативные эмоции самих пациентов (Casper, Troiani, 2001). Семейные отношения влияют на пищевое поведение женщин наряду с биологическими, психологическими и социокультуральными факторами (Wade, et al., 2001). Одни члены семьи преодолевают последствия воздействия внутрисемейного конфликта, другим же это дается нелегко, в силу генетически обусловленной повышенной чувствительности к конфликту. Чувствительность к конфликту и неэффективные навыки его разрешения могут влиять на дальнейшее развитие стратегий достижения целей и регуляции негативных эмоций, что увеличивает вероятность развития нервной булимии (Strober, Humphrey, 1987).

Исследователи также подчеркивают значение различных типов воспитания для формирования личности больных с нарушениями пищевого поведения (Крылов, 1995) и ожирением (Зубцова, Князев, 1992). В частности, у больных нервной булимией воспитание по типу потворствующей гиперпротекции способствует развитию и фиксации истероидных черт характера – эгоизма, эгоцентризма, претенциозности. Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции способствует развитию и фиксации таких черт характера, как повышенная впечатлительность, сенситивность, тревожная мнительность (Крылов, 1995).

Исследовалось влияние булимии на боязнь интимных отношений (Prulitt et al., 1992). Использовался опросник, выявляющий боязнь интимных отношений (The Fear of Intimacy Scale), который предложили заполнить женщинам, склонным к перееданию и прибегающим к искусственной рвоте (Descunter, Thelen, 1991). Как и предполагалось, показатели по шкале у больных булимией оказались значительно выше, чем

в контрольной группе испытуемых.

Изучалась также связь между нарушением пищевого поведения и сексуальным насилием (McClelland, 1992). Существуют данные о том, что больные с нарушениями пищевого поведения в виде нервной анорексии, нервной булимии или нарушений пищевого поведения смешанного типа часто переживали сексуальное насилие в детстве. У 30 % пациенток, обследованных с помощью личностных опросников и опросника установок в отношении питания, в анамнезе имелись случаи сексуального насилия. По мнению исследователя, личностные нарушения являются фактором, опосредующим влияние пережитого в детстве сексуального насилия на пищевое поведение.

1.2.3. Компульсивное переедание

Существует большое количество людей, страдающих серьезными проблемами с перееданием, пищевое поведение которых не соответствует критериям нервной булимии. По данным одного исследования (Telch C.F. et al., 1988), ни один испытуемый с ожирением, обусловленным перееданием, не использовал слабительных, мочегонных или искусственную рвоту для регуляции веса, зато многие делали упражнения, соблюдали строгие диеты или голодали. Периодически появляются данные о том, что среди пациентов клиник для больных ожирением переедание (гиперфагия) при отсутствии нервной булимии особенно широко распространено (Devlin et al., 1992). Данные обстоятельства показали необходимость выработать критерии диагностики расстройств переедания. К ним относятся (DSM-IV):

А. Повторяющиеся эпизоды переедания, характеризующиеся:

- 1) потреблением пищи в дискретный период времени (например, в течение двух часов) в количестве, намного превышающем количество, съедаемое большинством людей при прочих равных условиях;
- 2) чувством потери контроля во время такого эпизода (например, ощущение неспособности перестать есть и проконтролировать качество и количество съедаемого).

В. Во время большинства эпизодов переедания присутствуют по меньшей мере три из следующих поведенческих показателей потери контроля:

- 1) потребление пищи гораздо быстрее, чем обычно;
- 2) потребление пищи до дискомфорта ощущения переполненности желудка;
- 3) потребление большого количества еды при отсутствии физического ощущения голода;
- 4) потребление большого количества еды в течение дня без

распланированного времени принятия пищи;

- 5) еда в одиночку из-за смущения по поводу количества съедаемого;
- 6) чувство отвращения к себе, подавленность или сильное чувство вины после переедания.

С. Переедание происходит в среднем как минимум дважды в неделю в течение шести месяцев.

Д. Переедание вызывает заметный дистресс.

Е. Переедание не сопровождается регулярным использованием неадекватных компенсаторных средств (прием слабительных, искусственная рвота, увеличение физических нагрузок) и не развивается исключительно на фоне манифестации нервной булимии или нервной анорексии (Devlin et al., 1992).

Компульсивное переедание отличается от нервной булимии тем, что при нем практически отсутствует компенсаторное поведение, зато можно наблюдать неудовлетворенность образом собственного тела, сниженную самооценку, депрессию, а также соматические особенности (нередко присутствует ожирение), кроме того, переедание встречается преимущественно в зрелом возрасте и в одной трети случаев – у мужчин (Скугаревский, 2002).

Выделяют также гиперфагическую реакцию на стресс и компульсивную гиперфагию (см. раздел 1.2.4. настоящей главы). Гиперфагическая реакция на стресс как пищевое нарушение проявляется тем, что при психоэмоциональном напряжении, волнении или сразу после окончания действия стрессора у человека резко усиливается аппетит и возникает желание поесть. При этом чаще всего отношение к пище лишено избирательности, другими словами, человек ест все подряд, хотя есть исследования, показывающие, что в этом состоянии он все-таки предпочитает жирные и сладкие продукты. Поскольку стрессор может действовать долго, чрезмерное потребление пищи может занимать длительный период и привести к избыточному весу.

При компульсивной гиперфагии человек без видимых причин или, во всяком случае, не осознавая своих мотивов, потребляет большое количество пищи, чаще сладкой и жирной и чаще в виде так называемых закусок, то есть дополнительных приемов пищи, вне расписания. Полагают, что в основе компульсивной гиперфагии лежат механизмы, близкие к таковым при гиперфагической реакции на стресс, только в последнем случае причина осознается, а в первом – нет. Как разновидность компульсивной гиперфагии рассматривается так называемая ночная гиперфагия – повышение аппетита в вечернее и ночное время (Birketvedt et

al., 1999).

Сравнительное исследование семейного окружения пациентов с нарушениями пищевого поведения выяснило, что в семьях передающих значительно меньше выражены сплоченность и организованность, слабее поощряется выражение добрых чувств, меньше последовательности и предсказуемости по сравнению с семьями больных другими формами нарушений пищевого поведения (Hodges et al., 1998). В семьях передающих также выявлены сниженные показатели ориентации на достижения и приверженности интеллектуальным, культурным, религиозным и нравственным ценностям. Одно исследование показало, что 40 % девочек 15–16 лет с высокой озабоченностью едой выражают неудовлетворенность семейными отношениями, как правило, это относится к частым спорам, невозможностью общения, в то время как девочки с низкой озабоченностью едой в основном воспринимали отношения в своих семьях в позитивном свете (Button et al., 1997).

1.2.4. Другие виды нарушений пищевого поведения

Необходимо отметить, что рассмотренные три основных типа расстройств не отражают всего многообразия нарушений пищевого поведения. Существует множество вариантов и субклинических проявлений нарушения пищевых паттернов, включая патологический голод, частые «перекусывания», самоограничения в питании и стратегии, компенсирующие переедание. *Патологический голод* выражается в настоятельной потребности съесть что-либо, возникающей между основными приемами пищи. О постоянном «*перекусывании*» можно говорить в том случае, если человек более 5 раз в сутки принимает пищу дополнительно или такие нерегулярные приемы пищи составляют более 25 % от суточного потребления калорий. «Перекусывание» не связано с каким-либо особенным настроением (Газенко, 1987). Выделяют также углеводную жажду и предменструальную гиперфагию (Wurtman et al., 1987, Greeno, Wing, 1994).

Термин «*углеводная жажда*» вошел в обиход тогда, когда основную причину ожирения связывали именно с избыточным потреблением углеводов. Сейчас чаще говорят просто о пищевой жажде, полагая, что для ее удовлетворения пациентам требуется пища, которая в оптимальном случае одновременно сладкая и жирная – шоколад, мороженое, крем и т. п. В случае углеводной жажды такая пища по своему действию подобна наркотику. При ее отсутствии у пациентов развивается тягостное депрессивное состояние, чем-то напоминающее абстиненцию, эти явления проходят при потреблении сладостей (Wurtman et al., 1987).

Предменструальную гиперфагию можно рассматривать как одно из проявлений синдрома предменструального напряжения. Явления гиперфагии наблюдаются у женщин в течение 4–7 дней перед месячными, опять же предпочтение тут отдается сладкой и жирной пище (Гинзбург и др., 1999).

Выделяют также эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение (Савчикова, 2005).

Эмоциогенное пищевое поведение наблюдается после стресса или эмоционального дискомфорта (таким образом, это состояние близко к двум, описанным выше: гиперфагической реакции на стресс и компульсивному перееданию). Распространенной реакцией на такие состояния, как гнев, страх и тревога, является потеря аппетита, но некоторые люди реагируют на это чрезмерным потреблением пищи (Van Strein et al., 1986). Эмоциогенное пищевое поведение подразделяют на три группы: перманентное эмоциогенное пищевое поведение, компульсивное пищевое расстройство и синдром ночной еды (Вахмистров, 2001). Для перманентного эмоциогенного пищевого поведения характерна выраженная мотивационно-психическая незрелость с гипертрофией пищевой мотивации, где на первом месте стоит гедонистический компонент питания. Компульсивная еда характеризуется амбивалентностью приступов переедания, которые, с одной стороны, снимают психоэмоциональное напряжение, с другой стороны – являются стрессогенным фактором, вызывая чувство вины, отвращения к себе, страх перед невозможностью контролировать прием пищи. Синдром ночной еды характеризуется утренней анорексией, вечерней гиперфагией и бессонницей (Stunkard et al., 1955). А.В. Вахмистров (2001) отметил, что для больных с данным синдромом характерна незрелость механизма регулирования бодрствования, при этом насыщение активирует механизмы сна, а голод – механизмы бодрствования. Синдромом ночной еды страдает около 1,5 % популяции (Pawlow et al., 2003). Такой тип пищевого поведения встречается у значительной части людей с ожирением и относительно реже у людей с нормальной массой тела (Devlin et al., 1992).

Согласно отечественным исследованиям, в формировании эмоциогенного пищевого поведения основную роль играют нейрофизиологические особенности: преобладание лимбических механизмов активации; неправильное обучение в детстве; отсутствие дифференциации побуждений различных модальностей (Вознесенская, 1990); а также следующие особенности личности: пониженная устойчивость к стрессу, склонность к эмоционально-аффективным

реакциям, психический инфантилизм (Вахмистров, 2001), преобладание таких механизмов психологической защиты, как регрессия и смещение (Минабутдинов, 1996; Вахмистров и др., 2001).

Существенное значение в формировании эмоциогенного пищевого поведения имеет неправильное воспитание в раннем детстве. Анализ особенностей формирования пищевого поведения в семьях больных перееданием позволил выявить целый ряд существенных закономерностей (Савчикова, 2005):

1. Пища играет доминирующую роль в жизни семьи. Она – главный источник удовольствия. Другие возможности получения удовольствия (духовные, интеллектуальные, эстетические) не развиваются в должной мере.

2. Любой физиологический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью (или другими членами семьи) как голод. Наблюдается стереотипное кормление ребенка в ситуации его внутреннего дискомфорта, что не позволяет ребенку научиться четко отличать физиологические ощущения от эмоциональных переживаний, например – отличать голод от тревоги.

3. В семьях не происходит адекватного обучения эффективному поведению в период стресса и потому закрепляется единственный неправильный стереотип: «когда мне плохо, я должен есть».

4. Нарушены взаимоотношения между матерью и ребенком. У матери есть только две главные заботы: одеть и накормить ребенка. Привлечь внимание такой матери ребенок может только с помощью голода. Процесс приема пищи становится суррогатной заменой других проявлений любви и заботы. Это повышает символическую значимость приема пищи.

5. В семьях наблюдаются травмирующие психику ребенка конфликтные ситуации, межличностные отношения хаотичны.

Ограничительное пищевое поведение характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством сокращения потребления калорий. Этому поведению посвящен целый ряд работ (Herman, Mack, 1975; Herman, Polivy, 1984, 1988; Polivy et al., 1978). В течение последних 30 лет соблюдение диеты стало более популярным, в особенности в западном обществе среди молодых женщин, и это можно считать одним из факторов, способствующих перееданию. Соблюдение диеты – это преднамеренное замещение питания, регулируемого чувством голода, распланированным и рациональным питанием (Russ, 1998). Люди, ограничивающие себя в питании, игнорируют внутренние сигналы голода

(или жажды) и придерживаются низкокалорийного режима питания, который, как предполагается, приведет к потере веса.

Эмоциональная нестабильность, возникающая на фоне применения жестких диет, получила название «*диетической депрессии*». Ее признаки – это повышенная раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, плохое настроение, удрученность и т. д. Диетическая депрессия приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву болезненного переедания. Такой эпизод может повлечь за собой появление чувства вины, снижение самооценки, неверие в возможность излечения (Савчикова, 2005).

Результаты многих исследований показали, что при дистрессе количество съедаемой пищи у соблюдающих диету увеличивается, а у не соблюдающих диеты – уменьшается (Greeno, Wing, 1994). Существует ряд гипотез, объясняющих этот феномен. Для объяснения процесса регуляции питания была предложена *модель границ* (Polivy, Herman, 1995). Согласно этой модели, между состояниями голода и насыщения, которые контролируют принятие пищи и имеют физиологическую основу, располагается пространство, находящееся под влиянием скорее когнитивных, нежели биологических факторов. Месторасположение границ голода и насыщения определяется индивидуальными особенностями человека. У людей, соблюдающих диету, нижняя граница голода будет ниже, а верхняя граница насыщения – выше, чем у людей, не соблюдающих диету. Таким образом, люди, соблюдающие диету, стремясь контролировать свой вес, «накладывают» на себя еще одну верхнюю границу, располагающуюся гораздо ниже биологической границы насыщения и имеющую чисто когнитивное происхождение. Когда попытка человека, стремящегося соблюдать диету, терпит провал, он остается наедине лишь с биологической границей сытости, которая располагается у него выше, чем у человека, не сидящего на диете. Этот феномен назвали «контррегуляцией», подразумевая, что соблюдающие диету действительно сознательно регулируют потребление пищи и склонны переедать при ослаблении самоконтроля, вследствие употребления алкоголя или переживания стресса.

Согласно *гипотезе маскировки* (Polivy, Herman, 1999), люди, соблюдающие диету, используют переедание для того, чтобы замаскировать дистресс в других сферах жизни. Переедая при дистрессе, они объясняют последний перееданием, а не какими-то другими аспектами своей жизни, в большей мере неподвластными контролю. Таким образом, реальную

проблему маскирует проблема переедания или избыточного веса. Согласно *гипотезе комфорта*, потребление пищи обеспечивает состояние комфорта, служит для утешения и облегчения при дистрессе у тучных или соблюдающих диету людей (Polivy, Herman, 1985). Согласно *гипотезе отвлечения* (Herman, Polivy, 1988), потребление пищи может отвлекать от беспокойств: у тучных или соблюдающих диету еда настолько поглощает внимание, что способна отвлечь их от обстоятельств, вызывающих дистресс, по крайней мере, временно.

Для объяснения мотивации переедания была также предложена *теория избегания*. Согласно этой теории, людям, соблюдающим диету или страдающим перееданием, свойственны высокие личностные ожидания (обычно относящиеся к весу и фигуре), желание благосклонно восприниматься другими и убеждение, что другие люди критичны к ним и уделяют пристальное внимание их поведению (Heatherton, Baumeister, 1991). Это влечет за собой негативную самооценку и негативный аффект (депрессию). Интенсивность таких негативных переживаний снижается при эпизодах переедания, во время которых фокус внимания сужается до простых действий и ощущений. Было экспериментально установлено, что физическая угроза значительно понижает потребление пищи у людей, не соблюдающих диету, и немного повышает у соблюдающих диету, в то время как угроза для Эго незначительно подавляет аппетит у не соблюдающих диету и сильно растормаживает пищевое поведение у людей, ограничивающих себя в еде (Heatherton et al., 1991).

Во множестве исследований наблюдается прямая связь между голоданием и эпизодами переедания, однако многие люди, соблюдающие диету, не проявляют нарушений пищевого поведения. В лабораторных исследованиях (Dritschel et al., 1993) в группе испытуемых, не страдающих нарушениями пищевого поведения, не было выявлено взаимоотношения между диетическими ограничениями и контррегуляцией. Это свидетельствует о том, что диетические ограничения играют различные роли при различных вариантах пищевого поведения и повышают риск переедания только на фоне предшествующей патологии пищевого поведения. Попытки ограничить потребление пищи обычно не возникают, пока не устанавливается регулярная модель переедания и не происходит увеличение веса (Wilson et al., 1993). При булимии соблюдение диеты действительно может являться фактором, предрасполагающим к перееданию, но при переедании соблюдение диеты является попыткой предотвратить увеличение веса, который уже превосходит рамки нормы вследствие переедания.

Однако ограничительный тип пищевого поведения и соблюдение диеты не совсем аналогичные понятия. Диетические ограничения можно классифицировать по степени их гибкости и на этой основе можно судить о риске срыва (эпизода переедания) и об успешности применения диеты (Westenhoefer, 1990; Westenhoefer et al., 1994). Для ригидного контроля характерны такие особенности, как строгий подсчет калорий, жесткие правила исключения из рациона тех или иных продуктов и частое использование диеты. Такой негибкий и бескомпромиссный подход к соблюдению диеты повышает вероятность переедания (Herman, Polivy, 1984; Kirschenbaum, Dykman, 1991). Напротив, гибкий контроль включает более масштабные варианты поведения, такие как перспективное планирование питания, ограничение размеров порций, замедление процесса еды, при этом ограничение потребления не носит жесткого характера. Люди с более гибким подходом к соблюдению диеты склонны осознавать, что эпизоды переедания у них вероятны, и учитывают этот факт, компенсируя эпизоды переедания (Westenhoefer, et al., 1990; Westenhoefer, et al., 1994; Smith, et al., 1999).

Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек с таким поведением ест не в ответ на внутренние стимулы (голод), а в ответ на текстуру пищи и обонятельные стимулы (Braet, Van Strein, 1997). *Интернально-экстернальная теория голода и процесса питания* (Schachter et al., 1968) является одной из базовых теорий, объясняющих проблему избыточного веса. В ее основе лежит наблюдение, согласно которому одни люди приступают к еде, реагируя на внешние (экстернальные) стимулы, такие как вид, запах еды или время приема пищи, другие – реагируя на внутренние (интернальные) стимулы, такие как желудочные спазмы, уровень глюкозы в крови, уровень содержания жиров. Исследования Станкарда (1959) и Шехтера (1971) показали, что чувствительность к экстернальным стимулам более свойственна полным людям (Фрэнкин, 2003). Оказывается, у испытуемых с экстернальным пищевым поведением для стимуляции выработки инсулина достаточно действия сенсорных стимулов (Rodin, 1981). Однако выяснилось, что чувствительность к экстернальным стимулам могут проявлять и стройные люди, а люди с избыточным весом могут не реагировать на внешнюю стимуляцию. Таким образом, несмотря на то что экстернальность связана с мотивацией пищевого поведения, между ней и весом человека однозначного соответствия нет, поскольку тут играют роль и другие факторы: доступность пищи, интенсивность метаболических процессов, уровень

самоконтроля (Фрэнкин, 2003).

В конце 1960-х Шехтер и Родин сформулировали экстермальную теорию ожирения (Schachter, 1971; Schachter, Rodin, 1974). Они утверждали, что, по сравнению со своими худощавыми сородичами, и крысы, и люди с избыточным весом сильнее реагируют на экстернальные стимулы (время, наличие и качество пищи, ситуативные факторы и т. д.) и менее чувствительны к внутренним сигналам голода и насыщения. Таким образом, ожирение вызвано или поддерживается склонностью к перееданию в ситуации легко доступных и приятных пищевых продуктов. Эти идеи получили широкое распространение и заложили теоретическое основание для большого количества экспериментов. Некоторые из этих исследований подтвердили исходные гипотезы экстермальности; однако многие не подтвердили, так что взаимосвязь между экстермальностью и избыточным весом оказалась не столь однозначной, как думали первоначально (Leon, Roth, 1977; Rodin, 1981; Spitzer, Rodin, 1981). Несмотря на это, базовая концепция экстермальности продолжает применяться, хотя и с некоторыми дополнительными соображениями.

Потенциальный источник формирования экстерального, а не интернального контроля пищевого поведения достаточно очевиден. Его развитие очень часто поощряют родители, которые используют время дня и ситуации для того, чтобы заставить ребенка есть, когда он того не хочет, а также ограничивают доступ к еде, когда он выражает желание поесть (Johnson, 2000). Поскольку младенцы и маленькие дети обычно хорошо регулируют свое потребление энергии, они становятся более чувствительными к внешним сигналам в процессе своего развития. Джонсон (Johnson, 2000) нашел, что более полные дети, а также дети, матерям которых было свойственно многократное использование диет и импульсивное пищевое поведение, обладают повышенной чувствительностью к пищевым экстернальным стимулам. Это согласуется с другими данными, показывающими, что дети часто «наследуют» от матерей проблемы избыточного веса и трудности контроля над питанием (Cutting et al., 1999), что может приводить к избыточному весу в детстве (Hood et al., 2000). Исследователи пришли к выводу, что экстермальность не только последствие ожирения или коррелирующий с ним фактор, но она может также и способствовать ожирению (Rodin, Slochower, 1976).

Систематические исследования, теоретические и эмпирические, мотивации в сфере расстройств пищевого поведения проводились не столь широко, особенно по сравнению с количеством исследований мотивации употребления алкоголя (Arnou и др., 1995; Stunkard, Messick, 1985; Van

Strien и др., 1986). Последние особенно интересны с точки зрения взаимоотношений между нарушениями пищевого поведения и употреблением алкоголя. Несомненно, и использование алкоголя, и расстройства пищевого поведения могут быть попыткой справиться с социальными, межличностными и внутренними проблемами (Mintz, Wright, 1993; Brumberg, 2000). С этой точки зрения и алкоголь, и пища могут выполнять сходные функции в жизни человека (Brisman, Seigel, 1984; Snyder, Cantor, 1998). Психологическая структура мотивации в обоих случаях может иметь общие черты, несмотря на то что эти типы поведения достаточно различные (Cooper, et al., 2000).

Существует структура для описания типов психологической мотивации употребления алкоголя (Cox, Klinger, 1988, 1990), на основе этой структуры была создана четырехкомпонентная модель мотивации потребления алкоголя (Cooper, 1994; Cooper, et al., 1995). В этой модели все типы мотивации описаны в двух аспектах, отражающих ценность (отрицательную или положительную) и источник (внутренний или внешний) результатов, которые стремится получить человек, употребляя алкоголь (Cooper, 1994). Другими словами, человек может принимать алкоголь, чтобы получить положительный результат или чтобы избежать отрицательного; кроме того, соответствующее поведение может быть связано с внутренним вознаграждением, таким как манипуляция или управление своим эмоциональным состоянием, или с внешним вознаграждением, таким как социальное принятие или одобрение. На пересечении этих двух измерений можно выявить четыре категории мотивации употребления алкоголя. Так, выделяют отрицательно заряженную, внутренне обусловленную мотивацию (справиться с отрицательными эмоциями); положительно заряженную, внешне обусловленную (быть социальным); отрицательно заряженную, внешне обусловленную (соответствовать социальным ожиданиям); положительно заряженную, внутренне обусловленную (получить удовольствие или положительные эмоции).

Четырехкомпонентная модель мотивации употребления алкоголя имеет явные параллели с обсуждаемыми в литературе моделями мотивации пищевого поведения. Исследования показывают, что пищевое поведение помогает людям справиться с эмоциональным дистрессом (Gangley, 1988; Heatherton, Baumeister, 1991; Stice, Agras, 1999; Strauman, et al., 1991). При этом результат – приводит ли эмоциональный дистресс к ограничительному типу пищевого поведения или к перееданию – зависит от взаимодействия целого ряда факторов: психологических, исторических,

культурных и социальных (Bordo, 1993; Brumberg, 2000; Wolf, 1991). Прием пищи по социальным причинам и из стремления соответствовать социальным нормам зависит от интернализованных внешних норм и ожиданий, при этом социальная мотивация появляется исключительно в ситуациях социального взаимодействия. Исследования показывают, что в компании люди склонны соотносить съеденное количество пищи с тем, сколько едят окружающие, а не просто с тем, сколько едят люди. Мотивация соответствия, активизированная набором усвоенных ожиданий, может приводить либо к хроническому перееданию, либо к ограничительному пищевому поведению (Fredrickson, et al., 1998; Heatherton, Baumeister, 1991; Mintz, Betz, 1998; Noll, Fredrickson, 1998; Strauman et al., 1991; Wolf, 1991). Наконец, питание ради чувственного удовольствия связано с компульсивным перееданием. Сенсорные сигналы (например, восхитительный аромат или привлекательный внешний вид пищевых продуктов) могут спровоцировать эпизод компульсивного переедания (Waters et al., 2001).

На основе результатов теоретических и клинических исследований в области пищевого поведения и этиологии расстройств питания были сформулированы некоторые общие гипотезы о том, каким образом каждая из рассмотренных мотиваций может порождать определенный тип пищевого поведения: ограничительного, очистительного и по типу переедания. Были выдвинуты следующие гипотезы: (а) мотивация совладания с эмоциями положительно коррелирует со всеми тремя типами пищевого поведения; (б) социальная мотивация пищевого поведения отрицательно коррелирует со всеми тремя типами пищевого поведения; (в) мотивация соответствия социальным нормам положительно коррелирует со всеми тремя типами пищевого поведения; (г) мотивация удовольствия положительно коррелирует с перееданием, отрицательно – с ограничительным пищевым поведением и никак не коррелирует с очистительным пищевым поведением.

Здоровое пищевое поведение, по-видимому, является результатом реализации всех четырех указанных типов психологической мотивации. При здоровом пищевом поведении отсутствуют признаки ограничительного и очистительного пищевого поведения и переедания. Поскольку социальная мотивация отрицательно коррелирует со всеми тремя типами нарушенного пищевого поведения, можно предположить, что здоровое пищевое поведение является результатом осмысленного, творческого и гибкого отклика на социальную мотивацию, а нарушенное пищевое поведение – результатом неосознанного, хронического и

ригидного отклика на любую из психологических мотиваций пищевого поведения (Heatherton, Baumeister, 1991). Кроме того, для здорового пищевого поведения необходимо, чтобы потребности, соответствующие социальной мотивации, удовлетворялись без использования еды (Mintz, Wright, 1993; Roth, 1993).

В работах В. П. Белинского (1986) исследуется характер пищевой мотивации у больных с алиментарным ожирением. Анализ особенностей пищевых поведенческих реакций позволил разделить наблюдаемых пациентов на группы:

1. Пациенты с повышенной пищевой мотивацией (ППМ).
2. Пациенты с нормальной пищевой мотивацией (НПМ).
3. Пациенты со сниженной пищевой мотивацией (СПМ).

Критериями для выявления ППМ были гиперфагия (вечерняя, утренняя, в течение суток), недостаточность волевых усилий больного по ограничению количества пищи и исключению определенных продуктов. К 1-й группе отнесены больные, у которых желание повторного приема пищи появляется через 0,5–1,5 ч после еды, когда происходило полное насыщение. Для динамики ППМ характерно отсутствие пищевого комфорта при употреблении привычного рациона, поэтому пациент увеличивал объем и количество приемов пищи, а также появление пищевого дискомфорта при ограничении пищевого рациона (головные боли, боли в области эпигастрия, раздражительность и т. д.). К группе лиц с НПМ отнесены пациенты, у которых в период наблюдения не выявлены отчетливые гиперфагические реакции, изменение привычного пищевого стереотипа не сопровождалось выраженными проявлениями дискомфорта, волевые усилия по ограничению пищевого рациона были успешными и стабильными. К группе лиц с СПМ были отнесены пациенты, которые отвергали привычный объем и число приемов пищи, забывали об очередном приеме пищи или сознательно его избегали. Снижение пищевой мотивации сопровождается уменьшением массы тела, даже когда не происходит увеличения физической нагрузки. При клинической оценке пищевой мотивации в динамике можно было сделать вывод о том, что НПМ и СПМ – это проявления ремиссии ППМ различной по выраженности и продолжительности.

Некоторые авторы считают основным компонентом нарушений пищевого поведения контроль и ищут тут ключ к объяснению их природы. Описывая нарушения пищевого поведения и проблемы избыточного веса, авторы используют понятие «контроль», имея в виду разные психологические конструкторы, такие как «самоконтроль»,

«самоэффективность», «локус контроля» или «локус контроля над весом» (Савчикова, 2005).

Понятие когнитивного механизма *самоэффективности* является одним из постулатов социально-когнитивной теории личности. Самоэффективность – это суждения человека относительно своей способности выстраивать поведение в соответствии со специфической задачей или ситуацией, а также его убеждение в успешности действий, необходимых для достижения желаемого результата (Хьелл, Зиглер, 1997). Если речь идет о переедании, под самоэффективностью подразумевают убежденность человека в своей способности избежать приступов переедания, в особенности в ситуации искушения съесть больше (Russ, 1998). Самоэффективность зависит от знаний или опыта в отношении альтернативных способов совладания, уровень депрессии и представления, связанные с питанием. Депрессия, тревога и гнев стимулируют ощущение неспособности к использованию альтернативного поведения даже при наличии знаний о нем (Grilo et al., 1989). Переживания по поводу неудачи в соблюдении диеты и переедания предполагают, что самооценка человека в большой степени определяется такими факторами, как его вес и внешний вид. Неудовлетворенность своим телом и весом создает ситуацию, в которой каждое столкновение с едой несет большую эмоциональную нагрузку. Кроме того, переедающие, которые воспринимают свои неудачи в пищевом поведении как неспособность контролировать ситуацию, в меньшей степени склонны применять стратегии совладания, чтобы избежать переедания, и это напоминает феномен выученной беспомощности при депрессии (Russ, 1998). Экстернальное пищевое поведение связано с низкой самоэффективностью и импульсивностью (Braet, Van Strien, 1997). В другом исследовании корреляции экстернального пищевого поведения и самоэффективности выявлено не было, но была найдена связь экстернального пищевого поведения с несдержанностью и низкой самодисциплиной (Heaven et al., 2001). В свою очередь, эмоциогенное пищевое поведение связано с низкими самодисциплиной и самоэффективностью. Пациенты с булимией испытывают чувство неэффективности и постоянные смены ощущения самоконтроля и потери контроля (Hood et al., 1982). Самоэффективность и самооценка у испытуемых с ожирением зависят от степени тяжести переедания (Miller et al., 1999). У женщин с нормальным весом была выявлена обратная корреляция между эмоциогенным пищевым поведением и самоэффективностью. При этом желание поесть в ответ на неприятные переживания может присутствовать, но не реализовываться при наличии

высокого уровня самоконтроля и уверенности в способности сопротивляться соответствующим искушениям (Russ, 1998).

Пациенты с нарушениями пищевого поведения испытывают большие трудности в сфере *самоконтроля*, постоянно впадая в крайности: они либо теряют контроль во время эпизода переедания, либо проявляют чрезмерный контроль во время голодания (Lugli-Rivero, Vivas, 2001). Отсутствие желания есть или его отрицание сменяется бесконтрольным импульсивным стремлением поесть, даже при отсутствии голода. При утрате контроля над количеством съеденной пищи появляется тенденция наедаться вплоть до ощущения дискомфорта в переполненном желудке. Ослабление контроля над ситуацией проявляется в нарушении общепринятых правил приема пищи (Крылов, 1995). Женщины с субклиническими нарушениями пищевого поведения менее способны оптимально контролировать собственные действия и действия окружающей среды, а также хуже контролируют собственные эмоции и реакции (Lugli-Rivero, Vivas, 2001). Достижение контроля у женщин с нарушениями пищевого поведения затруднено также из-за отсутствия уверенности в своих способностях и из-за убеждения, что их поведение и его последствия больше зависят от значимых других.

Согласно *теории социального научения* Дж. Роттера, люди, полагающие, что их успехи и неудачи регулируются внешними факторами: судьбой, удачей, счастливым случаем, влиятельными людьми и непредсказуемыми силами окружения, – обладают экстернальным локусом контроля, в отличие от «интерналов», интерпретирующих значимые события как результат своей собственной деятельности. У пациентов с анорексией чаще встречается интернальный локус контроля, в то время как у пациентов с булимией – экстернальный (Strober, 1981). Исследование женщин с булимией, с анорексией, с нормальной массой тела без нарушений пищевого поведения и с ожирением показало, что у женщин с булимией всех весовых категорий чаще встречается экстернальный локус контроля, чем у женщин, не страдающих булимией, тех же весовых категорий (Shisslak C. M. et al., 1990). При этом наиболее экстернальными оказались женщины с булимией и дефицитом массы тела. Согласно одному исследованию, испытуемые с интернальным локусом контроля легче снижают массу тела, чем испытуемые с экстернальным локусом контроля (Nir, Neumann, 1991). Обнаружилось, что интернальный локус контроля сочетается с уверенностью в себе, стремлениями и фактическими действиями, касающимися похудения (Holt et al., 2001). Тем не менее экстернальный локус контроля не всегда связан с избыточным весом (Ley,

1980). Известно, что экстерналы намного больше, нежели интерналы, подвержены социальному воздействию. Некоторые отечественные исследователи (Вознесенская, Дорожевец, 1987; Гаврилов, 1998) отмечали у полных женщин ориентацию на внешний аспект общения и тенденцию к гиперсоциальным установкам.

Понятие *локуса контроля над весом* подразумевает, что человек может по-разному воздействовать на свой вес или контролировать его (Stotland, Zuroff, 1990). При экстернальном локусе контроля над весом человек убежден в том, что его вес обусловлен факторами, находящимися вне его контроля, такими как наследственность, конституция, обмен веществ, удача, судьба или социальная поддержка; при интернальном локусе контроля над весом человек убежден в том, что его вес детерминирован его собственным поведением. Лица с ожирением гораздо чаще желают снизить массу тела без соблюдения диеты и усиления физической активности (Старостина, Древаль, 2001). Для полных людей характерно снятие с себя ответственности за свои трудности: они полностью экстериоризируют проблему своего веса и не чувствуют своей вины (Ялом, 1999). Иногда они оправдывают свое переедание депрессией, которая, в свою очередь, по их мнению, является адекватной реакцией на безнадежную жизненную ситуацию, ответственность за которую больные, как правило, отрицают. Интернальный локус контроля над весом позволяет прогнозировать успешное применение программ по потере веса (Stotland, Zuroff, 1990).

1.2.5. Алиментарное ожирение

В последней четверти XX века ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, включая Россию, в которых как минимум 30 % населения имеет избыточную массу тела (Гинзбург и др., 1999). С избыточным весом отчетливо связано многократное повышение риска и частоты развития артериальной гипертензии, инсулиннезависимого сахарного диабета, атеросклероза и ишемической болезни сердца (Bray, 1998). При этом доказано, что в основе повышения артериального давления, дислипидемии и инсулинрезистентности, ведущей в дальнейшем к развитию сахарного диабета 2-го типа, лежат метаболические нарушения, закономерно наблюдающиеся у больных с ожирением (Bjorntorp, 1991; DeFronzo, Ferrannini, 1991). Установлено, что при снижении массы тела замедляется прогрессирование атеросклероза, нормализуется или снижается артериальное давление, улучшается контроль над развитием сахарного диабета (DeFronzo, Ferrannini, 1991; Lean, 1998).

Эпидемиологические исследования показывают, что у больных с

избыточным весом значительно чаще развиваются заболевания опорно-двигательного аппарата: остеохондроз позвоночника и обменно-дистрофический полиартрит, болезни гепатобиллиарной зоны: дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит и желчно-каменная болезнь, различные опухоли, в частности рак легкого, рак молочной железы, рак тела матки и яичника (Chow et al., 1996; Bray, 1998). На фоне ожирения у женщин довольно часто наблюдаются нарушения менструально-овариальной функции и бесплодие. Причем своевременная коррекция массы тела в ряде случаев приводит к нормализации цикла и к восстановлению фертильности (Ashwell, 1994). У больных ожирением чаще встречаются осложнения после наркоза и оперативных вмешательств, они чаще погибают в автомобильных авариях и катастрофах.

Ожирение значимо уменьшает продолжительность жизни: при небольшом избытке веса в среднем на 3–5 лет, при выраженном ожирении – до 15 лет. Практически в двух случаях из трех смерть человека наступает от заболевания, связанного с нарушением жирового обмена и ожирением. Установлено, что если бы человечеству удалось решить проблему ожирения, средняя продолжительность жизни увеличилась бы на 4 года. Для сравнения, если бы была решена проблема злокачественных опухолей, средняя продолжительность жизни увеличилась бы только на 1 год (Ashwell, 1994).

Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что количество людей с избыточным весом в мире неуклонно растет. Этот рост составляет 10 % от прежнего количества за каждые 10 лет. Подсчитано, что если данная тенденция сохранится, то к середине следующего столетия все население экономически развитых стран будет страдать ожирением (Hodge et al., 1996).

В 1962 году Джеймс Нил впервые предложил применить термин «бережливый генотип» при описании факторов, которые способствуют отложению жира в период стресса, что дает преимущества для выживания организма. В период пищевого изобилия «бережливый генотип» может привести к развитию ожирения.

У лиц, склонных к ожирению, уровень основного обмена и спонтанной двигательной активности ниже среднего (Ravussin, Knowler, 1988). Некоторые авторы (Bray, 1982) предполагают, что наряду с метаболическими нарушениями при ожирении наблюдается усиление кишечной абсорбции на определенных этапах ассимиляции пищи. В этиопатогенезе ожирения имеют значение нарушение нормального ритма питания, потребление основного объема калорий во второй половине дня,

редкие приемы пищи (Синцова, 1991). Гиподинамия и психоэмоциональное напряжение служат основным пусковым механизмом на фоне конституциональной предрасположенности к ожирению (Береза, 1983). Больные ожирением чаще, чем лица контрольной группы, едят в промежутках между основными приемами пищи и очень любят сладкое. Существует мнение, что при ожирении гиперфагия обусловлена запоздалыми или ослабленными реакциями центра насыщения (Беюл и др., 1986). Гипералиментация, наслаиваясь на конституциональную предрасположенность к развитию ожирения, в дальнейшем приводит к нарушению обмена веществ, что, в свою очередь, ведет к вторичным соматическим нарушениям (Баранов и др., 1981; Закиров, Мордухович, 1986).

Таким образом, алиментарно-конституциональное ожирение и нарушение пищевого поведения можно рассматривать как взаимоотношения внутри единства, отражающие взаимосвязь соматических и психических составляющих в контексте единой проблемы – проблемы пищевой аддикции.

Ожирение определяется как накопление жира в организме, приводящее к увеличению массы тела на 15–20 % и более от средних нормальных величин. В медицине выделяют четыре степени ожирения: 1-я степень – избыток массы тела на 20–29 % превышает нормальную массу тела, 2-я степень – на 30–49 %, 3-я степень – на 50–99 %, 4-я степень – избыточный вес составляет 100 % и более нормальной массы тела. При этом под нормальной понимается масса тела, соответствующая средней величине в популяции и встречающаяся наиболее часто (Татонь, 1981). Идеальная масса тела, как правило, по убедительным статистическим данным сочетается с наибольшей средней продолжительностью жизни (Корешкин, 1998), при этом человек с такой массой наиболее эстетически привлекателен для окружающих.

В различных источниках описываются разные способы расчета нормальной или идеальной массы тела, как, например:

формула Лоренца:

$$M = (P - 100) - \frac{P - 150}{2};$$

показатель нормальной массы тела Брейтмана:

$$M = P \times 0,7 - 50;$$

формула идеальной массы тела Я. Татоня (для женщин):

$$M = P - (100 + \frac{P - 100}{10}),$$

где М – нормальная масса тела в килограммах, Р – рост в сантиметрах (Монтиньяк, 1999).

Одной из методик определения нормального веса является использование таблиц: например, таблица идеальной массы тела у мужчин и женщин, соответствующая наибольшей предполагаемой продолжительности жизни (по данным Metropolitan Life Insurance Company, 1959), таблица идеального веса в возрасте старше 25 лет В. Г. Баранова (1977) или таблица предельно допустимой массы тела в зависимости от возраста и роста М. Н. Егорова и Л. М. Левитского и др.

Самым широко распространенным по всему миру способом расчета идеального веса считается формула Кетле (Quetelet) или индекс массы тела (ИМТ) – отношение веса в кг к площади поверхности тела в м². С точки зрения медицины границы нормы тут соответствуют 20–25 кг/м². В диапазонах ниже 20 и выше 30 кг/м² отмечается повышение уровня смертности. Верхняя граница зоны, для которой не наблюдается выраженного изменения смертности, соответствует примерно 27 кг/м². Поэтому ожирением считается ИМТ выше 27 кг/м², а ИМТ в диапазоне 25–27 кг/м² соответствует избыточному весу (Зайчик, Чурилов, 2001). Рекомендации ВОЗ уточняют, что ИМТ «не является достоверным для детей с незакончившимся периодом роста, людей старше 65 лет, спортсменов, лиц с очень развитой мускулатурой и беременных женщин» (Бутрова, Плохая, 2001). Согласно М. Монтиньяку (1999), размеры фигуры считаются в норме при ИМТ от 20 до 23 кг/м². Поэтому в настоящем справочнике мы будем придерживаться классификации, согласно которой верхняя граница нормальной массы тела соответствует ИМТ, не превышающего 23 кг/м².

Существует множество классификаций ожирения. По характеру гистологических изменений жировой ткани различают гипертрофическое ожирение, при котором накопление жира идет путем увеличения размера

адипоцитов (жировых клеток), и гиперпластическое ожирение, при котором адипоциты не достигают предельной величины, но их количество превышает норму (Чурилов, 2001).

Жировая ткань локализована в различных частях тела, причем форма распределения жира определяется генетическими и эндокринными механизмами (Гинзбург, 1997). В зависимости от характера распределения жировой ткани различают андройдный (абдоминальное, «яблочное», туловищное или верхнее), гиноидный (глютеофemorальное, грушевидное, периферическое или нижнее) и смешанный типы ожирения. При андройдном (от греч. *andros* – мужчина) ожирении избыточные жировые отложения располагаются на животе и верхней части туловища. Для такого типа ожирения характерны развитие атеросклероза, жировая дистрофия печени, инсулинорезистентность (Строев и др., 2003), диабет, высокое артериальное давление, пониженное содержание сахара в крови и болезни сердца (Монтиньяк, 1999). При гиноидном (от греч. *gynaikos* – женщина) ожирении наблюдается избыточное отложение жира на бедрах, ягодицах и в нижней части туловища. Для этого типа характерно развитие болезней вен и артрита тазобедренных и коленных суставов. Гиноидное ожирение, более характерное для женщин, нередко носит гиперпластический характер и поэтому хуже поддается диетотерапии (Чурилов, 2001).

В зависимости от динамики массы тела выделяют прогрессирующее, регрессирующее и стабильное ожирение (Гинзбург и др., 1997).

В зависимости от патогенеза формирования жировой ткани выделяют первичное и вторичное, то есть симптоматическое, ожирение. Симптоматическое ожирение наблюдается приблизительно в 5 % случаев ожирения, оно связано либо с первичной эндокринной патологией, либо с текущим поражением мозга, в основном гипоталамуса и связанных с ним структур. В остальных 95 % случаев имеет место первичное ожирение, обусловленное нейрохимическими нарушениями в церебральных системах, регулирующих пищевое поведение, жировой обмен и гормональный статус. При этом у 60 % больных преобладает патология пищевого поведения, а у 40 % преобладают метаболические расстройства (Вознесенская и др., 2000). Принято считать, что алиментарно-конституциональная, связанная с питанием форма ожирения доброкачественная и медленно прогрессирует, в то время как нейроэндокринная (гипоталамическая) форма быстро прогрессирует и приводит к осложнениям. Однако абсолютно надежных и четких критериев дифференцированного диагноза этих форм ожирения не существует (Гинзбург и др., 1997).

В настоящем справочнике речь пойдет в первую очередь о

психотерапии пациентов с алиментарным (экзогенно-конституциональным) ожирением.

По разным данным (Петров, Назаренко, 1999; Чурилов, 2001; Закревский, Лифляндский, 2003), при наличии ожирения у обоих родителей дети страдают им в 78–80 % случаев, при ожирении у одного из родителей – в 40–56 % случаев, при отсутствии ожирения у родителей – в 8–14 % случаев. Однако немалое значение тут имеет и обучение пищевому поведению, что подтверждает более высокая корреляция веса ребенка с весом матери, регулирующей питание ребенка (Фрэнкин, 2003), а также тенденция к появлению избыточного веса у приемных детей полных родителей (Гурвич, 1999). Поэтому с точки зрения лечения и профилактики ожирения культурный и поведенческий факторы являются более важными, чем генетическая предрасположенность (Газенко, 1987).

Вероятность накопления избыточного веса увеличивается с возрастом. Так, избыточный вес встречается у 15 % двадцатилетних женщин, 27 % – тридцатилетних, среди сорокалетних уже каждая вторая женщина имеет избыточный вес или ожирение той или иной степени выраженности (Закревский, Лифляндский, 2003; Благосклонная и др., 2001).

Причиной алиментарного (экзогенно-конституционального) ожирения принято считать дисбаланс между поступлением и расходом энергии в результате неправильного или чрезмерного питания (Гинзбург и др., 1999). Поэтому можно рассматривать проблему алиментарно-конституционального ожирения в поведенческом плане, а нарушенное пищевое поведение – с точки зрения психологической зависимости. Хотя в отношении этиологии избыточного веса до сих пор не утихают споры о том, каким факторам тут принадлежит ведущая роль: психологическим, физиологическим или факторам окружения.

Исследовались отношения между доминантностью полушарий (преобладанием активности левого или правого полушария) и полнотой. Известно, что ряд индивидуальных характеристик коррелирует с доминирующим направлением боковых движений глаз. Существует мнение, согласно которому полные люди менее чувствительны к внутренним сигналам, чем люди с нормальным весом. Экспериментально было доказано, что существует связь между доминантностью полушарий и полнотой и что люди с доминирующим правым полушарием менее склонны к полноте, чем люди с доминирующим левым (Weisz, Balazs, 1990).

Картина личности. В последнее время в литературе опубликовано большое количество исследований психологических особенностей людей с

ожирением, исходя из результатов которых можно достоверно предположить, что избыточный вес во многом является следствием психологической дезадаптации. Причем следует отметить, что психология избыточного веса имеет сложную детерминацию: психологические проблемы – дезадаптация – компенсаторные нарушения пищевого поведения – избыточный вес – снижение качества жизни – дезадаптация – психологические проблемы.

Выделяют несколько групп психологических факторов, связанных с избыточным весом (Espmark, 1992):

1. Факторы, предрасполагающие к избыточному весу.
2. Факторы, способствующие поддержанию избыточного веса.
3. Факторы, возникающие как следствие избыточного веса.
4. Реакции на снижение веса.

Гиперфагия, снижение активности и, как результат этого, избыточный вес дают известную защиту от глубокого чувства неполноценности: став массивным и внушительным, человек с ожирением кажется себе более сильным и защищенным. Нередко наблюдается отчетливая хронологическая связь между появлением и усилением влечения к пище и фрустрацией. У человека появляются признаки внутреннего замешательства, апатически-мрачного отчаяния и бегства в одиночество. Процесс еды снижает – хотя и временно – интенсивность негативных эмоций и предотвращает развитие депрессии.

За счет регрессивного отождествления любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой за отсутствие любви к себе.

Пациентам с избыточным весом присущи следующие психологические особенности:

- высокая тревожность;
- несоответствие своему идеалу и неадекватная самооценка;
- наличие чувства внутренней пустоты, потерянности, подавленности;
- склонность к соматизации и чрезмерное беспокойство за состояние своего здоровья;
- сложности в межличностных взаимоотношениях, стремление уклониться от социальных контактов и обязанностей;
- психастенические симптомы: «отсутствие сил», психологический дискомфорт, плохое самочувствие;
- сильное чувство вины после эпизодов переедания.

К специфическим особенностям личности при ожирении также относятся: высокая социальная ориентированность, хороший интеллект, пониженная устойчивость относительно стресса, склонность к тревожно-

депрессивным реакциям, психическая незрелость. Больным с перееданием свойственны менее совершенные способы психологической защиты, повышенная, плохо контролируемая эмоциональность, пассивные формы поведения. Прием пищи при этом играет роль своеобразного защитного механизма от стресса, этот способ защиты социально приемлем, доступен, прост, не требует ни умственного, ни эмоционального напряжения.

Другие авторы относят к основным личностным чертам людей, страдающих ожирением, склонность к интроверсии, к тревожно-депрессивным проявлениям аффекта, к ригидности (Вейн и др., 1979). Высокий уровень эмоциональной фрустрации и слабый контроль над аффективными состояниями, выраженная ориентация на социальные нормы, пассивность и зависимость от окружающих, эмоциональная незрелость, низкая самооценка, непринятие себя – все это свойственно больным с гиперфагической реакцией на стресс (Вознесенская и др., 1989). Некоторые исследователи отмечают неоднородность самооценки тучных женщин (Дорожевец, 1987). Показано, что негативное отношение к собственному внешнему облику приводит к выраженной переоценке степени эстетического дефекта. «Порочный круг» аффективно-когнитивных взаимовлияний становится важным фактором, стабилизирующим и обостряющим психологическую дезадаптацию больных.

Чувство незащищенности, повышенная чувствительность и изоляция часто встречаются у людей с ожирением. Иногда наблюдается напускная уверенность в себе, поддерживаемая фантазиями о своем величии, уме, способности контролировать свои эмоции и т. д. Эти фантазии неизбежно снова и снова опровергает реальность, а затем они возвращаются, что создает порочный круг (Klotter, 1990).

Устойчивое повышение тревожности у больных ожирением можно рассматривать как фундаментальное психическое свойство, оно влечет за собой повышенную чувствительность к воздействию стресса. Ситуативная (реактивная) тревога по степени выраженности достигает тут невротического уровня.

Отличительной особенностью психологической защиты у таких больных является преобладание механизма реактивного образования (гиперкомпенсации). При данном варианте психологической защиты от осознания неприятных или неприемлемых мыслей, чувств, поступков человек защищается путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Происходит как бы трансформация внутренних импульсов в их субъективно понимаемую противоположность. Для больных также

типичны незрелые защитные механизмы: агрессия, проекция, а также регрессия – инфантильная форма реагирования, которая ограничивает возможность применять альтернативные формы поведения.

В одном исследовании (Савчикова, 2005) были выявлены следующие особенности женщин с избыточным весом:

- ощущение неспособности контролировать отношения с другими людьми, в том числе производственные и семейные отношения;
- склонность приписывать ответственность за важные события и ситуации жизни не собственным действиям, а другим людям, везению или невезению, внешним обстоятельствам;
- выраженные агрессивные тенденции (ненаправленные взрывы ярости, раздражение, физическая и вербальная агрессия);
- повышенная враждебность, выражающаяся в злопамятности, обидчивости, подозрительности, недоверии, настороженном отношении к людям, иногда в виде зависти или ненависти к окружающим из-за ощущения несправедливости судьбы или других людей;
- низкая оценка своей сексуальной привлекательности и качеств сексуальной партнерши;
- алекситимические тенденции (трудно определить и описать свои переживания и эмоции других людей, отличить чувства от телесных ощущений, снижена способность к символизации, в фокус внимания попадают в большей мере внешние события, чем внутренние переживания);
- недостаточная гибкость, тенденция «застывать» на негативных эмоциях с образованием аффективно окрашенной психологической доминанты;
- склонность к уходу от проблем в ситуациях эмоционального напряжения.

В процессе другого экспериментального исследования был составлен обобщенный психологический портрет пациента с пищевой аддикцией (Красноперова, 2001): замкнутость, недоверчивость, сдержанность, повышенная тревожность, преобладание отрицательных эмоций над положительными, сенситивность, стремление к доминированию в сочетании с неуверенностью в себе и избыточной самокритичностью, склонность к легкому возникновению фрустраций, повышенный уровень притязаний с установкой на достижение высоких целей, гиперсоциальность установок, склонность к «застреванию» на эмоционально значимых переживаниях («аффективная ригидность»). У таких пациентов наблюдается, с одной стороны, «внешняя» компенсация

одних черт другими, с другой стороны – нагнетание внутренней напряженности, так как поведенческий и невротический пути отреагирования блокированы, а внутренний конфликт часто соматизируется, при этом все трудности переносятся с межличностных отношений на внутренние процессы.

Чем выше степень ожирения, тем ярче выражены ипохондрические тенденции, особенно это заметно у пациенток с 3-й и 4-й степенью ожирения, что указывает на их обеспокоенность своим соматическим состоянием. Для пациентов с 4-й степенью ожирения характерны явные депрессивные симптомы в виде ангедонистических тенденций (субъективное ощущение отсутствия удовольствия от ранее привлекательных видов деятельности, нарастание пассивности). С увеличением массы тела снижается социальная спонтанность и повышается эмоциональная лабильность, что ярче выражено при переходе от одной степени к другой, что свидетельствует о включении дополнительных механизмов вытеснения, когда вытесняемая тревога не проявляется на поведенческом уровне, а соматизируется.

Таким образом, рассмотрев психологические особенности пациента с пищевой аддикцией, можно прийти к следующему общему выводу: это человек, который в ситуации эмоционального напряжения использует гипералиментацию в качестве компенсаторного источника положительных эмоций.

В сегодняшнем обществе человек с избыточным весом подвергается дискриминации (Monello, Mayer, 1968). Образ «счастливого толстяка», который еще сохранялся в общественном мнении в 70-х годах прошлого столетия, например в Германии, сейчас сменился негативным образом толстого человека – «слабохарактерного», «тупого» и «противного» (Bodenstedt et al., 1980; Wadden, Stunkard, 1985; Machacek, 1987; de Jong, 1993). От такого отношения в большей степени страдают женщины. Любопытно, что полные люди проявляют меньше интереса к сексу; это касается и мужчин, и женщин (Pudel, Maus, 1990), кроме того, эта особенность сохраняется и после успешного похудения.

Изучение социальных контактов людей с ожирением показывает, что круг этих контактов у них гораздо уже, чем у людей с нормальным весом. Люди с избыточным весом вспоминают меньше имен окружающих, которые их любят, оказывают им практическую поддержку или могут одолжить деньги. Женщины с ожирением гораздо меньше контактируют с мужчинами, чем с другими женщинами.

Ожирение возникает в результате воздействия множества

разнообразных факторов, это касается и факторов чисто психологических. Тут существуют различные констелляции, среди которых чаще встречаются следующие:

- Фрустрация при утрате объекта любви. Например, ожирение, чаще у женщин, после смерти супруга, разлуки с сексуальным партнером или даже после ухода из родительского дома («пансионное ожирение»). Известно, что утрата близкого человека может сопровождаться подавленностью и одновременно – повышением аппетита («заесть горькую пилюлю»). Дети часто реагируют повышенным аппетитом на рождение младшего ребенка в семье.

- Общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к импульсивному перееданию.

- Ситуации, требующие особых усилий и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленному потреблению пищи или курению.

Во всех этих ситуациях еда играет роль заместителя удовлетворения. Она укрепляет связи, создает ощущение безопасности, ослабляет боль, чувство утраты и разочарования; еще в детстве многие люди усвоили, что при боли, болезни или потерях им дают сладости для утешения, этот опыт может стать основой для неосознанных психосоматических реакций у взрослого.

Многие люди с ожирением были полными с младенчества или раннего детства. При этом во фрустрирующих и сложных жизненных ситуациях избыточное кормление могло регулировать напряжение как родителей, так и их детей. В этом случае ожирение и еда как замещение удовлетворения являются проблемой не одного пациента, а всей семьи.

На пищевое поведение больных с ожирением больше влияют внешние стимулы, чем внутренние физиологические раздражители (Pudel, 1976). Эти люди хуже осознают, когда они голодны; вместо этого их аппетит активизируют внешние раздражители и различные формы дурного самочувствия. Таким образом, постоянная потребность в пище или внезапный приступ голода у них не отражает повышенной потребности организма в питании. Скорее это регрессия при столкновении с конфликтами и личными проблемами, когда еда, как в раннем детстве, помогает справиться с дурным самочувствием и неприятными эмоциями. Еда заменяет удовлетворение других эмоциональных потребностей, которые, таким образом, не получают подлинного удовлетворения.

У больных с ожирением можно выделить следующие основные типы

пищевого поведения (Freyberger, Struwe, 1962, 1963):

1. Приступообразное питание: аппетит появляется внезапно, еда поглощается экстатически, это состояние подобно опьянению (что иногда даже называют «оральным оргазмом», поглощается невероятное количество пищи, лишь тогда наступает удовлетворенность.

2. Постоянное питание: аппетит появляется с утра, при пробуждении, и сопровождает человека в течение всего дня. При этом человек всегда хочет и может есть. Он не в состоянии ограничиться основными приемами пищи. Но он не страдает от навязчивого голода, а напротив, чувствует себя очень хорошо.

3. Отсутствие сытости: в отличие от других случаев, здесь аппетит не заставляет принимать пищу. Но с началом еды появляется аппетит, заставляющий поглощать огромные количества пищи. К этому типу поведения относится бытовая поговорка: «аппетит приходит во время еды».

4. Ночное питание: при этом голод появляется лишь вечером. Он не насыщается, сколько бы человек ни ел. Больной с трудом засыпает или часто просыпается, ест, снова ложится спать и на следующее утро страдает отсутствием аппетита.

Существует наследственная предрасположенность к ожирению (Каплан, Сэдок, 1998). У тучных детей повышается число жировых клеток (гиперпластическая тучность), что способствует превращению их в тучных взрослых. Если же тучность наступает только во взрослом периоде, она является результатом гипертрофического ожирения (увеличения размера жировых клеток), а не их числа. Ожирение также ограничивает физическую активность, что в дальнейшем еще больше усугубляет течение ожирения.

На ожирение влияют родители, если они систематически в ответ на любое внешнее проявление потребности ребенка предлагают ему еду и если их любовь к ребенку зависит от его пищевого поведения. Такие отношения ослабляют Я ребенка, в результате чего ему труднее переносить и прорабатывать фрустрации, для борьбы с последствиями которых ребенок принимает пищу (Bruch, 1957). У больных с ожирением часто наблюдается очень тесная привязанность к матери, доминирование матери в семье, где отец играет лишь подчиненную роль (Petzold, Reindell, 1980). Мать своей чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие и готовность к социальному контакту и фиксирует пассивно-рецептивную позицию ребенка (Бройтигам и др., 1999).

Перекармливание иногда связано с семейными традициями питания и слишком интенсивным использованием пищи для того, чтобы доставить

ребенку удовольствие или его успокоить. В результате ребенок растет, не осознавая своих эмоциональных потребностей, и не учится распознавать состояния голода и насыщения. Не полагаясь на внутренние критерии, такой ребенок ориентируется на родителей, он не чувствует себя хозяином собственного тела, не контролирует собственное поведение, потребности и импульсы. Дети с избыточным весом в три раза менее подвижны, чем их сверстники, они неспособны терпеть сильную физическую и эмоциональную боль. Для робкого ребенка полнота дает чувство безопасности и силы, защиты от внешнего мира и связанной с ним ответственности.

Описаны определенные формы раннего детского развития и семейной среды у детей со склонностью к ожирению. Матери таких детей проявляют гиперопеку и сверхпривязанность. Родители, которые все разрешают и ничего не запрещают, не могут сказать «нет», компенсируют этим свои угрызения совести и чувство, что они мало дают своим детям. Отцы в таких семьях слабы и беспомощны (Bruch, 1973). Родители балуют ребенка в сфере еды потому, что это избавляет их от чувства вины за свое эмоциональное отчуждение, за равнодушие и внутреннее неприятие ребенка. Кормление детей – это единственно доступное средство выразить им свое расположение, которое родители не в состоянии передать через разговор, прикосновение, игру. Нарушения пищевого поведения развиваются как при сверхзаботливой, так и при равнодушной матери.

При переедании чаще, чем при нервной анорексии, наблюдаются семейные конфликты, невнимание родителей к ребенку, пренебрежительное отношение к его личности. Доминирующая в семье мать устанавливает с ребенком симбиотические отношения, задерживает его двигательное развитие, не поощряет ребенка к социальным контактам. В результате у ребенка появляется внутреннее напряжение, апатия и отчаяние, признаки бегства в одиночество, чувство вины.

Если говорить о внутрисемейных отношениях, тут выявляется одна примечательная деталь: ожирение существенно чаще развивается в том случае, если ребенка воспитывала мать-одиночка (Wolf, 1993). Было показано, что в семье такого ребенка часто делают «козлом отпущения» (Herman, Polivy, 1988). По сравнению с контрольной группой, отношения в семье у таких детей редко можно назвать открытыми, теплыми и сердечными (Pachinger, 1997). Хотя другой исследователь (Erzigkeit, 1978) обнаружил, что такого ребенка в семье часто балуют и тем самым «портят». В целом можно сказать, что такой ребенок в семье часто сталкивается с крайностями, получая как «слишком мало любви», так и «слишком много».

В детстве больных с ожирением часто поощряли, давая им сладости (Hammar, 1977). Кроме того, взрослые часто вырабатывают у таких детей определенные стереотипы поведения, например: «Все, что поставлено на стол, нужно съесть», или оказывают на них скрытое давление: «Если ты будешь кушать, мамочка будет счастлива», или пытаются вызвать у них подражательное поведение: «Смотри, твой братик уже все скушал». Существует гипотеза, что такое навязанное пищевое поведение может в итоге подавлять у человека адекватную физиологическую реакцию насыщения (Pudel, Maus, 1990).

Отечественные исследователи говорят о том, что для таких детей, как правило, характерно воспитание в ригидных псевдосолидарных семьях по типу гипо- и гиперпротекции либо воспитание в семьях деструктивного типа с гипопротекцией (Зубцова, Князев, 1992). Высокий процент неполных семей, разводов или потери одного из родителей и конфликтных отношений между ними наблюдается у больных ожирением с гиперфагической реакцией на стресс (Вознесенская и др., 1987, 1989). Вахмистров А. В. (2001) в своем исследовании отметил наличие эмоциональной холодности со стороны родителей и конфликтных ситуаций в семьях у большинства больных ожирением с эмоциогенным пищевым поведением.

Родители могут оказывать и прямое влияние на пищевое поведение детей, создавая среду, в которой уделяется особое внимание стройности, особенно у девочек и женщин, когда они обсуждают фигуру ребенка или показывают примеры озабоченности весом и примеры неправильного пищевого поведения. При исследовании воздействия прямых комментариев родителей по поводу веса ребенка и их беспокойства по поводу собственного веса на оценку тела, озабоченность весом и попытки похудеть у детей было обнаружено, что прямые комментарии родителей оказывают значительное влияние на установки и поведение относительно веса у детей, причем на девочек большее влияние, чем на мальчиков, особенно это касается комментариев матери (Smolak et al., 1999). Исследователи также отмечали связь между реакцией родителей на внешность девочки и удовлетворенностью своим телом у представительниц женского пола (Schwartz et al., 1999).

Было обнаружено, что если полных мальчиков сверстники часто открыто преследуют, дразнят или проявляют против них физическую агрессию, то полные девочки чаще подвергаются оскорблениям в дружеских отношениях (Pearce et al., 2002). Чем больше степень ожирения девочки, тем вероятнее, что подруги намеренно исключают ее из

социальной активности, отказываются проводить с ней время, сидеть с ней за обедом или за одной партой. Таким образом, полные девочки страдают от отсутствия поддержки и от враждебности со стороны подруг, что усугубляет депрессию и снижает самооценку. Так как у девочек межличностные отношения играют важнейшую роль в формировании личностной и групповой идентичности, этот тип преследования чреват возникновением психологических и социальных проблем. Полные девочки-подростки гораздо реже ходят на свидания по сравнению со своими более стройными сверстницами. В результате недостатка общения со сверстниками полные юноши и девушки могут не достичь нормального уровня социальной компетенции. Люди, страдавшие ожирением в подростковом возрасте, впоследствии реже вступают в брак (Gortmaker et al., 1993).

Таким образом, очень важно отличать ожирение взрослых от ожирения детей и подростков. У детей и подростков психологические факторы играют гораздо более важную роль. Упрощая проблему, можно сказать, что дети тут страдают гораздо больше и их сильнее дискриминируют (Gortmaker et al., 1993; Hill, Silver, 1995). Было показано, что когда обычным детям показывали фотографии детей-инвалидов и толстых детей, они считают инвалидов более привлекательными, чем толстых (Klotter, 1990).

Нарушения пищевого поведения часто сочетаются с депрессивными расстройствами легкой и средней степени выраженности. Согласно современным представлениям о биологическом базисе депрессивных состояний, основную роль в их развитии играет дефицит катехоламиновой (Matussek, 1970; Maas, 1980) и серотониновой нейромедиации (Corpen, Shaw, 1970; Praag, 1974); низкий уровень нейромедиатора обусловлен его замедленным синтезом либо ускоренным распадом, гиперактивацией его обратного захвата, низкой чувствительностью постсинаптических рецепторов и другими причинами (Angst, Stabl, 1992). Учитывая, что нарушения в системе этих же нейромедиаторов обуславливают расстройство пищевого поведения, можно предположить, что оба заболевания патогенетически взаимосвязаны и оказывают отягощающее воздействие одно на другое. Основной мотив переедания при депрессии – это более или менее осознанное стремление облегчить субъективно тягостное состояние. В то же время развитие алиментарно-конституционального ожирения – как следствие пищевой аддикции – приводит к формированию психогенных расстройств депрессивного уровня (Герус и др., 1994).

Пациенты, у которых ожирение возникло в детстве, отличаются от пациентов, у которых ожирение возникло в более позднем возрасте, значимо более высоким уровнем психопатологии, что доказывает связь ожирения с глубокими внутренними конфликтами (Mills et al., 1993). Обнаружена зависимость между уровнем тучности и психическими нарушениями – тревожностью, нарушениями настроения, посттравматическим стрессом (Jorm et al., 2003).

Изменение рациона питания пищевых аддиктов в осенне-зимний период с повышением массы тела указывает на взаимосвязь пищевой зависимости с сезонным аффективным расстройством (САР) (Rosenthal et al., 1984). У пациентов с САР наблюдаются атипичные симптомы депрессии: вегетативные нарушения, сонливость, повышенная потребность в богатой углеводами пище с перееданием и прибавкой массы тела (Carcia-Borreguero et al., 1995). САР относят к атипичной депрессии, признаки которой даны в DSM-IV. Среди основных диагностических критериев атипичной депрессии выделяют следующие: реактивные колебания настроения, эмоциональная лабильность, дисфория, чрезмерная обидчивость, острая реакция на критику; выраженная тревожность, панические приступы; истерические черты (драматизация реакций на разочарование, перемены, потери); навязчивые страхи; утомляемость, сонливость; парадоксальные симптомы (ухудшение настроения во второй половине дня, повышение аппетита и прием пищи для успокоения, повышение массы тела); трудность засыпания, сочетающаяся с гиперсомнией; отсутствие нарушений личности до начала заболевания; ипохондрия (Савчикова, 2005).

При САР отмечается снижение настроения с тревогой и раздражительностью, при этом способность к адекватному реагированию на внешние события не нарушается, ангедония к числу основных проявлений САР не относится. Раньше этот синдром считали невротическим, согласно нынешним представлениям, САР имеет также биологические причины (Thompson et al., 1990). Существует множество данных о том, что серотониновый обмен человека во многом подчиняется сезонным колебаниям (Rozental et al., 1984). Исследования показывают, что воздействие на серотонинэргические механизмы может изменить потребность организма в углеводах (Wurtman, 1986), и эти механизмы тесно связаны с САР.

В целом связь ожирения и депрессии является предметом непрекращающейся научной дискуссии среди исследователей нарушений пищевого поведения. Согласно ряду исследований, связь между весом тела

и депрессией объясняется отношением между перееданием и депрессией (Telch, Agras, 1994). В процессе наблюдения было отмечено, что уровень дисфории увеличивался в те дни, когда испытуемые переедали и проявляли очистительное поведение. Другое исследование, напротив, показывает, что при снижении проявлений булимии в процессе поведенческой психотерапии симптомы депрессии у больных значительно усугублялись (Lacey J.H. et al., 1986). В некоторых случаях депрессивные симптомы могут быть следствием недоедания (Levy et al., 1989). Действительно, при нарушениях пищевого поведения довольно часто наблюдается депрессия. В свою очередь, такие физиологические проявления, как расстройства аппетита (гипер– и гипофагия) и значительные изменения массы тела, а также такие поведенческие проявления, как аддикции, общая импульсивность и деструктивное компульсивное поведение, являются симптомами депрессии (Япко, 1999). Тем не менее пока не существует научных данных, позволяющих со всей определенностью утверждать, какое из этих нарушений возникает первым и существует ли между ними причинно-следственная связь. Кроме того, высокая частота симптомов депрессии при нервной булимии может объясняться тем, что депрессивное настроение и самоуничижительные мысли входят в критерии диагностики булимии в соответствии с DSM-III.

В лонгитюдных исследованиях обнаружилось, что люди с избыточной массой тела до прибавки веса меньше страдали депрессией, чем люди с нормальным весом (Smoller et al., 1987). Это подтверждают выводы других исследователей о посреднической роли негативного образа тела между депрессией и степенью ожирения (Friedman, et al., 2002). Располневшие женщины начинают хуже относиться к себе, когда набирают вес (Палуди, 2003). Изменение внешнего вида само по себе становится для больных ожирением хронической «аутопсихотравмой», вызывающей невротические расстройства, в том числе – нарушения пищевого поведения (Герус, 1995).

Связь ожирения и депрессии с перееданием была выявлена только у женщин (Musante et al., 1998). В то время как у женщин нарушения пищевого поведения чаще представляют собой ответ на негативные эмоции, такие как гнев, грусть, неэффективность, одиночество и изнеможение, тучные мужчины более склонны переедать в ответ на позитивные аффективные и социальные воздействия (например, в состоянии возбуждения или радости, во время общения с друзьями, различных мероприятий). Переедание бывает связано с депрессией и неудачей в соблюдении диет и у мужчин, и у женщин, однако у женщин, в отличие от мужчин, выявлена взаимосвязь переедания и низкой

самооценки (Costanzo et al., 1999). Таким образом, тучные мужчины переедают в ответ на сильные негативные эмоции, направленные вовне, тогда как женщины склонны переедать в ответ на внутреннее отвращение к себе.

Была обнаружена связь между перееданием, соблюдением диет и чувством одиночества у женщин. Некоторые женщины считают, что стройность увеличит их привлекательность и потому избавит их от одиночества (Rotenberg, Flood, 1999).

При эмоциогенном пищевом поведении масса тела может значительно увеличиться. У большинства больных с ожирением эмоциогенное пищевое поведение – это основной механизм прибавления массы тела (Вознесенская, 1990). Такое поведение тесно связано с депрессией и повышением уровня тревоги.

Особым видом эмоциогенного пищевого поведения является ночная еда. При этом человек просыпается среди ночи, обычно в ранние утренние часы (3–4 часа утра), и не может уснуть, если не поест. Повышение аппетита в таких случаях вовсе не связано с количеством пищи, съеденной перед сном, и чувством голода, но еда играет роль успокаивающего или снотворного средства. У таких пациентов, как правило, имеются характерные для депрессии нарушения ночного сна и избыточная масса тела.

Биохимические исследования позволили объяснить, почему ряд пищевых продуктов может служить своеобразным лекарством от депрессии (Fernstrom, Wurtman, 1971). При эмоциогенном пищевом поведении, когда пациенты потребляют пищу ради улучшения настроения, уменьшения чувства тоски и апатии, они предпочитают легкоусвояемые углеводы. Поступление углеводов в кровь приводит к гипергликемии, а затем – к гиперинсулинемии. При этом изменяется проницаемость гематоэнцефалического барьера для аминокислоты триптофана. Триптофан является предшественником серотонина, поэтому вслед за повышением содержания триптофана в ЦНС увеличивается синтез серотонина. Таким образом, прием пищи может регулировать уровень серотонина в ЦНС, повышать его синтез, что приводит одновременно к чувству насыщения и к снижению депрессии. Таким образом, булимия и депрессия имеют общие биохимические патогенетические механизмы – дефицит серотонина.

Особый интерес представляет вопрос о взаимоотношении избыточного веса, переедания и агрессии. Было доказано, что булимическое поведение сильнее всего связано с такими эмоциями, как тревога, депрессия и гнев (Arnou, et al., 1995). К. Э. Изард (2000) отмечал,

что «в тех случаях, когда человек расстраивается по поводу своего избыточного веса или боится набрать лишний вес, можно говорить о взаимодействии пищевого драйва с эмоциональным паттерном „печаль – гнев“: человек ест, чтобы освободиться от печали, и при этом корит себя за невозддержанность» (Изард, 2000). К. Хорни (1995) признавала ненасытность, проявляющуюся в жадности как общей черте характера и в пищевом поведении, одной из характерных особенностей невротической потребности в любви. По ее мнению, жадность может возникать или усиливаться при росте враждебности или тревожности. Ф. Перлз (2000) считал агрессию главным образом производной пищевого инстинкта.

Результаты исследования при помощи методики Спилбергера показали, что булимические установки и поведение (переедание и искусственная рвота) коррелируют с состоянием гнева и подавлением гнева, а не с гневом как чертой характера (Milligan, Waller, 2000). Различное булимическое поведение может выполнять разные функции: переедание связано с высоким уровнем подавления гнева, оно способствует избеганию его осознания, а искусственная рвота – с высоким уровнем выражения гнева. У тучных людей переедание используется как средство снижения гнева, вызывающего дистресс, или как средство замены гнева на более приемлемое эмоциональное состояние – на чувство вины (Kenardy, et al., 1996). Одно исследование показало, что переедающие испытуемые значительно чаще переживают гнев, но тормозят и контролируют его выражение (Russ, 1998). Неспособность выражать гнев иногда порождает устойчивые и неконтролируемые состояния, которые воспринимаются как нежелательные. В результате появляются попытки вывести себя из этого эмоционального состояния посредством переедания. При переедании человек переживает фрустрацию, и соответственно, испытывает гнев, однако это чувство не направлено на других. Нарушения пищевого поведения развиваются как при несдержанности и конфликтности, так и при подавлении агрессии, при этом «более физиологически безопасной является гетероагрессия» (Гаврилов, 1998; Ротов и др., 1999), тогда как агрессия, направленная на себя, способствует увеличению веса.

Сравнительное исследование уровня агрессии с помощью опросника Басса-Дарки у людей с избыточным и нормальным весом выявило значительно более высокий уровень скрытой враждебности у испытуемых первой группы, а именно – повышенные показатели подозрительности, обиды и раздражения (Carmody et al., 1999). Авторы объясняют связь между враждебностью, избыточным весом и колебаниями веса фрустрацией и неудовлетворенностью весом, связанными с его

увеличением после соблюдения диеты (так называемым эффектом «йо-йо»). Скрытая враждебность тут связана с расторможенностью, голодом, неэффективностью диет и у полных людей, и у людей с нормальным весом, тогда как открытая агрессия связана с этими характеристиками и интересом к еде только у полных испытуемых. Эти результаты утверждают взаимосвязь между агрессивными чувствами, установками относительно питания, пищевым поведением и соблюдением диет.

Одно исследование показало, что у женщин после просмотра рекламы одежды повышается уровень депрессии и гнева (Pinhas, et al., 1999). Причем женщины, неудовлетворенные своим внешним видом или склонные не доверять другим и ощущать свою неэффективность, более подвержены влиянию этих образов.

При изучении психологической организации больных церебральным ожирением с гиперфагической реакцией на стресс и без нее было обнаружено, что для больных без гиперфагической реакции характерны жесткость и гетероагрессивность, в то время как больным с гиперфагической реакцией на стресс, наряду с сильным контролем над гетероагрессивными импульсами, свойственно занимать пассивную позицию в конфликтной ситуации, а также обвинять себя (Вознесенская, Дорожевец, 1987). По количеству интрапунитивных реакций больные с гиперфагической реакцией на стресс значительно превосходили больных без таковых реакций.

В исследовании Красноперовой Н. Ю. (2001) была выявлена группа пищевых аддиктов с депрессивной симптоматикой, которые, зная о вреде переедания, не могли остановиться; они сравнивали процесс поглощения пищи с бомбой замедленного действия, с самоубийством, и это усиливало апатию, вялость и уныние. В данном случае речь идет об аутоагрессивном поведении.

При исследовании эмоциональных состояний мужчин и женщин, обращавшихся за помощью по поводу ожирения, было установлено, что взаимоотношение между ожирением и аффективными расстройствами опосредуется ощущением больных, что они не соответствуют полоролевым ожиданиям (Musante, et al., 1998). Так, очень полные женщины переживают депрессию в той степени, в какой воспринимают себя «неполноценными» женщинами. Они реагируют на это гневом, направленным на общество, одиночеством, изоляцией и отвращением к себе. Чувства стыда и гнева связывает между собой так называемая «нежеланная идентичность», анти-идеальный образ Я (Ferguson et al., 2000). Такая идентичность вызывает чувство стыда, которое порождает гнев.

Больные ожирением объясняют своей внешностью неустроенность личной жизни, конфликты в семье, на производстве, отрицательное отношение знакомых. Напряжение в социальных контактах женщин нарастает при появлении и росте избыточного веса (Гаврилов, 1998). В сочетании с тенденцией к гиперсоциальным установкам, способствующим подавлению социально порицаемого открытого проявления агрессии, это приводит к возникновению внутреннего конфликта. Исследование влияния межличностных проблем на успешность лечения от ожирения показало, что хуже всего поддаются лечению пациенты, испытывающие беспокойство по поводу социального избегания (враждебное подчинение) и отрицающие наличие у себя такой черты, как мстительность (враждебное доминирование) (Eldredge, et al., 1998). Анализ поведения женщин с избыточным весом в конфликтной ситуации выявил дружелюбное отношение к окружающим и кооперативное поведение у 30 % испытуемых, доминирующее отношение к окружающим – у 22 %, подчиняемый тип поведения – у 20 %, дружелюбность в сочетании со способностью к компромиссу – у 10 %, агрессивный стиль отношения к окружающим – у 9 % испытуемых (Яременко, 1999). Гармоничное отношение и ровное поведение в конфликтных ситуациях отмечалось лишь у 4 % полных женщин. Герус Л. В. (1996) отметила, что у полных перебедающих женщин существует тенденция определять свое отношение к окружающим, оценивая их вес, то есть тенденция делить всех на тонких и толстых.

У женщин с церебральным ожирением был выявлен высокий уровень полезависимости, в особенности у больных с гиперфагической реакцией на стресс (Вознесенская, Дорожевец, 1987). Полезависимый стиль взаимодействия с социальной средой выражается в ориентации на внешний пласт общения, который составляют внешние атрибуты и нормы поведения в социуме. Таким образом, полные женщины в большей степени внушаемы, конформны, социально ориентированы, более чувствительны к критике и в большей мере зависят от замечаний и порицаний. Л. Джексон также отметила, что «женщины, страдающие булимией, испытывают гораздо более сильную потребность в одобрении и более чувствительны в межличностном общении, чем здоровые женщины» (Палуди, 2003).

А. Н. Олейников (2000) предложил рассматривать различные виды инстинктивной (пищевой и сексуальной) деятельности у больных с нарушениями пищевого поведения «отдельно, но в их взаимозависимости». Тем не менее исследования, посвященные взаимоотношению пищевого поведения, избыточного веса и сексуальности, весьма малочисленны и их данные противоречивы. Так, последователи Фрейда отождествляют

полноту с оральной сексуальностью и утверждают, что полные люди не могут испытывать зрелое генитальное удовольствие (Stunkard, 1976). Но, по другим данным, полные женщины обладают более выраженными сексуальными потребностями, чем женщины стройные, причем пищевой и сексуальный аппетит появляется у них одновременно (Areton, 2002). Согласно еще одной точке зрения (Цитренбаум и др., 1998), в некоторых случаях избыточный вес может быть попыткой избежать сексуальности и интимных отношений. Таким образом, с одной стороны, переедание может использоваться как средство защиты от сексуальных притязаний, с другой стороны, гиперфагические реакции могут выражать неудовлетворенную сексуальную потребность (Ротов и др., 1999).

В некоторых исследованиях отмечалось, что от одной до двух третей женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения, подвергались сексуальным оскорблениям в детстве или подростковом возрасте (Connors, Worse, 1993). Согласно данным одного исследования, 50 из 76 пациенток с нарушениями пищевого поведения пережили неблагоприятный сексуальный опыт, причем 40 из них – в детстве (Oppenheimer, Howells, 1985). Таким образом, в ряде случаев развитие нарушений пищевого поведения обусловлено детской сексуальной травмой. Так как для семей, где встречаются нарушения пищевого поведения, особенно характерны трудности в решении конфликтов, попытка справиться с болезненным состоянием при отсутствии адекватных внутренних механизмов может породить переедание или другое импульсивное поведение (Connors, Worse, 1993). При изучении сексуального поведения больных нервной анорексией и нервной булимией у больных с рестриктивным вариантом нервной анорексии были выявлены замедление сексуального развития и полоролевые нарушения. У больных с булимическим вариантом анорексии отмечался асинхронно дисгармонический тип психосексуального развития. У больных булимией сексуальное развитие сочеталось с истероидными чертами личности, колебаниями настроения и сексуального влечения (Олейников, 2000).

Было установлено, что полные женщины, состоявшие в постоянных взаимоотношениях с мужчиной, имеют более высокую самооценку и удовлетворенность собой (Spiegel, 1988). Одинокие женщины объясняют отсутствие взаимоотношений с противоположным полом своим избыточным весом. Они утверждают, что их бывшие партнеры беспокоились по поводу их полноты и что избыточный вес негативно влиял на их сексуальные взаимоотношения. Женщины также отмечали, что если бы они были стройнее, то выбирали бы других партнеров (Areton, 2002).

Полные женщины чувствуют себя более скованно при обсуждении сексуальных вопросов со своими партнерами, оценивают свои отношения как менее счастливые и считают себя физически непривлекательными по сравнению с другими женщинами (Shapiro, 1980). Испытуемые утверждали, что чаще хотели бы иметь сексуальные отношения и что их сексуальные потребности нередко остаются неудовлетворенными (Areton, 2002).

Одно исследование показало, что ожирение само по себе не влияет на сексуальную функцию у женщин. Детерминирующим фактором сексуального функционирования являются установки полных по отношению к своему телу и своей сексуальности. Согласно некоторым исследованиям (Wiederman, Pryor, 1997; Ackard et al., 2000), озабоченность внешностью может влиять на состояние комфорта во время сексуальной активности, что, в свою очередь, влияет на получение сексуального удовольствия. Выраженная неудовлетворенность своим телом может повлечь за собой избегание сексуальной активности из-за чувства неловкости. Позитивный образ своего тела снижает стеснительность и значение физической привлекательности и повышает общую удовлетворенность. Избегание сексуальных отношений, застенчивость и неумение флиртовать, уклонение от эротических ситуаций, страх отвержения и чувство стыда, неумение инициировать сексуальный контакт и попытки скрыть свое тело – все это проявления негативного образа своего тела (Faith, Schare, 1993).

Таким образом, проблему сексуальности у женщин с избыточным весом можно рассматривать в трех аспектах: это влияние избыточного веса на уверенность в себе в отношениях с противоположным полом и на состояние комфорта во время сексуальной активности, взаимосвязь выраженности сексуального влечения и пищевой потребности, и наконец, взаимосвязь избыточного веса и нарушений пищевого поведения с установками и психологическим благополучием в сфере интимных отношений. Два последних аспекта остаются практически неизученными.

Глава 2 Психодиагностика при нарушениях пищевого поведения

Психодиагностика позволяет получить информацию о психических структурах, лежащих в основе поведения, и выявить существенные психические свойства испытуемого (Обозов, 1998).

Такая диагностика, если она применяется разумно с адекватной подготовкой: (1) позволяет использовать диагноз для планирования терапии, (2) дает информацию о прогнозе, (3) защищает интересы пациента, (4) помогает терапевту эмпатически относиться к пациенту и (5) снижает вероятность того, что некоторые тревожные пациенты уклонятся от лечения (Мак-Вильямс, 1998).

Традиционно диагностика использовалась для планирования лечения. Кроме того, точная диагностическая формулировка полезна для выбора стиля общения, тона интерпретаций и фокуса первоначальных бесед, что чрезвычайно важно.

Диагностика позволяет оценить глубину и степень тяжести личностных проблем, и в этом смысле полезна как для терапевта, так и для пациента. Например, если булимия появилась недавно и пациентка осознает неразумность и разрушительность своего поведения, можно ожидать иных результатов терапии, нежели в случае лечения пограничной пациентки с появившимися еще в школьном возрасте циклами переедания – аскетизм, которая объясняет свое поведение социальным требованием к стройной фигуре женщины. Можно предположить, что первой пациентке можно реально помочь за несколько недель работы, в то время как при терапии второй потребуется два года на то, чтобы пациентка осознала важность проблемы и установила с терапевтом доверительные отношения, после чего она может приступить к попыткам изменить свое поведение.

Добросовестная диагностика опирается на этику взаимоотношений терапевта или клиники с потенциальным клиентом. Это можно выразить правилом: «правда лучше лжи». Тщательная оценка позволяет сообщить пациенту, на что он может рассчитывать, и это позволяет избежать нереалистичных обещаний и не вводить пациента в заблуждение. При этом клиенту, который жаждет чудесного исцеления и не имеет желания или возможности прилагать усилия, необходимые для изменения, диагностика поможет отказаться от услуг терапевта, так что ни клиент, ни терапевт не

будут напрасно тратить свое время.

Диагностический процесс также дает возможность обоим участникам взаимодействовать до тех пор, пока они не узнают друг друга лучше, что позволит пациенту самому говорить о своих проблемах без помощи успокаивающих и структурирующих беседа вопросов. Порой терапевт недооценивает значение этого «установочного» процесса. Зачастую диагностический этап дает терапевту возможность получить информацию, которую будет трудно получить от пациента позднее, когда развитие сильных реакций переноса может помешать свободному разговору о некоторых темах.

При постановке психосоматического диагноза в распоряжении психотерапевта имеются две основные методики: диагностическая беседа и психологическое тестирование.

2.1. Диагностическая беседа

Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы найти связь между соматическими симптомами и историей жизни пациента. Прежде всего нужно выявить хронологическую связь между началом соматических проявлений и достоверными важными изменениями в жизни пациента – или же констатировать отсутствие такой связи. Если эта связь установлена, дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам пациент, какую роль травмы, конфликты и кризисы его жизни сыграли в развитии заболевания. Для этого необходимо знание о личностных особенностях пациента, условиях его развития в детстве, конфликтах в процессе социализации, о фиксации на этих конфликтах в настоящем.

Таким образом, при психосоматическом заболевании диагностическая беседа направлена в первую очередь на исследование теперешнего состояния пациента – внешнего и внутреннего (Бройтигам и др., 1999). Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Думает ли он, что он сам, его родные, психотерапевты или кто-либо еще ответственны за это заболевание? Соответствуют ли его представления о болезни, ее причинах и течении оценке психотерапевта?

Чтобы знать, как действовать дальше, необходимо разобраться в особенностях личности пациента (см. раздел 2.2. настоящей главы) и истории его жизни, предшествовавшей болезни. Были ли у него в прошлом другие заболевания? Имеется ли неблагоприятная наследственность? Как он справлялся до сих пор с другими заболеваниями и как справляется с нынешним? Каковы его представления об этом и о подобных трудностях, о тех ситуациях, которые отдалили его от семьи и профессии? Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают, когда он остается один?

Чем свободнее и неформальнее протекает беседа, чем больше пациент раскрывает себя психотерапевту, тем больше возможности обнаружить «сценический» характер его поведения. Можно ли увидеть у пациента образец типичной проблематики межличностных отношений, в которых и возникли его конфликты и вызванные ими нарушения? Характерно ли для него экспансивное или сдержанное поведение, полезна или бесполезна в этих условиях его встреча с психотерапевтом? Каковы осанка пациента, его

манера разговаривать, как он относится к психотерапевту и к тому, что психотерапевт вмешивается в его интимную жизнь?

Наконец, на первой же диагностической беседе необходимо выявить, что пациент утаивает от психотерапевта, несмотря на обилие представленной им информации. Психотерапевт может оценить лежащие на поверхности или скрытые психосоматические связи, отметить выявленные им соотношения симптомов, оставить открытым вопрос о неизвестных пока обстоятельствах, которые, по его мнению, позволят поговорить с пациентом о вопросах прогноза и возможностях лечения.

Первая беседа имеет решающее значение для дальнейшего развития отношений психотерапевта и пациента. Желательно как можно быстрее дать пациенту установку на диагностически-терапевтическое использование своих эмоциональных реакций. Поскольку в отношениях с психотерапевтом пациент использует свою привычную систему переноса и защит, тут тоже можно найти важные сведения о характере его конфликта (Любан-Плоцца и др., 2000).

В течение первых минут пациент обычно расслабляется. Он с удивлением замечает, что о проблемах, оказывается, можно говорить; при этом можно затрагивать очень личные вопросы, не испытывая особого смущения. Разговор с самого начала должен преследовать терапевтические цели. Лучше, чтобы пациент это почувствовал, поскольку он часто желает начать лечение с того момента, как переступит порог кабинета.

1. Вначале задается вопрос о жалобах, заставивших пациента обратиться к психотерапевту: «Что вас сюда привело?» Часто при ответе на этот вопрос предварительно информированный пациент указывает на конкретные симптомы или сообщает уже готовый диагноз, например – «лишний вес». Эти жалобы обязывают расспросить пациента о содержании его предшествующих переживаний. Следует подвести пациента к тому, чтобы он рассказал о своем состоянии собственными словами. При этом необходимо отмечать речевые обороты, которыми он пользуется при описании своих жалоб и картины болезни.

2. Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний: «Когда вы это почувствовали впервые?» Стоит собрать информацию о периодах последующих ухудшений и улучшений. Психотерапевт должен настойчиво расспрашивать пациента о времени начала болезненных переживаний вплоть до дня и часа. История жизни в рамках ситуации, когда психотерапевт должен получить как психические, так и соматические данные, включает в себя и соматическое обследование.

3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних

психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это началось? Что в то время появилось нового в жизни, кто вошел в вашу жизнь и кто ушел из нее?» Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, о переменах в служебной деятельности, жилищных условиях. Пациент должен при этом вспоминать прошлое в форме свободных ассоциаций. Поскольку о драматических событиях пациенты могут сообщать как о банальных переменах, которые всплывают в памяти и расцениваются как пустячные, на такие события следует обратить особое внимание. Если же невозможно установить связь между жизненными кризисами и началом болезни (в том числе и при повторных беседах), психосоматическую природу заболевания следует поставить под сомнение.

4. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, можно обнаружить в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства», «расскажите немного о своих родителях» или «каким вы были ребенком?», «что было для вас важным событием в жизни?» При сборе анамнеза следует расспросить пациента об отношениях с родителями, о развитии в детстве, о служебной карьере, о сексуальном развитии.

5. В конечном итоге создается картина личности пациента в целом. Если учесть его душевные переживания и поведение, то можно оценить значение симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?» – такие вопросы приводят самого пациента к пониманию собственных реакций.

Конечно, этот метод следует использовать гибко. Но в целом в качестве основной линии беседы следует двигаться от симптома к ситуации, к анамнезу жизни и к особенностям личности (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Анамнез в психосоматике

Диагностическая беседа может содержать и элемент провокации. Психотерапевт оперирует подбадриванием, откровенными вопросами, которые наталкивают пациента на ответы, но не фиксируют на них внимание, давая лишь направления для размышления: «Расскажите мне об этом подробнее. Как это переживалось тогда? Мы еще совсем не говорили о сексуальности. Вы еще не сказали о своем браке». При этом следует отрешиться от представления, что пациент все о себе знает. Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из несовпадающих сообщений. Желательно, чтобы пациент был открытым и критичным в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, тогда беседа будет плодотворнее. Крайне важны те моменты беседы, когда пациент вдруг умолкает, как бы наткнувшись на внутреннюю преграду. Паузы в разговоре – это «ворота» для прорыва вытесненных ранее воспоминаний, необузданных фантазий и, может быть, для появления инсайта. Всегда следует помнить, что слишком структурированная, жестко поставленная тема, чрезмерное количество вопросов ограничивают свободу пациента. Кроме того, на этом этапе ошибкой было бы воспринимать молчание пациента «аналитически» и смешивать ситуацию первого интервью с ситуацией психоаналитического сеанса.

Многokrатно указывалось, что психосоматические больные пытаются с помощью болезни удержать нестабильное и патологическое равновесие. Соматический симптом тут позволяет снять с себя груз неосознаваемых конфликтов за счет перемещения части психической энергии в телесную сферу.

Задача найти в ходе психотерапии другие и лучшие пути разрешения

конфликтов мобилизует страх и усиливает защиту, при этом пациент нередко использует для рационализации расхожие концепции соматической медицины, когда, например, говорит: «Доктор, у меня проблемы с лишним весом, а не с головой». Пациента, который уже долгое время привязан к своим симптомам, трудно сразу убедить в том, что его жалобы могут быть связаны с трудностями эмоциональной природы. Гораздо чаще он хочет верить в то, что его страдание имеет органическую причину.

Неспособность многих психосоматических больных осознавать эмоциональные проблемы и соответствующая склонность к переоценке соматических проявлений часто отражает страх перед стигматизацией. Ибо разделение на «приличные» (органические) и «неприличные» (психические) заболевания широко распространено не только среди пациентов. Поэтому и психотерапевты иногда опасаются ясно представить в диагнозе психическую патологию. К тому же клиническая картина при психосоматических заболеваниях не всегда ясна. В отличие от неврозов, где симптомы определенно принадлежат психической сфере, при психосоматических нарушениях, первично связанных с органическими функциями, их связь с психическими процессами часто не вполне отчетлива для психотерапевта и пациента.

Субъективное отношение пациента к своей болезни существенно влияет на начало, течение и исход заболевания. Искажённое понимание болезни и неверная ее трактовка могут иметь серьезнейшие последствия для здоровья (Bleuler, 1961).

Психотерапевт должен учитывать вербальные и невербальные сообщения пациента, он должен видеть и слышать. Уже в начале беседы немало информации терапевту дают следующие особенности пациента: его отношение к договоренности о консультации, преждевременный приход или опоздание на прием, избыточная информация, которой пациент делится с персоналом, его вступительные комментарии, приход в сопровождении членов семьи или без них, одежда, причёска, выражение лица, мимика, жестикуляция, характер рукопожатия, где и как он усаживается, звук его голоса и выбор слов, разговорчивость, молчание, вздохи, раздражение, враждебность, проявления бунта или готовность к сотрудничеству.

Люди, которые приходят к психотерапевту, чаще всего беспокойны и напряжены, поскольку должны говорить о том, о чем раньше никогда не говорили или говорили очень редко. Их ожидания бывают разными. Отчасти они видят в психотерапевте «мозгового хирурга», отчасти – мага и волшебника или заумного ученого. Во всех случаях пациент ожидает от

психотерапевта мудрости и компетентности.

Следует предоставить пациенту инициативу в ведении разговора. При этом можно применить, например, технику «ассоциативного анамнеза», позволяющую пациенту постоянно переходить от психической сферы к соматической и обратно. Сначала пациент дает информацию лишь о своих органических нарушениях, затем, как правило, замолкает в ожидании вопросов. Надо быть внимательным, чтобы не упустить момент, в который в дискуссию можно подбросить ключевое слово. Если в этот момент повторить одну из последних фраз пациента в форме вопроса, он, как правило, дает дополнительные сведения как о своей эмоциональной жизни, так и о соматическом состоянии. Так, он часто сам связывает соматические симптомы с эмоциями, окружением и межличностными отношениями. Во время пауз в разговоре, которые являются эмоциональными узловыми моментами, пациент исследует психотерапевта. Может ли психотерапевт не только слушать, но и хранить тайну? Взаимный анализ ситуации происходит еще до начала собственно разговора.

Пациент должен стать для терапевта «субъектом», а не «объектом». Чем сильнее проявляется эмоциональность пациента в процессе заболевания, тем выше, как правило, и эмоциональная вовлеченность психотерапевта – будь то в форме сильного сострадания или, наоборот, злости на пациента и отвращения к нему. Терапевт должен распознавать эти чувства, направлять на них свое внимание и контролировать их. Он должен всегда знать, что происходит между ним и пациентом. Он может свободно думать и не бояться своих «сумасшедших» мыслей, но действовать обязан осторожно.

Психотерапевт, который умеет слушать, позволяет пациенту говорить не только о своих симптомах, но и о своем отношении к миру, о своих близких знакомых, о своей скрытой агрессии и тайных желаниях. Пациент должен чувствовать, что тут можно говорить, не боясь осуждения. Он может позволить себе немножко агрессии без установки стены между ним и психотерапевтом, но в целом хорошо, когда он хочет довериться психотерапевту. Возможно, он впервые узнает о своих глубочайших ощущениях, если почувствует интерес психотерапевта и догадается о его цели – понять симптом как осмысленную составную часть жизни пациента.

Чрезвычайно важно то, как психотерапевт формулирует свои вопросы. Менее определенный вопрос дает больший простор для ассоциаций и поэтому предпочтительнее. Слишком узкий вопрос ограничивает возможности пациента и снижает спонтанность разговора. Такой вопрос может, однако, помочь пациенту, когда тот не отваживается затронуть свою

проблему. Это иногда позволяет получить ответ, который даст ценную информацию о неосознаваемых ассоциациях интервьюируемого. В особенности ценно, когда в ходе разговора происходит неожиданный для пациента поворот.

Часто пациенты страдают от психосоциальных конфликтов, которые может решить не психотерапевт, а лишь сам больной. Хотя тут психотерапевт может предложить ценную помощь, выступая в роли понимающего партнера. В ходе терапевтической беседы часто чувствуется, как проблемы и конфликты теряют свою интенсивность и без прямых советов терапевта или рационального понимания, а просто в силу того, что пациент их принимает.

Следующий момент в оценке психосоматического пациента касается диагностики механизмов совладания и психологических защит (см. раздел 1.1.3. главы 1). Интерес к здоровым сторонам личности становится все популярнее среди специалистов по психическому здоровью. Язык научной литературы отражает это явление в следующих понятиях: функциональный диагноз, ресурс, стратегии преодоления трудностей (копинг-поведение, механизмы совладания), позитивный подход в описании симптомов, позитивная трактовка симптомов, позитивный рефрейминг и др. – все эти понятия подчеркивают различные аспекты системного подхода к личности и способность человека постоянно развиваться.

Одним из главных принципов клинико-психологической диагностики является мультимодальность. Им пользуются самые разные диагностические подходы. Этот принцип означает, что вместо унивариантного подхода выбирается мультивариантный, при котором используются отдельные диагностические оси или уровни (Кулаков, 2003).

Под мультимодальной, или многометодной, диагностикой подразумевают способность интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с разносторонними методами и умеет интегрировать данные диагностики и использовать их для терапии.

Для анализа используются следующие аспекты информации, полученной от пациента:

- биологическая/соматическая плоскость: она часто подразделяется на биохимическую, нейрофизиологическую, психофизиологическую сферы; на первом плане тут стоят соматические процессы, которые можно исследовать физическими или химическими способами;
- психическая/психологическая плоскость: переживания и поведение

(включая деятельность);

- социальная плоскость: межличностные системы (социальные условия, семейная ситуация);
- экологическая плоскость: условия проживания, материальные условия, качество жизни.

В настоящее время предложено достаточно много вариантов системного анализа психосоматических проблем. Например, *мультимодальный профиль Лазаруса* – специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по семи направлениям – BASIC-ID (по первым английским буквам слов: *behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs* – поведение, аффект, ощущения, воображение, когнитивный аспект, межличностные отношения, лекарства и биологические факторы) (Лазарус, 2001). Использование данного профиля позволяет лучше оценить проблемы пациента, это многоосевая диагностика психических расстройств, которая дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы. В разделе 2.3.2. настоящей главы приводится Расширенный структурный опросник жизненной истории, который рекомендуется после первого интервью давать пациентам для заполнения дома. Схема этой краткой и одновременно полной оценки предполагает ответ на ряд следующих вопросов:

В: Поведение . Что мешает человеку чувствовать себя счастливым и реализовывать свой потенциал (саморазрушительные действия, неадаптивное поведение)? Что необходимо увеличить или уменьшить в поведении? Что ему следует прекратить делать, а что стоит начать делать?

А: Эмоции . Какие эмоции (аффективные реакции) доминируют? С какими эмоциями мы имеем дело: с гневом, беспокойством, депрессией или с их комбинацией, в какой степени они выражены (например, раздражение это или ярость; печаль или глубокая меланхолия)? Что, вероятнее всего, вызывает эти негативные эмоции – определенные представления, фантазии, межличностные конфликты? Как человек реагирует (ведет себя), когда испытывает определенные эмоции? Важно найти взаимосвязь между поведением и эмоциями: как они влияют друг на друга? Как это влияет на другие модальности?

С: Ощущения. Есть ли особые сенсорные жалобы (например, напряжение, хронические боли, тремор)? Какие чувства, мысли и действия приводят к этим негативным ощущениям? О каких позитивных ощущениях (визуальных, слуховых, тактильных, обонятельных, вкусовых удовольствиях) сообщает человек? Здесь же следует собрать данные о

сексуальной жизни человека.

I: Воображение . Какие фантазии и образы доминируют? Какой Я-образ сложился у человека? Существуют ли особые представления об успехе и неудаче? Есть ли негативные или навязчивые образы (например, воспоминания о печальных травмирующих событиях)? Как эти представления связаны с особенностями образа мышления, поведения, эмоционального реагирования и т. д.?

C: Когнитивный аспект . Можно ли определить главные установки, ценности, убеждения, мысли человека? Какие «должен», «обязан», «следует» у него доминируют? Существуют ли у него дисфункциональные убеждения или иррациональные идеи? Можем ли мы обнаружить какие-либо неблагоприятные автоматические мысли, которые мешают его нормальному функционированию?

I: Межличностные отношения . Кто относится к значимым людям в жизни человека? Что он желает и получает от них, что он, в свою очередь, дает им и делает для них? Какие отношения приносят ему особое удовольствие или причиняют боль?

D: Лекарства и биологические факторы . Здоров ли человек физически и психически? Есть ли какие-либо медицинские жалобы или проблемы? Особенности диеты, веса, сна, тренировок и употребления алкоголя или наркотиков.

Мультимодальный профиль облегчает дальнейшую терапию, потому что он:

- 1) поощряет клиента фокусировать внимание на характерных проблемах, их причинах и возможных решениях;
- 2) выделяет главные жизненные события прошлого, показывает проблемы и указывает соответствующие даты;
- 3) дает представление о стиле жизни клиента и его ожиданиях относительно лечения.

В предоставленном ниже диагностическом алгоритме суммированы наиболее важные вопросы, которые необходимо исследовать на диагностической фазе лечения психосоматических пациентов (Кулаков, 2003).

Таблица 2.1.

Первое интервью с психосоматическим пациентом на примере алиментарного ожирения

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
1.	Присоединение	Используются приемы присоединения, описанные в руководствах по индивидуальному и семейному консультированию.
2.	Определение проблемного поведения	«Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы оцениваете эту проблему?» Попробуйте взглянуть на проблему глазами пациента; например, что он делает, что у него не получается, указывал ли ему кто-либо ранее на психологический компонент его проблемы.
3.	Степень тяжести проблемы	Изучение общей картины проблемы (симптома) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство). Необходимо оценить восприятие сложности проблемы пациентом, особенно при консультировании подростков, так как может оказаться, что волнует пациента не она, а, скажем, повышенная утомляемость при учебе. «Насколько эта проблема представляет затруднения для вас?» Оценка тяжести проблемы близкими людьми.
4.	Мониторинг обострений заболевания	Получение биографических, диагностических и анамнестических данных.
5.	Наличие других эмоциональных и поведенческих расстройств	Исследуется феномен коморбидности.
№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
6.	Проявления компульсивного поведения или его аналогов	Азартные или компьютерные игры, промискуитет (беспорядочные половые связи), еда (переедание или голодание), чрезмерная работа, поиск острых ощущений, наркотики
7.	Оценка получаемых субъективных выгод от переедания по сравнению с субъективными затратами	Взвешивание всех «за» и «против».
8.	Оценка принятия ответственности за болезнь, оценка локус-контроля	Чей запрос скорее служит стимулом к обращению за лечением: родительский, ситуативный, собственный?
9.	Компульсивное влечение	Присутствует ли компульсивное влечение постоянно, меняя поведение пациента, подчиняя себе поведение, устраняя противоречия в борьбе мотивов.
10.	Занятость и распоряжение деньгами	В ряде случаев психосоматические пациенты, как и наркоманы, неспособны целесообразно распоряжаться деньгами и временем.
11.	Поощрение воздержания от еды	Кто поддерживает ограничение в еде и какими способами (члены семьи, друзья и др.)?
12.	Поиск альтернативного достижения состояния комфорта	Выявление состояний или ситуаций, от которых пациент убежал с помощью еды. Выявление состояний или ситуаций, в которых пациент чувствовал себя наиболее комфортно. Разработка плана конкретных действий без избыточного приема пищи.

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
13.	Обсуждение стрессоров и способов совладания с ними	К стрессорам относятся те внешние факторы, к которым пациент должен адаптироваться (например, деятельность, взаимоотношения, дети). Установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладения со стрессорами. Необходимо определить взаимосвязь конкретного стрессора и процесса выздоровления, например: «это повлияло на ваше желание злоупотреблять едой?», «что вы можете сделать вместо того, чтобы переесть?», «как это влияет на ваше выздоровление?»
14.	Выявление дисфункциональных представлений, касающихся еды	Относится к тем когнитивным моделям, в которых терапевт опознает дисфункциональные когниции.
15.	Изучение последствий злоупотребления едой	Прием пищи на фоне психотерапии и в дальнейшей жизни.
16.	Поощрение принятия личной ответственности за выздоровление	«Кто несет ответственность за ваше выздоровление?» Важно разделить ответственность и обсудить долю ответственности пациента.
17.	Изучение конкретных дисфункциональных отношений	Межличностные отношения: с родителями, с лицами своего и противоположного пола.
18.	Обсуждение семейных тем и правил	Контроль над приемом пищи, алкоголизм в семье и т. д.
№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
19.	Психодинамика	Выявление фиксации на различных этапах индивидуального развития.
20.	Изучение центральной (ядерной) темы конфликта	Исследуются эмоционально значимые отношения пациента в его микросоциальном окружении, темы, чаще всего звучащие в его разговорах.
21.	Исследование аффективной сферы	Изучаются аффекты пациента.
22.	Мониторинг эмоциональных триггеров (чувств, которые могут приводить к перееданию)	«Какие чувства побудили вас начать есть?» (обида, злость, отчаяние, боль и т. п.).
23.	Оценка сотрудничества пациента или его сопротивления лечению	Оценка негативных изменений (личностных, социальных, биологических), произошедших в период, когда пациент обратился к психотерапевту.
24.	Обсуждение разных аспектов отношений пациента с терапевтом	Готов ли пациент в дальнейшем сотрудничать с психотерапевтом или нет? Выделение ключевых проблем для психотерапии.
25.	Заключительное соглашение	Выдвижение гипотез и формулирование психотерапевтического запроса.
26.	Подписание контракта	Заключение психотерапевтического контракта.

Конкретные психотерапевтические методы и техники, которые тут также можно использовать на каждом этапе, приведены в главах 3 и 4 настоящего справочника.

После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующий шаг – составление терапевтического контракта с пациентом (определение условий курса психотерапии). Для этого терапевт выявляет связи между симптомом и событиями жизни пациента и ставит перед последним дилемму изменения. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки его облегчить, возможно, обречены на

неудачу. В таком случае психотерапевт оказался в парадоксальном положении: пациент просит его ликвидировать симптом, но сопротивляется изменениям.

С системной точки зрения изменение является не единственным решением предъявляемой проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Разговор перемещается с обсуждения того, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья, и какую цену придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение. Задача психотерапии состоит не только в избавлении от симптома, но и в определении «психологической» цены его устранения.

В заключительной части интервью терапевту следует:

- выявить влияние на пациента других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников);
- определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям;
- убедиться в своих способностях и возможностях (физических, психологических) для работы с данным пациентом;
- обратить внимание на собственный эмоциональный ответ на контакт с пациентом: есть ли ощущение закрытости, защищенности, напряжения; оценить мотивацию пациента на получение психологической помощи.

В конце встречи специалист выясняет, имеются ли у пациента какие-нибудь вопросы. В заключение он благодарит пациента и подчеркивает, что получил важные для психотерапии сведения, а в случае необходимости предоставляет свои диагностические гипотезы. Затем обсуждаются дальнейшие шаги, даются рекомендации о дополнительных психодиагностических обследованиях, назначается следующая встреча.

2.2. Психотелесное соответствие: темперамент, анатомическая конституция и характер

Как уже говорилось, чтобы знать, как действовать дальше, психотерапевт должен понять особенности личности пациента. Интегративный подход, вбирающий в себя важнейшие теории формирования личности, представляет собой диагностическую систему координат, включающую два измерения: 1) уровень развития личности (степень психологического благополучия или выраженности нарушений) и 2) тип организации характера (придающий каждому человеку его уникальную неповторимость и в то же время роднящий его с другими представителями своего типа).

Таким образом, каждый человек обладает определенным *уровнем развития личности* (психотический, пограничный, невротический) и типом организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и т. д.). Это означает, что конкретному человеку свойствен определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, что в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может привести к декомпенсации в виде какого-либо расстройства.

Для описания отношений между структурными дериватами интернализированных объектных отношений и различными уровнями организации психического функционирования О. Кернберг использует термин «структурный анализ» (Кернберг, 2000). Интернализированные объектные отношения, считает он, конституируют субструктуры Эго, которые, в свою очередь, иерархически организованы. О. Кернберг утверждает, что существуют три структурные организации личности: невротическая, пограничная и психотическая. Основными структурными критериями уровня личностной организации являются: уровень интеграции идентичности, уровень защитных операций, способность к тестированию реальности. Диагноз пограничной личностной организации, по О. Кернбергу, базируется на трех структурных критериях:

- диффузия идентичности;
- уровень примитивных защитных операций;
- сохранная, но при этом сниженная способность к тестированию

реальности.

Диффузия идентичности – это недостаточная интеграция Я-концепции или концепции значимых других. Это свойство проявляется как переживание хронической пустоты, противоречивое восприятие себя, нелогичное поведение, обедненное и противоречивое восприятие других и неспособность выражать свои переживания и описывать значимые взаимодействия с людьми в беседе с интервьюером (который, в свою очередь, испытывает трудности в установлении эмпатического контакта с такими пациентами и их значимыми другими).

По контрасту с невротической личностной организацией, где защитная организация пациента основывается на подавлении и других развитых защитных операциях, пограничный и психотический уровни организации демонстрируют преимущественно примитивные защиты, основанные на механизме расщепления. Расщепление и связанные с ним механизмы (примитивная идеализация, проективная идентификация, отрицание, всемогущий контроль и обесценивание) защищают Эго от конфликта диссоциированных противоречивых переживаний. Наличие расщепления и сопутствующих защитных механизмов можно выявить при анализе личности пациента, оно отражается во взаимодействии и с его значимыми другими, и с интервьюером.

И на невротическом, и на пограничном уровнях личностной организации, в отличие от психотического уровня, сохраняется способность к тестированию реальности. Для невротической личностной организации характерна более реалистическая и глубокая оценка себя и других, для пограничной – переменчивость, неустойчивость оценок реальности.

Пограничная личностная организация также проявляет себя во вторичных структурных характеристиках, таких как неспецифические проявления слабости Эго (отсутствие контроля над импульсом, низкая толерантность к тревожности, отсутствие развитых каналов сублимации), патология Супер-Эго (инфантильная система ценностей или аморальность, противоречивые внутренние моральные требования, даже антисоциальные черты), а также хронические и хаотичные объектные отношения – прямое следствие диффузии идентичности и работы примитивных защитных операций.

Для постановки структурного диагноза О. Кернберг в сотрудничестве с М. Стоуном разработал структурное интервью (Кернберг, 2000; Кулаков, 2003).

От диагностики уровня развития личности психосоматического

пациента будет зависеть объем дальнейших психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Тип *характера* – как способ регуляции стресса, формируется с младенчества и запечатлевается в особенностях структуры и функционирования тела. Характер в узком смысле слова определяется как совокупность устойчивых свойств индивида, в которых выражаются способы его поведения и способы эмоционального реагирования (Гиппенрейтер, 1988). Если попытаться кратко выразить суть различия между характером и личностью, то можно сказать, что черты характера отражают то, как действует человек, а черты личности – то, ради чего он действует. При этом способы поведения и направленность личности относительно независимы: применяя одни и те же тактики, можно добиваться разных целей, и наоборот, можно добиваться одной и той же цели разными способами.

Характер клиента в определенный момент становится сопротивлением, то есть в обычной жизни характер играет роль, сходную с ролью сопротивления в процессе лечения: роль психического аппарата защиты. Исследование формирования характера в раннем детстве показывает, что основания и цели этого формирования аналогичны ситуации формирования сопротивления характера в аналитической ситуации. Проявление характера как сопротивления в анализе отражает его инфантильный генезис. А случайно возникающие ситуации, позволяющие сопротивлению характера проявиться в ходе анализа, точно отражают те ситуации детства, которые оказали влияние на процесс формирования характера. Так, в сопротивлении характера функция защиты комбинируется с переносом инфантильных отношений на окружающий мир (Райх, 1999).

Сопротивление характера позволяет бороться с неприятными переживаниями, создает и поддерживает психическое (хотя бы и невротическое) равновесие, а также ведет к истощению влечений – вытесненных или избежавших вытеснения. Сопротивление характера обнаруживается не в содержании работы, а в типичных, неизменных паттернах поведения, в манере говорить, в походке, мимике и в особенностях поведения (усмешка, ирония, упорядоченная или сбивчивая речь, тип вежливости, форма агрессивности и т. д.). Для сопротивления характера примечательно не то, что клиент говорит и делает, а как он говорит и действует, не то, что он выдает в сновидении, а как он цензурирует, искажает, сгущает и т. д.

Между внешним проявлением характера, его внутренним механизмом и его специфической историей возникновения существуют определенные

отношения. Терапевту необходимо уметь соотносить внешние проявления человека с его психическими детерминантами. Для этого в настоящей главе приводится сопоставление психофизических признаков темперамента и характера, разработанных Э. Кречмером, У. Шелдоном, В. Райхом и А. Лоуэном (Кречмер, 1995; Стреляу, 1982; Райгородский, 1998а; Райх, 1999; Лоуэн, 1996, 1998), с типами организации характеров, принятых в психоаналитической диагностике (Мак-Вильямс, 1998; Наранхо, 1998; Попов, Вид, 2000), а также с классификациями характера в теории базовых конфликтов К. Хорни (Хорни, 1993; 1995), типологии индивидуально-личностных свойств (Собчик, 2003), типологии стилей жизни (Кроник, Ахмеров, 2003) и соционической типологии (Аугустинавичюте, 1998; Юнг, 1995).

2.2.1. Основные теории темперамента: Гиппократ и Гален, И. П. Павлов, Я. Стреляу

Темперамент (лат. *temperamentum* – надлежащее соотношение черт, от *tempero* – смешиваю в надлежащем соотношении) – это характеристика динамических особенностей психической деятельности человека, то есть темпа, быстроты, ритма, интенсивности составляющих эту деятельность психических процессов и состояний (Стреляу, 1982).

Анализ внутренней структуры темперамента представляет значительные трудности, обусловленные отсутствием у понятия «темперамент» (в его обычных психологических характеристиках) единого содержания и единой системы внешних проявлений. Такой анализ заставляет выделить три главных, ведущих компонента темперамента, относящихся к сферам деятельности индивида, его моторики и его эмоциональности. Каждый из этих компонентов, в свою очередь, обладает весьма сложной многомерной структурой и имеет многообразные проявления.

Вопрос о проявлении темперамента в поведении неразрывно связан с вопросом о факторах, обуславливающих эти проявления. Так, античные гуморальные теории связывали темперамент со свойствами тех или иных жидких сред организма. Наиболее ярко эту группу теорий темперамента представляет классификация, основанная на учении Гиппократа-Галена. Эта теории предполагает, что уровень жизнедеятельности организма определяется соотношением между четырьмя жидкостями, циркулирующими в теле, – кровью, желчью, черной желчью и слизью (лимфой, флегмой). Соотношение этих жидкостей, индивидуальное у каждого организма, обозначалось по-гречески термином «*красис*» (смесь, сочетание), который в переводе на латинский язык звучит как «

temperament». На основе данной теории постепенно сформировалось учение о четырех типах темперамента в зависимости от доминирующей жидкости, откуда и пошли названия основных типов темперамента: сангвинического (от латинского *sanguis* – кровь), холерического (от греческого *chole* – желчь), меланхолического (от греческого *melaina* – черная желчь) и флегматического (от греческого *phlegma* – слизь).

Основное стремление сангвиника – это импульс к наслаждению, чему сопутствует легкая возбудимость чувств и их малая продолжительность. Он увлекается всем, что ему приятно. Склонности его непостоянны. Доверчивый и легковверный, он любит строить проекты, но скоро их бросает.

Холерик, находящийся под влиянием страстей, демонстрирует замечательную силу в деятельности, энергию и настойчивость, которые быстро воспламеняются от малейшего препятствия. Сила его чувств – гордости, мстительности, честолюбия – не знает пределов, когда его душа находится под влиянием страсти.

Флегматиком чувства овладевают медленно. Ему не нужно делать над собой больших усилий, чтобы сохранять хладнокровие. Ему легче, чем другим, удержаться от поспешного решения, чтобы прежде его обдумать. Он редко раздражается, мало жалуется, терпеливо переносит свои страдания и мало возмущается страданиями других.

У меланхолика доминирует наклонность к печали. Пустяк его оскорбляет, ему часто кажется, что им пренебрегают. Его желания окрашены грустью, страдания кажутся ему невыносимыми.

Близко к гуморальным теориям темперамента стоит сформулированная П. Ф. Лесгафтом идея о том, что в основе проявлений темперамента лежат свойства системы кровообращения, в частности толщина и упругость стенок кровеносных сосудов, диаметр их просвета, строение и форма сердца и т. д. При этом малому диаметру и толстым стенкам сосудов соответствует холерический темперамент, малому диаметру и тонким стенкам – сангвинический, большому диаметру и толстым стенкам – меланхолический, и наконец, большому диаметру и тонким стенкам – флегматический. Калибр сосудов и толщина их стенок определяют, по теории Лесгафта, быстроту и силу кровотока, вследствие этого – скорость обмена веществ при питании, и наконец – индивидуальные характеристики темперамента как меры возбудимости организма и продолжительности его реакций при действии внешних и внутренних стимулов.

Если Гален связывал темперамент человека с особенностями

обменных процессов, то И. П. Павлов (Павлов, 1951) обратил внимание на зависимость темперамента от типа нервной системы. Заслугой Павлова явилось детальное теоретическое и экспериментальное обоснование положения о ведущей роли и динамических особенностях центральной нервной системы – единственной из всех систем организма, обладающей способностью к универсальным регулирующим и контролирующим влияниям. Павлов выделил три основных свойства нервной системы: силу, уравновешенность и подвижность возбудительного и тормозного процессов. Из ряда возможных сочетаний этих свойств Павлов выделил четыре основные комбинации в виде четырех типов высшей нервной деятельности. Их проявление в поведении Павлов поставил в прямую связь с античной классификацией темперамента. Сильный, уравновешенный, подвижный тип нервной системы соответствует темпераменту сангвиника; сильный, уравновешенный, инертный – флегматика; сильный, неуравновешенный – холерика; слабый – меланхолика.

Нервная система первого типа (сильный, уравновешенный, подвижный) – сангвиник. Это человек с оптимально сбалансированными волевыми и коммуникативными свойствами, гибкий, легко приспосабливающийся к изменчивым условиям жизни. Он подвижен и общителен, легко сходится с новыми людьми, и поэтому у него широкий круг знакомств, хотя он не отличается постоянством в общении и довольно часто меняет привязанности. Его деятельность продуктивна, но лишь тогда, когда много интересных дел, то есть при постоянном возбуждении, в противном случае он становится вялым и скучает.

Второму типу нервной системы (сильный, неуравновешенный) соответствует холерик – человек, у которого возбуждение нервной системы преобладает над торможением. Он отличается большой жизненной энергией, но ему недостает самообладания, поэтому он вспыльчив и несдержан. Такой человек приступает к делу с полной отдачей, со всей страстностью, увлеченно, но сил ему хватает ненадолго, и как только они истощаются, у него появляется вялость. Неуравновешенность его нервной системы предопределяет цикличность в смене активности и бодрости. Увлечшись каким-нибудь делом, он чересчур интенсивно расходует силы, и в конце концов они истощаются. Холерику трудно дается деятельность, требующая плавных движений, спокойного, медленного темпа, он неизбежно будет проявлять нетерпение, резкость движений, порывистость и т. д. В общении он вспыльчив, необуздан, нетерпелив, несдержан.

Человек с третьим типом нервной системы (сильный, уравновешенный, инертный) – флегматик – обладает высокой

работоспособностью, внутренне стабилен, но «тяжел на подъем» и неспособен отказаться от выработанных навыков и стереотипов. Ему труднее включение в новые ситуации. Он неохотно идет на работу и неохотно ее покидает, его эмоции проявляются замедленно и не столь интенсивно. Лица с инертным типом прочно закрепляют все усвоенное, не любят менять привычки, распорядок жизни, обстановку, работу, друзей и медленнее приспосабливаются к новым условиям. Это человек со спокойными и медленными реакциями, не склонный к перемене своего окружения. Он хорошо сопротивляется сильным и продолжительным раздражителям. Благодаря уравниваемости процессов раздражения и торможения флегматик спокоен, это настойчивый и упорный труженик, отличающийся терпением, выдержкой и самообладанием. Его мимика и интонации однообразны и невыразительны, даже о своих чувствах он говорит недостаточно эмоционально, и это затрудняет общение с ним.

Для человека с четвертым – слабым – типом нервной системы характерно быстрое падение работоспособности, потребность в продолжительном отдыхе, излишне эмоциональная реакция на трудности. Его воображение занято картинами болезней, войны, мрака, ужаса, разрушения. Обладая высокой чувствительностью нервной системы, он часто имеет выраженные художественные способности. Такой человек плохо сопротивляется воздействию резких стимулов, поэтому он часто пассивен и заторможен. Интенсивная стимуляция тут может привести к нарушениям поведения. У него нередко отмечается беспокойство в поведении, тревожность, слабая выносливость; незначительное событие может вызвать обиду и слезы. Он склонен отдаваться переживаниям, не уверен в себе, робок, малейшая трудность заставляет его опускать руки. Он неэнергичен, лишен настойчивости, необщителен. Его пугает новая обстановка, новые люди, меланхолик легко теряется и испытывает смущение, а потому боится новых контактов, уходит в себя, замыкается, уединяется, подобно улитке, прячущейся в свою раковину.

В последние годы к основным составляющим темперамента добавили еще две характеристики – энергетический уровень и временные параметры (Стреляу, 1982). Первая проявляется как активность и реактивность, вторая – как подвижность, темп и ритмичность реакций. Реактивность человека тем выше, чем слабее раздражитель, способный вызвать реакцию. Одинаковые стимулы могут вызывать у людей разного типа различные реакции. Высокреактивные люди легко возбудимы, но обладают низкой выносливостью при воздействии сильных и повторяющихся раздражителей. Соотношение реактивности и активности определяет, что

сильнее воздействует на человека – случайные факторы (события, настроение и т. д.) или постоянные и долгосрочные цели.

Согласно концепции Стреляу, активность и реактивность находятся в обратной зависимости: высокореактивные люди, сильно реагирующие на раздражители, обычно обладают пониженной активностью и малой интенсивностью действий, их физиологические процессы как бы усиливают воздействие стимуляции, которая поэтому быстрее становится для них чрезмерной. Низкорективные – более активны. Реагируя слабее, чем высокорективные, они могут дольше поддерживать интенсивность действий, так как их физиологические процессы скорее подавляют стимуляцию. Таким образом, высокорективные люди, при прочих равных условиях, всегда больше страдают от чрезмерных стимулов, что, например, может вызывать у них реакцию страха.

Принимая во внимание существующие факты, психологи склоняются к тому, что, классифицируя типы темперамента, нужно учитывать также и индивидуальную склонность реагировать на ситуацию определенной эмоцией. Как показали исследования, человек со слабым типом нервной системы (меланхолик) особо склонен к реакции страха; с сильным (холерик) – к гневу и ярости, сангвиник – к положительным эмоциям, а флегматик вообще не склонен к бурной эмоциональной реакции, хотя потенциально, подобно сангвинику, он склонен к эмоциям положительным.

Сравнивая представителей разных темпераментов по одной из характеристик, можно отметить, что меланхоликов и холериков отличает неустойчивость, нестабильность настроения, а сангвиников и флегматиков – устойчивость и позитивное мироощущение. Существуют и иные особенности. Холерики отличаются эмоциональной взрывчатостью, сангвиники – эмоциональной живостью (подвижностью), флегматики – эмоциональной медлительностью, меланхолики – эмоциональной чуткостью (ее низким порогом). Состояние неопределенности, сопутствующее драматическому мироощущению, больше всего угнетает холериков и меланхоликов, а флегматики и сангвиники переносят его легче, что упрощает для них творческий процесс.

2.2.2. Типологическая модель Э. Кречмера

Большое влияние на формирование современных представлений о типологии личности оказала теория темперамента, выдвинутая Э. Кречмером (Кречмер, 1995). Анализируя совокупности морфологических признаков у клиентов, на основе разработанных критериев, Кречмер выделил основные конституционные типы телосложения и сделал попытку определить темперамент именно на основе типа морфологической

конституции. В результате он выделил три типа:

- а) астенический (или лептосомный);
- б) атлетический;
- в) пикнический.

Астенический (от греч. *asthenes* – слабый) тип телосложения характеризуется прежде всего сочетанием среднего роста и небольшой ширины туловища, отчего люди этого типа кажутся выше, чем они есть на самом деле. В целом это худой человек с узкими плечами, тонкими руками и кистями, длинной и узкой грудной клеткой, лишенным жира животом. Лицо астеника обычно длинное, узкое и бледное, в профиле резко выступает несоответствие между удлинённым носом и небольшой нижней челюстью, и поэтому по форме его называют угловым.

Атлетический (от греч. *athletes* – борец) тип отличает сильное развитие скелета и мускулатуры, туловище значительно сужается книзу. Люди этого типа обладают средним или высоким ростом, широкими плечами, статной грудной клеткой, упругим животом. Голова у атлетов плотная и высокая, она прямо держится на сильной свободной шее, а лицо имеет обычно вытянутую яйцевидную форму.

Пикнический (от греч. *pyknos* – плотный) тип отличает выраженное развитие внутренних полостей тела (головы, груди, живота) при слабом двигательном аппарате (плечевого пояса и конечностей). Пикники – люди среднего роста и с плотной фигурой, их глубокая грудная клетка переходит в массивный, склонный к ожирению живот, который является своего рода центром данного типа телосложения (по сравнению с плечевым поясом у атлетов). Фронтальное очертание лица напоминает пятиугольник (за счет жировых отложений на боковых поверхностях челюстей), само же лицо – широкое, мягкое, закругленное. По общему эстетическому впечатлению лица астенического и атлетического типа – интереснее, пикнического – правильнее.

Был также выделен дополнительный диспластический тип с бесформенным неправильным строением. Для людей этого типа характерны деформации телосложения различного рода.

Чтобы установить связь между телесными и психическими особенностями людей, Кречмер соотнес указанные типы телосложения с тремя основными видами душевных расстройств. Первое из них – маниакально-депрессивный (циркулярный) психоз, сопровождающийся периодической сменой гиперактивности и аффективно-приподнятого (маниакального) состояния и состояния подавленности (депрессии), пассивности и уныния. Второе заболевание – шизофрения, оно

характеризуется бедностью (уплощенностью) эмоциональной сферы и нереалистичностью мышления, нередко доходящей до бредовых фантазий и галлюцинаций. Третье – эпилепсия. Результаты соотнесения показали высокую степень корреляции между: а) циркулярным психозом и пикническим строением тела, б) шизофренией и астеническим типом. Атлетики, которые менее других предрасположены к психическим заболеваниям, обнаруживают некоторую склонность к эпилепсии.

Исходя из наблюдения за психиатрическими пациентами, Кречмер выдвинул предположение о наличии подобной связи между телосложением и психикой и у здоровых людей. Психические свойства людей определенного типа телосложения сходны с теми, которые характерны для соответствующих психических заболеваний, но выражены не столь ярко. Так, например, здоровый человек астенического телосложения обладает свойствами, характерными для шизофреника, пикник в своем поведении обнаруживает свойства, типичные для маниакально-депрессивного психоза, атлетика также характеризуют некоторые психические черты, напоминающие поведение больных эпилепсией. Таким образом, Э. Кречмер в соответствии с ранее выделенными типами телосложения различает три типа темперамента: шизотимический, циклотимический и иксотимический.

1. Шизотимик, астеническое телосложение. При расстройстве психики обнаруживает предрасположенность к шизофрении. Замкнут (так называемый аутизм), склонен к колебаниям эмоций от раздражения до сухости, упрям, не склонен к изменению установок и взглядов. С трудом приспосабливается к окружению, склонен к абстракции.

2. Циклотимик, пикническое телосложение. При нарушении психики обнаруживает предрасположенность к маниакально-депрессивному психозу. Является противоположностью шизотимика. Эмоции колеблются между радостью и печалью, легко контактирует с окружением, реалистичен во взглядах.

3. Иксотимик, атлетическое телосложение. При психических расстройствах проявляется предрасположенность к эпилепсии. Спокойный, мало впечатлительный, сдержанные жесты, мимика. Невысокая гибкость мышления, трудно приспосабливается к перемене обстановки, мелочен.

2.2.3. Типологическая модель У. Шелдона

Если в Европе получила распространение конституциональная типология Э. Кречмера, то в США приобрела популярность концепция темперамента У. Г. Шелдона, сформулированная в 40-х годах XX столетия. Эта концепция также устанавливает связь между строением тела и

характером, развивая идеи Кречмера и внося дополнения и изменения в его систему (Райгородский, 1998).

Для Шелдона исходным является понятие компонента, а не типа (как совокупности физических и психологических черт). Для того чтобы выбрать компоненты телосложения, Шелдон применил так называемый антропоскопический метод: он обследовал фотографии 4000 студентов-мужчин с целью выделить крайние варианты телесной конституции. Эти варианты и должны были стать искомыми компонентами, то есть теми компонентами, по которым можно описать и количественно оценить телосложение любого конкретного человека. Их оказалось три: эндоморфный, мезоморфный и эктоморфный. Эти термины происходят от названий зародышевых листков. Согласно преобладавшей в то время в биологии точке зрения, из энтодермы (внутреннего зародышевого листка) развиваются внутренние органы, из мезодермы (среднего зародышевого листка) развиваются кости, мышцы, сердце, кровеносные сосуды, из эктодермы (внешний зародышевый листок) – волосы, ногти, рецепторный аппарат, нервная система и мозг. Средний человек, как правило, представляет собой сочетание разных качеств, однако некоторые люди ближе к одному из трех вариантов: «пищеварительному», «мускульному» или «мозговому» типу. Описание этих крайних вариантов в целом соответствует описаниям типов по Кречмеру. Первый характеризуется округлостью, пухлостью, наличием большого живота, жира на плечах и бедрах, круглой головой, неразвитыми мышцами. Второй – широкими плечами и грудной клеткой, крепкими руками и ногами, массивной головой. Третий – вытянутым лицом с высоким лбом, длинными конечностями, узкой грудной клеткой и животом, отсутствием подкожного жира.

Затем Шелдон выделил три группы черт, каждая из которых стала выражением «первичных компонентов темперамента», которые он назвал висцеротонией, соматотонией и церебротонией. По содержанию эти компоненты также трактовали как преобладание в жизнедеятельности человека, соответственно, органов пищеварения, двигательного аппарата и высших нервных центров. В результате дополнительного расширения списка черт и их последующей корреляции количество значимых признаков по каждому компоненту было доведено до 20.

Наконец, было предпринято исследование связи между индивидуальными соматотипами и индексами темперамента. Оно проводилось на 200 испытуемых-мужчинах в течение пяти лет, и в результате были обнаружены высокие коэффициенты корреляции (около

+0,8) между эндоморфией и висцеротонией, мезоморфией и соматотонией, эктоморфией и церебротонией.

Шелдон перечисляет следующие двадцать церебротонических наиболее выраженных черт:

1. Сдержанность в позах и движении, напряженность.
2. Чрезмерная психологическая реактивность.
3. Сверхбыстрая реакция.
4. Любовь к уединенности.
5. Чрезмерная интенсивность умственной деятельности, повышенная внимательность, способность испытывать предчувствия.
6. Стремление скрывать свои чувства, эмоциональная сдержанность.
7. Осознанная подвижность лица и взгляда.
8. Социофобия.
9. Подавление способности к общению.
10. Соппротивление привычкам и неспособность разумно организовать жизненный распорядок.
11. Агорафобия (патологическая боязнь открытых пространств).
12. Непредсказуемость в отношении с людьми.
13. Отвращение к манере говорить громким голосом и к шуму.
14. Сверхчувствительность к боли.
15. Неспособность к здоровому сну. Хроническая усталость.
16. Свойственное юности внимание к манерам и внешнему виду.
17. Вертикальное ментальное расщепление. Интроверсия.
18. Отвращение к алкоголю и другим депрессивным препаратам.
19. Потребность в одиночестве в период испытаний.
20. Ориентация на более поздние периоды жизни.

Многие из этих черт отражают повышенную чувствительность, характерную для данного темперамента (повышенную физиологическую реактивность, внимательность, тревожность, сопротивление привычкам и непредсказуемость установки), в то время как другие связаны с торможением и стремлением отгородиться от людей, что проявляется в сдержанных движениях, скрытности, социофобии, сниженной способности к общению.

Точно так же, как церебротония находит наиболее яркое выражение в шизоидном типе характера, соматотония проявляется в характере психопатическом.

Ниже приводятся двадцать основных соматотонических черт, выделенных Шелдоном:

1. Уверенность в позах и движении.

2. Любовь к физическим приключениям.
3. Повышенная энергичность.
4. Потребность в физических упражнениях и способность получать от них наслаждение.
5. Стремление доминировать, жажда власти.
6. Любовь к риску и игре случая.
7. Наглая прямота в манерах.
8. Мужество в проведении рукопашного боя.
9. Соревновательная агрессивность.
10. Психологическая черствость.
11. Клаустрофобия.
12. Безжалостность.
13. Отсутствие щепетильности.
14. Общая склонность производить шум.
15. Внешняя зрелость, не соответствующая возрасту.
16. Горизонтальное ментальное расщепление.
17. Соматотоническая экстраверсия.
18. Самоуверенное и агрессивное поведение в состоянии алкогольного опьянения.
19. Потребность в действии в момент испытаний.
20. Ориентация на стремления и виды деятельности, характерные для молодежи.

Наконец, висцеротония сильнее всего связана с маниакально-депрессивным типом. Вот двадцать основных черт висцеротонии, которые выделил Шелдон:

1. Расслабленность в позах и движениях.
2. Любовь к физическому комфорту.
3. Замедленная реакция.
4. Любовь к еде.
5. Социализация процесса еды.
6. Склонность получать удовольствие от процесса пищеварения.
7. Любовь к вежливому обхождению.
8. Стремление к общению.
9. Неразборчивость в дружеских контактах.
10. Жадное стремление к расположению и поддержке.
11. Ориентация на людей.
12. Эмоциональная уравновешенность.
13. Терпение.
14. Удовлетворенность собой.

15. Крепкий сон.
 16. Отсутствие уверенности.
 17. Простота, уравновешенность чувственных связей, висцеротоническая экстраверсия.
 18. Расслабление и стремление к общению под воздействием алкоголя.
 19. Потребность в чужом участии при возникновении проблем.
 20. Ориентация на связи, приобретенные в детстве, и семью.
- В таблице 2.2. приводится сопоставление некоторых типологий темперамента.

Таблица 2.2.
Сопоставление некоторых конституциональных типологий (Стреляу, 1982)

Автор	Типы темперамента			
Гиппократ—Гален	сангвиник	флегматик	холерик	меланхолик
Э. Кречмер	циклотимик	иксотимик		шизотимик
У. Шелдон	висцеротоник		соматотоник	церебротоник
И. П. Павлов	сильный, уравновешенный, подвижный	сильный, уравновешенный, инертный	сильный, неуравновешенный	слабый

2.2.4. Типология индивидуально-личностных свойств

Теория ведущих тенденций и лежащая в ее основе типология индивидуально-личностных свойств, разработанная Л. Н. Собчик (2003), упорядочивает классификации типов личности многих психологических школ, не вступая в противоречия с ними.

В рамках этой теории личность рассматривается как единство биологического, психологического и социального факторов. В соответствующей типологии реакции людей на внешние воздействия классифицируются следующим образом:

- Реакция, направленная вовне (наступление, активное отстаивание своей позиции, противодействие, обвинение во всем окружающих, наиболее резкий способ реагирования – агрессия в отношении других).
- Реакция, преимущественно направленная на себя (отступление, готовность отказаться от реализации своих намерений, склонность к самообвинению, наиболее резкая форма реагирования – суицид, аутоагрессия).

Типологию конституционально заданных свойств в соответствии с ведущими психологическими тенденциями можно представить, ориентируясь на следующие полярные пары признаков: интроверсия-экстраверсия, тревожность-агрессивность, ригидность-лабильность, сенситивность-спонтанность (рис. 2.2.).

Типологическое свойство «тревожность», которое в рамках нормы выглядит как осторожность в принятии решений, ответственность по отношению к окружающим, социальная созвучность среде, при заострении проявляется состоянием повышенной тревожности, мнительностью, боязливостью, склонностью к навязчивым страхам и паническим реакциям, перерастая в структуре клинического состояния в тревогу.

«Стеничность (агрессивность)» в норме соответствует тенденции к самоутверждению и активной самореализации, но при усилении (акцентуации, патологическом заострении) эта черта приобретает характер откровенного эгоцентризма со склонностью к агрессивной манере самоутверждения вопреки интересам окружающих вплоть до явных агрессивных высказываний или криминальных действий.

«Интроверсия» обозначает такую индивидуально-типологическую черту, как погруженность в мир собственных переживаний и фантазий, застенчивость, замкнутость, социальная пассивность. Патологическое заострение этой тенденции проявляется как аутизм. В противовес этому свойству «экстраверсия» – это общительность, погруженность в мир окружающей реальности, социальная активность; дезадаптивная форма этой черты – избыточное неразборчивое общение, неконструктивная социальная активность.



Рис. 2.2. Типология индивидуально-личностных свойств на базе теории ведущих тенденций

«Спонтанность» – это раскованное самоутверждение, наступательность, предприимчивость и стремление к лидерству, но при заострении этой черты или ее патологическом развитии она проявляется как выраженная импульсивность и противоправное поведение. В сочетании с экстравертированностью и агрессивностью эта черта формирует «сильный» (гипертимный) тип поведения.

«Сенситивность», проявляющаяся как чувствительность, ориентация на авторитет сильной личности, конформность, зависимость, при

дезадаптации перерастает в депрессивное состояние, а в сочетании с «интровертированностью» и «тревожностью» формирует картину типологически «слабой» (гипотимной) конституциональной структуры.

Противопоставляемые друг другу типологические свойства ригидности и лабильности (подвижности) формируют, в свою очередь, два полярных типа, представляющих собой смешанные варианты по отношению к чисто гипертимному и чисто гипотимному. Один из них – «ригидный» – характеризуется сочетанием субъективизма интроверта с инертностью (тугоподвижностью) установок и настойчивостью личности, склонной к педантизму и настороженной подозрительности. Патологическое его проявление – эксплозивность (взрывные реакции) и паранойяльность. Другой – «лабильный» – вариант отличается выраженной изменчивостью настроения, мотивационной неустойчивостью, повышенной эмотивностью, демонстративностью (поиск признания), что при дезадаптации перерастает в истерический паттерн поведения.

Промежуточные характеристики представляют собой сплав соседствующих на схеме свойств, синтез двух ведущих тенденций, формирующих производные свойства, которые проявляются в стиле межличностного поведения. Это – «конформность», «компромиссность», «лидерство», «коммуникативность», «социальная пассивность», «социальная активность», «индивидуализм», «неконформность».

Таким образом, типология индивидуальности базируется на восьми основных тенденциях, производными которых являются разные варианты социального поведения как результат сочетания двух соседствующих на схеме индивидуально-личностных тенденций. Кроме того, индивидуально-типологический паттерн позволяет также судить о преобладающем стиле интеллектуальной деятельности.

Изучение индивидуального стиля когнитивной деятельности в сравнении с типологическими особенностями позволило обнаружить следующие закономерности: социально активные коммуникабельные экстраверты отличаются преобладанием правополушарных характеристик, и освоение новой информации им дается легче через разговорное общение. Среди них эмоционально лабильные и тревожные личности отличаются художественным, наглядно-образным типом восприятия, склонностью к опоре на цельные чувственные образы.

Спонтанные неконформные личности больше ориентированы на собственную интуицию. Для спонтанно-стеничных личностей характерна тяга к двигательной активности. Социально пассивные интроверты в большинстве своем отличаются левополушарным когнитивным стилем.

При этом сенситивные и тревожные (конформные и зависимые) личности больше ориентированы на вербальный стиль освоения материала (на словесную информацию).

Социально пассивные индивидуалисты и ригидные личности усваивают и передают информацию, пользуясь языком символов, формул и цифр. Их стиль мышления – системный, синтетический, прагматичный, складывающий целое из отдельных деталей.

2.2.5. Типология стилей жизни

Типология, предложенная А. Кроником и Р. Ахмеровым (Кроник, Ахмеров, 2003), была создана в рамках разработанного ими метода каузометрии, или метода анализа жизненного пути человека. Индивидуальный стиль жизни человека тут рассматривается как реализация его представлений о счастье и путях его обретения. Безусловно, индивидуальные представления о счастье формируются, функционируют и развиваются под непосредственным влиянием норм и ценностей малых и больших групп, в которые входит человек, а также ценностей, присущих обществу в целом и характеризующих особенности культурно-исторической эпохи. Тем не менее в данной типологии выделяются конкретные внутренние механизмы стилеобразования, при помощи которых только и могут выполнять свои стилеобразующие функции условия микро– и макросреда, нормы, ценности и мировоззренческая ориентация общества.

Психологический подход к исследованию человеческой жизни прямо связан с анализом деятельности. При анализе деятельности как субъект-объектного взаимодействия прежде всего учитывается наличие у субъекта определенных потребностей – нужд в тех или иных веществах или свойствах окружающей среды, необходимых для поддержания жизни. Удовлетворить свои потребности субъект может, только обратившись к соответствующим объектам. Свойство объекта, которое может удовлетворить потребность субъекта, названо полезностью. Помимо полезности объект обладает еще одним свойством – сложностью, под которой понимается совокупность внутренних связей элементов данного объекта и его внешних связей с другими объектами. Эти связи определяют диапазон изменчивости объекта и число возможных степеней свободы в его взаимодействиях с другими объектами. Поэтому для субъекта мерой предсказуемости объекта является сложность его (объекта) поведения. Чем сложнее объект, тем изменчивее он и тем менее предсказуем. Сложность обуславливает те или иные средства, необходимые для овладения объектом, и формирует соответствующие свойства субъекта, благодаря которым

последний находит и использует данные средства. Эти свойства субъекта являются его способностями.

Психологические тактики обретения счастья – это тактики регуляции человеком своей мотивации, сюда входят прежде всего различные формы саморегуляции, то есть управления человеком психологическими условиями спонтанного (непроизвольного) возникновения у него состояния счастья.

Авторы выделяют две формы такой саморегуляции: усиление значимости мира и усиление своих возможностей, обе формы реализуются с помощью применения конкретных принципов саморегуляции. Так, стремясь усилить значимость мира (степень удовлетворенности им), человек может стремиться увеличить его полезность или, если это невозможно, уменьшить свои потребности. Стремление к увеличению своих возможностей можно реализовать посредством уменьшения сложности мира или увеличения своих способностей. Следовательно, существует четыре относительно независимых принципа саморегуляции: максимизация полезности, минимизация потребностей, минимизация сложности, максимизация способностей.

Отношения человека к возможным психологическим способам обретения счастья формируют особого рода эвдемонические установки (диспозиции). Термин «установка» (или «диспозиция») используется здесь в его традиционном психологическом значении и обозначает фиксированные в социальном опыте личности предрасположенности воспринимать и оценивать условия деятельности, а также действовать в этих условиях определенным образом (Саморегуляция, 1979). Термин «эвдемонические» обозначает, что речь идет в данном случае об установках по отношению к способам обретения счастья («эвдемония» в переводе с греческого на русский язык означает «счастье» или «блаженство»). В соответствии с четырьмя принципами саморегуляции в системе «человек-мир» выделяются и четыре класса эвдемонических установок и соответствующих им поведенческих и личностных особенностей (табл. 2.3.).

Таблица 2.3

Соответствие между эвдемоническими установками и характеристиками поведения и темперамента

Эвдемонические установки	Принципы саморегуляции	Стили жизни	Пути к счастью	Тип личности по Г. Айзенку	Тип темперамента
деятельные	максимизация способностей	деяние	самосовершенствование	невротичный экстраверт	холерик
созерцательные	минимизация сложности	созерцание	познание мира	эмоционально стабильный интроверт	флегматик
гедонистические	максимизация полезности	гедонизм	пользование миром	эмоционально стабильный экстраверт	сангвиник
аскетические	минимизация потребностей	аскеза	самоограничение	невротичный интроверт	меланхолик

2.2.6. Соционическая типология

Основой соционической типологии послужила психологическая классификация К. Г. Юнга, предложенная им в работе «Психологические типы» (Юнг, 1995). Сведя воедино 4 эмпирически открытых функции психики (мышление, эмоции, ощущения и интуиция) с экстравертной или интровертной установкой сознания, Юнг выделил 8 типов личности. В конце 50-х гг. в США была разработана типология Майерс-Бриггс (Myers-Briggs, McCaulley, 1985), которая увеличила количество типов до 16 за счет введения еще одного психологического параметра (рациональность/иррациональность). Рассмотрим основные понятия, используемые для данной классификации.

Предпочтительная направленность внимания (Extraversion/Intraversion): экстраверсия (E) – ориентированность вовне, предпочтение развития вширь, склонность к общению. Экстраверты обращаются к окружающим людям как к источнику энергии. Интроверсия (I) – ориентированность во внутренний мир, предпочтение развития вглубь, склонность к одиночеству. Интроверты черпают энергию в своем внутреннем психологическом пространстве.

Предпочтительный способ восприятия информации (Sensing – Intuition): ощущения, здравый смысл (S) – восприятие информации

фрагментарно, человек опирается на собственный опыт и здравый смысл, вовлечен в окружающую ситуацию (здесь и сейчас). Сенсорика часто ориентируется на общепринятое мнение, хорошо оценивают сиюминутную практическую выгоду. Интуиция (N) – люди данного типа схватывают информацию в целом, полагаясь на интуицию, вдохновение. Они хорошо чувствуют перспективу и потенциальные возможности, хотя при этом могут чрезмерно абстрагироваться от реальности.

Предпочтительный способ принятия решений (Thinking– Feeling): логика, или размышление (T), – решения опираются на холодный логический расчет, эмоциональная отстраненность. Этика, или переживание (F), – решения в большей мере опираются на человеческие взаимоотношения, на этику, эмоциональная вовлеченность.

Предпочтительный способ ориентации в окружающем мире (Judging– Perceiving): рациональность (J) – стремление к определенности, к планированию, следование заданному плану, организованность, методичность. Иррациональность, или импульсивность (P), – стремление к постоянной свободе выбора, спонтанность, гибкость, непредсказуемость, нерегулярность.

Развитием типологии К. Г. Юнга в России, Литве, Украине и в других странах СНГ стала соционика – молодая наука, возникшая в 70-х годах XX века на стыке психологии, социологии и информатики. Основатель соционики – литовский ученый, педагог, экономист Аушра Аугустинавичюте – соединила типологию Юнга с информатикой, разработав систему знаков и моделей, для изучения структуры человеческой психики (Аугустинавичюте, 1998) и для описания взаимодействия между различными типами личностей – «интертипных отношений» (Аугустинавичюте, 1991). При этом она изменила названия функций, заменив термины: мышление, эмоции, ощущения, интуиция, соответственно, на термины: логика (Л), этика (Э), сенсорика (С) и интуиция (И). Это было сделано для того, чтобы не путать понятия «чувство» и «ощущение», а также чтобы показать, что мыслят, скажем, не только «мыслительные», а чувствуют не только «чувствующие» типы.

Аугустинавичюте разработала так называемую модель «Ю», названную так в честь Юнга. В той системе каждая функция (логика, этика, сенсорика, интуиция) может обладать как наступательным (экстравертным), так и оборонительным (защитным, интровертным) характером. Наступательные (экстравертные) тенденции направлены на расширение контактов человека с миром, игнорируя существующую систему отношений. Оборонительные (интровертные) тенденции – это

стремление минимизировать и упростить такие контакты, выстраивающее стабильную систему отношений. Возможные сочетания данных характеристик дают следующие варианты:

1. Деловая логика (наступательная логика, обращенная вовне): конструирование, логический синтез, деловая выгода, эффективность, цель, план, технология.

2. Структурная логика (защитная логика, систематизирует и логически упрощает окружающее, помогает выстраивать логическую линию обороны против внешнего вмешательства, придирчиво выискивает чужие логические ошибки): анализ, умозрительная структура, система, теория, стратегия.

3. Этика эмоций (наступательная эмоциональность): открытое эмоциональное воздействие, непосредственная эмоциональная реакция, экстаз.

4. Этика отношений (защитно-оборонительная эмоциональность): отношения и взаимодействия между людьми, вопросы долга и морали, тонкое эмоциональное восприятие.

5. Интуиция возможностей (наступательное воображение): способность мгновенно оценить внутреннее содержание и потенциальные возможности объекта, поиск новых возможностей, творческая фантазия, генерация новых идей.

6. Интуиция времени (защитно-оборонительное воображение): тревога, скептицизм, мнительность, предчувствие, прогноз, способность улавливать динамику развития, одним взглядом распознавать будущие опасности.

7. Волевая сенсорика (наступательная и оптимистическая): решительность, уверенность, оптимизм, анархичность, независимость, склонность к активному действию, экспансия, овладение пространством, активное стремление ко всему самому лучшему, красивому и приятному.

8. Сенсорика ощущений (защитная): гармония пространственных форм, ощущение красоты и удобства, ощущение вкуса, радость покоя и удобства положения, гедонизм, лень, нежелание напрягаться, сосредоточенность на своих удобствах и ощущениях.

Согласно модели «Ю», человеческая психика функционирует на основе совместного действия четырех «каналов связи», или каналов обработки информации, причем каждая из функций занимает свой канал.

1-й канал (акцептный) – канал оперативного реагирования на окружающую обстановку, «планирующий» будущие действия, самый мощный, в наибольшей мере определяющий психический тип человека,

называется программным. Если это экстраверт, канал занят наступательной функцией, если интроверт – оборонительной. По этому каналу человек получает наиболее полную и объективную информацию о мире. Его мысли, действия и часто профессия так или иначе зависят от вида функции, действующей в 1-м канале.

2-й канал (творческий) – «исполнительный», реализующий намеченную программу действий на практике; его называют продуктивным, или творческим. Это доминантная сфера, область активного действия, направленного вовне. Творческие возможности человека всегда согласуются с функцией, действующей в этом канале. Если функция 1-го канала указывает на программу психотипа, то функция 2-го канала – на способ реализации этой программы.

Действие главных, наиболее сильных функций представлено 1-м и 2-м каналами.

3-й канал (адаптивный) – наиболее психологически уязвимый, с ним связаны чувствительность к критике, обидчивость. Он обслуживает стремление (чаще всего неосуществимое) видеть себя в согласии с миром и с самим собой. Но этот канал передает любое давление извне, и психическая функция, пользующаяся им, оказывается в результате весьма уязвимой для постороннего «вторжения». Этот канал обозначают иногда как МНС (место наименьшего сопротивления).

4-й канал (суггестивный) – подсознательный. Связан с процессами запоминания информации, по этому каналу человеку легче всего передать внушение. Психическая функция, действующая здесь, – самая слабая из четырех, человек весьма неуверенно по ней ориентируется, и ему, естественно, необходима коррекция. Однако на сознательном уровне он почти безразлично относится к соответствующей информации и довольно слабо ее воспринимает.

Существует несколько вариантов названий психотипов в соционике. Первый – самый рациональный – обозначает обе функции ведущего блока и тем самым, вместе с названием, дает точную привязку к функциональной характеристике психотипа, например логико-сенсорный интроверт или этико-интуитивный экстраверт. Тут может использоваться как русская, так и английская аббревиатуры: ЛСЭ, ЭИЭ, ЛСИ и т. д. или ESTJ, ISTP, ESTP и т. д.

Второй вариант названий остается самым популярным – это имена известных личностей с явно выраженными чертами соответствующего психотипа.

Третья система наименований психотипов позаимствована у

американских психологов, тут обозначение каждого психотипа имеет в своей основе ключевое слово, определяющее одно из самых характерных для него качеств, и соответственно – его социальную функцию: «Лирик», «Гуманист», «Энтузиаст», «Инициатор» и т. д.

В сводной таблице 2.4. мы приводим системы наименований, которые встречаются в отечественной литературе.

Таблица 2.4

Соционические типы (Таланов, Малкина-Пых, 2003)

Психологическая ориентация				№ канала модели «Ю»				Обозначение типа
				1	2	3	4	
Интра-верты	Иррациональные	Этики	Интуиты	Интуиция времени	Этика эмоций	Логика деловая	Сенсорика волевая	Есенин (INFP) Лирик Романтик
		Сенсорики						
			Сенсорики	Сенсорика ощущений	Этика эмоций	Логика деловая	Интуиция возможностей	Дюма (ISFP) Посредник Художник Сибарит
	Рациональные	Логики	Интуиты	Интуиция времени	Деловая логика	Этика эмоций	Сенсорика волевая	Бальзак (INTP) Критик Архитектор
			Сенсорики	Сенсорика ощущений	Логика деловая	Этика эмоций	Интуиция возможностей	Габен (ISTP) Мастер
		Этики	Интуиты	Этика отношений	Интуиция возможностей	Сенсорика волевая	Логика деловая	Достоевский (INFJ) Писатель Гуманист
Экстра-верты	Иррациональные	Сенсорики						
			Сенсорики	Этика отношений	Сенсорика волевая	Интуиция возможностей	Логика деловая	Драйзер (ISFJ) Хранитель
		Логики	Интуиты	Логика структурная	Интуиция возможностей	Сенсорика волевая	Этика эмоций	Робеспьер (INTJ) Аналитик
			Сенсорики	Логика структурная	Сенсорика волевая	Интуиция возможностей	Этика эмоций	Максим Горький (ISTJ) Систематик Контролер Инспектор Опекун
	Рациональные	Этики	Интуиты	Интуиция возможностей	Этика отношений	Логика структурная	Сенсорика ощущений	Гексли (ENFP) Инициатор Вдохновитель Журналист
		Сенсорики						
			Сенсорики	Сенсорика волевая	Этика отношений	Логика структурная	Интуиция времени	Наполеон (ESFP) Лидер Политик Тамада

		Логики	Интуиты	Интуиция возможностей	Логика структурная	Этика отношений	Сенсорика ощущений	Дон-Кихот (ENTP) Искатель Новатор Изобретатель
			Сенсорика	Сенсорика волевая	Логика структурная	Этика отношений	Интуиция времени	Жуков (ESTP) Организатор Маршал Антрепренер
	Рациональные	Этики	Интуиты	Этика эмоций	Интуиция времени	Сенсорика ощущений	Логика структурная	Гамлет (ENFJ) Артист Наставник Педагог
			Сенсорика	Этика эмоций	Сенсорика ощущений	Интуиция времени	Логика структурная	Гюго (ESFJ) Энтузиаст Коммуникатор Торговец
		Логики	Интуиты	Логика деловая	Интуиция времени	Сенсорика ощущений	Этика отношений	Джек Лондон (ENTJ) Предприниматель Экспериментатор Фельдмаршал
			Сенсорика	Логика деловая	Сенсорика ощущений	Интуиция времени	Этика отношений	Штирлиц (ESTJ) Администратор Управляющий

Более развернутые описания каждого из 16 типов по четырем функциям модели «Ю» можно найти в справочниках (например, Таланов, Малкина-Пых, 2003) и монографиях по соционике (Филатова, 1999; 2001) и на Интернет-сайтах www.jung.spb.ru или www.ru.laser.ru.

Тест для определения социотипа личности (тест Кейрси) приведен в разделе 2.3.2. настоящей главы.

2.2.7. Характероанализ В. Райха и биоэнергетика А. Лоуэна

Вильгельм Райх (1997, 1999) по праву считается основателем телесной психотерапии в западной психотерапевтической традиции (Малкина-Пых, 2005б). Уникальный вклад Райха в психологию состоял в том, что он, во-первых, настойчиво подчеркивал единство тела и разума, во-вторых, в свои психотерапевтические исследования всегда включал проблемы, связанные с человеческим телом, и в-третьих, разработал концепцию «панциря характера». Райх полагал, что эмоциональные проблемы клиента можно понять, лишь рассматривая его как цельное существо, включая телесный аспект.

По Райху формы поведения и формы общения гораздо существеннее того, что клиент говорит. Слова могут лгать, способ выражения никогда не лжет. Райх первым начал подчеркивать важность физической экспрессии клиента, в особенности он обращал внимание на хронические мышечные напряжения, «зажимы», которые он называл мышечным панцирем. Он считал, что хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревогу, гнев и сексуальное возбуждение. Защитный панцирь не дает человеку переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств. Райх писал: «Мышечная

судорога представляет собой телесную сторону процесса вытеснения и основу его длительного сохранения» (Райх, 1997).

Райх полагал, что всякий характер состоит из двух основных компонентов: врожденных установок по отношению к миру и реакций на различные ситуации. Он включает в себя психологические установки и ценности, стиль поведения (застенчивость, агрессивность и так далее) и физические установки (поза, привычка держаться и двигаться, владеть собственным телом).

Райх (Райх, 1999) подробно проанализировал четыре типа характера: истерический, фаллически-нарциссический, мазохистский и компульсивный.

Александр Лоуэн, ученик Вильгельма Райха, разработал систему под названием «биоэнергетика», или «биоэнергетический анализ» (Лоуэн, 1996). Биоэнергетический анализ – это психодинамическая психотерапия, сочетающая работу как с телесными проявлениями, так и с сознанием человека. В биоэнергетике лежит представление о том, что события, происходящие на ранних этапах развития, в значительной степени определяют восприятие, поведение и отношения взрослого человека. Травмы детства отражаются в нарушениях взаимоотношений взрослого человека в повседневной жизни. Биоэнергетический анализ находит признаки этих травм и в нарушениях мышления, и в телесных проявлениях.

В биоэнергетике характер определяется как фиксированный паттерн поведения, типичная тактика, с помощью которой человек справляется со своим стремлением к удовольствию. Характер запечатлен в теле в форме хронического и обычно бессознательного мышечного напряжения, блокирующего или ограничивающего импульсы достижения. Характер также является психической позицией, которую поддерживает система отрицаний, рационализации и проекций и которая зависит от идеального Эго, утверждающего свою ценность. Функциональное соответствие характера структуре тела или паттерну мышечного напряжения является ключом для понимания личности, потому что это дает возможность читать характер по телу и объяснять позу тела психологией человека (Лоуэн, 1996).

Каждая структура характера – и на психологическом, и на мышечном уровне – имеет определенный паттерн защиты. Важно отметить, что классификация Лоуэна относится именно к защитным позициям. Ни один человек не является чистым типом, и в каждом человеке нашей культуры в разной степени сочетаются разные защитные паттерны. Личность человека,

отличающаяся от структуры характера, определяется его жизненной силой, то есть силой его влечений, и защитами, которые он создал для контроля за этими влечениями.

Лоуэн описал несколько типов характера, основываясь на психических и физических проявлениях: шизофренический, шизоидный, оральный, психопатический, истерический, фаллически-нарциссический, пассивно-феминный, мазохистский и ригидный (Лоуэн, 1998), их подробное описание приведено в разделе 2.2.9. настоящей главы.

2.2.8. Теория базовых конфликтов К. Хорни

Классификация психологических типов личности, предложенная К. Хорни (1995), основана на отношении человека к другим людям. Каждое конкретное базовое отношение к людям способствует развитию определенных потребностей, качеств, внутренних запретов, тревог, особенностей восприятия и системы ценностей.

Хорни описывает базовую тревогу как чувство «собственной незащищенности, слабости, беспомощности, незначительности в этом предательском, атакующем, унижающем, злом, полном зависти и брани мире». Ребенок слаб и хочет, чтобы его защищали, чтобы о нем заботились, чтобы другие приняли на себя ответственность за него. С другой стороны, естественная подозрительность к окружающим делает доверие к ним практически невозможным. Стремясь справиться с угрозой, исходящей от враждебного мира, человек вырабатывает одну из трех защитных стратегий. Стратегия от людей: человек не желает ни принадлежать другим, ни соперничать с ними и сохраняет отстраненную позицию. Стратегия против людей: человек допускает как нечто само собой разумеющееся враждебность окружающих и делает выбор в пользу борьбы с ними. Стратегия к людям: человек принимает свою беспомощность и полностью полагается на других. Каждая из перечисленных установок акцентирует один из компонентов базовой тревоги: изоляцию, враждебность или беспомощность. Соответственно, можно выделить три типа личности: отстраненный, агрессивный и уступающий типы.

Первым типом базального конфликта является потребность в *отстранении*, «движение от людей». Наиболее очевидная особенность людей этого типа – отчуждение от людей. Другой особенностью является отчуждение от себя, то есть нечувствительность к эмоциональным переживаниям, неопределенность идентичности: кто я такой, что люблю или ненавижу, чего хочу и опасюсь, на что надеюсь, во что верю. Людей отстраненного типа объединяет способность смотреть на себя с неким объективным интересом, как если бы человек смотрел на какое-либо

произведение искусства.

Ключевым моментом тут является внутренняя потребность устанавливать эмоциональную дистанцию, отделяющую человека от других людей. Точнее, это сознательное или бессознательное стремление никоим образом не допустить эмоциональной вовлеченности в дела других людей, касается ли это любви, борьбы, сотрудничества или соревнования с ними. Все потребности и качества людей такого типа служат главной потребности – избежать вовлеченности. Эти люди стремятся к самодостаточности, которая в оптимальном случае проявляется как изобретательность. Встречается и рискованный способ сохранения самодостаточности – сознательное или бессознательное ограничение потребностей. Кроме того, таким людям нужно уединение.

Агрессивный тип склонен двигаться «против» людей. Он убежден в том, что все люди настроены враждебно, и отказывается признать другие варианты. Жизнь для него – это борьба всех против всех. По его ощущениям в мире выживают лишь наиболее приспособленные, а сильные уничтожают слабых. Потому он стремится управлять другими. Вместе с тем, он нуждается в ощущении превосходства, в успехе, престиже или любой иной форме признания. Стремления такого рода часто ориентированы на власть, поскольку успех и престиж дают человеку власть в обществе, основанном на соперничестве. Но это также дает человеку субъективное чувство силы. Признание не только поддерживает его самоутверждение, в чем он нуждается, но и открывает перед ним соблазн: быть любимым и быть способным, в свою очередь, любить. Поскольку ему кажется, что такое признание несет решение конфликтов, оно становится его спасительным миражом. Выраженная потребность эксплуатировать людей, стремление перехитрить и использовать другого в своих целях составляют тут часть общей картины. Любая ситуация или любые отношения рассматриваются с точки зрения «что я могу от этого получить?» – относится ли она к деньгам, престижу, контактам или идеям. Сам человек сознательно или полуосознанно убежден, что все действуют подобным образом, и потому единственное, что имеет значение, – делать это успешнее остальных.

Уступающий тип отражает «движение к людям». Человек данного типа демонстрирует потребность в любви и одобрении, в частности – он стремится найти партнера. Хотя поведенческие проявления тут многообразны, все они сосредоточены вокруг стремления к человеческой близости, вокруг желания «кому-то принадлежать». Это желание столь непреодолимо, что все, что делает человек, направлено на его

осуществление. И это формирует характер: такой человек становится уступчивым, предупредительным, заботливым, признательным, благодарным и щедрым. Этому сопутствует стремление избежать недобрых взглядов, ссор, соперничества. Такой человек склонен подчиняться другим, занимать второстепенное положение, уходя в тень: покладистый и мирный, он обычно, по крайней мере, на сознательном уровне, не выражает недоброжелательства. Всякое желание мести или победы над другими столь глубоко вытеснено, что он сам часто удивляется тому, как легко мирится с другими и никогда долго не питает чувства обиды. Чаще всего он склонен автоматически брать вину на себя.

Этому типу свойственны определенные особенности отношения к себе. В частности, чувство собственной слабости и беспомощности: «я бедняжка». Вторая характерная черта вытекает из его склонности подчиняться другим. Он заранее готов думать, что любой человек превосходит его, что прочие люди привлекательнее, умнее, образованнее и достойнее его. Третья типическая черта связана с его зависимостью от других людей. Это бессознательная тенденция оценивать себя по тому, что о нем думают другие. Его самоуважение зависит от их одобрения или осуждения, любви или ненависти.

Поведение уступчивого вида имеет двойную мотивацию. Например, когда он подчиняется, он делает это, чтобы избежать трений и, таким образом, достичь гармонии с другими; но подчинение может также скрывать его потребность превосходить других. Когда он позволяет другим себя использовать, это выражает уступчивость и «доброту», но одновременно может быть попыткой уйти от стремления эксплуатировать других людей.

В свете таких противоречивых тенденций любовь действительно является единственным выходом для осуществления всех его невротических потребностей: потребности быть любимым, доминировать (через любовь), быть на вторых ролях и одновременно превосходить других (в силу безраздельной заботы о нем партнера).

2.2.9. Типы организации характеров

В этом разделе мы рассмотрим различные теории, на которых основывают типологию характера. Это теория фаз инфантильной психологической организации по З. Фрейду и Э. Эриксону и психоаналитическая теория типов организации характера (Мак-Вильямс, 1998; Наранхо, 1998; Попов, Вид, 2000).

Особенности раннего детства, специфика протекания психосексуальных этапов развития, фиксация на определенном этапе

обуславливает особенности характера человека. Характер, в узком смысле слова, проявляет себя как типичный паттерн поведения или направленность – это устойчивый или структурированный способ реагирования. В основе психодинамических концепций развития лежит выдвинутое З. Фрейдом предположение о том, что основные характеристики личности, ее базовая структура формируются в раннем детском возрасте и сохраняются практически неизменными на протяжении всей последующей жизни. При этом отношение к людям, окружающим ребенка в первые годы жизни (в первую очередь родителям), впоследствии проецируется, переносится на других людей, значимых для индивида (так называемый перенос), определяя тем самым его взаимодействие в социуме, семейные отношения и пр.

Фрейдистская периодизация личностного развития основана на развитии либидо (Фрейд, 1989), Фрейд рассматривает либидо как важнейшую движущую силу развития, описывая в основном развитие психосексуальное. Эта периодизация включает 3 этапа: оральный (первый год и половина второго года жизни), анальный (промежуток от полутора-двух до трех лет), фаллический (время примерно между 3-6-м годами жизни). По мнению Фрейда, может происходить «застревание» на определенных этапах развития, приводящее к формированию у взрослого таких личностных черт, как «оральный характер» или «анальный характер».

Другой ведущей современной психодинамической концепцией периодизации развития личности является схема Э. Эриксона (Эриксон, 1995, 1996); согласно его представлениям, развитие и формирование идентичности человека проходит через ряд психосоциальных кризисов. На каждом из кризисных этапов происходит выбор позитивного либо негативного варианта развития определенных личностных черт, определяющих в дальнейшем жизненную позицию человека, его отношения в социуме. Если внутренние конфликты, свойственные определенной стадии развития, остаются неразрешенными (негативный вариант развития), в зрелом возрасте они могут проявляться в виде инфантилизма. При этом новый выбор накладывается на уже произведенный и закрепленный в структуре личности (эпигенез). Пересмотр Эриксоном (1995) трех инфантильных стадий Фрейда с точки зрения межличностных задач позволил выделить различные категории клиентов: фиксированных на проблеме первичной зависимости (доверие-недоверие), на вторичных вопросах сепарации-индивидуации (автономия или стыд и сомнения) или на сложных вопросах идентификации

(инициатива или вина).

Другие психодинамические схемы, в которых прослеживается эпигенетический принцип, во многом сходны с эриксоновской периодизацией. К психодинамическим моделям развития личности, базирующимся на принципе эпигенеза, можно отнести и трехэтапную модель В. Шутса (Шутс, 1993), которая дает не только периодизацию возрастного развития, но и оригинальную метафорическую модель структуры личности (Присоединение – Контроль – Открытость). Эта схема аналогична известной в отечественной психологии концепции трех компонентов социального развития личности в онтогенезе по А. В. Петровскому (Петровский, 1984), включающей последовательно сменяющие друг друга процессы: (1) адаптации, (2) индивидуализации и (3) интеграции.

Хотя большинство психоаналитиков сегодня придает меньшее значение влечениям по сравнению с Фрейдом, они никогда всерьез не подвергали сомнению три следующие положения психоанализа: 1) существующие психологические проблемы отражают проблемы раннего детства; 2) взаимодействие в ранние годы создает шаблон для позднейшего восприятия жизненного опыта; 3) идентификация уровня развития личности – это кардинально важная часть нашего понимания характера человека.

На первой симбиотической (оральной) фазе основное значение имеет радость ощущать эмоциональное принятие и доверие к миру. Оральный контакт с окружением соответствует потребностям организма. Согласно периодизации Э. Эриксона (1996), на данном этапе на основе коммуникации с матерью (или лицом, осуществляющим уход за ребенком) формируется базовое чувство доверия к окружающим и к миру (позитивный вариант развития) либо изначальное недоверие, изолированность с ощущением «отлученности», «разделения», «брошенности» (негативный вариант). Неразрешенные внутренние конфликты данного периода могут позднее, в зрелом возрасте, порождать аутизм, депрессию, «депрессивные формы страха пустоты и покинутости» (оральный характер) (Эриксон, 1995). В. Шутс (1993) рассматривает данный период как «присоединение» (непосредственный эмоциональный контакт с матерью, впоследствии же, в старшем возрасте, – с окружающими).

Следствие нарушения этой фазы – шизоидность. В результате эмоционального отвержения не формируется потребность в эмоциональных контактах (развитие речи обгоняет развитие моторики,

развивается чувствительность к себе, сухость к другим, склонность к «мертвому» коллекционированию, замещающему контакты). Другой вариант – нарциссический выбор как неспособность выбрать другого, отрицание новизны. «Нарциссизм – эмоциональное состояние, при котором человек реально проявляет интерес только к своей собственной персоне, своему телу, своим потребностям, своим мыслям, своим чувствам, своей собственности. В то время как все остальное воспринимается лишь на уровне разума» (Фромм, 1994). Другое последствие нарушения данной фазы развития – это психастеничность: страх за свою жизнь и жизнь близких, боязнь нового, ограничение контактов со средой рамками привычной обстановки и совершенствование средств защиты от мира, невроз базовой тревоги: страх существования, страх разрыва, страх эмоциональных отношений.

На второй, анальной фазе, фазе роста, у ребенка развиваются разнообразные способности. Возникает умение различать, появляется дифференциация функций, доверие, сопереживание, чувствительность к отношениям в семье, идентификация себя со значимыми членами семьи, аутентичность. Новые моторные и речевые навыки способствуют формированию автономности. Умение регулировать анальную функцию распространяется на сферы контроля и сепарации, а также способствует исследованию потенциальных границ.

К этому же периоду относится начало осознания ребенком собственного Я, развития Я-концепции и формирования самостоятельной регуляции деятельности, именно тут появляется стремление к самостоятельности: «Я сам» (Косаковский, 1989). Задача данной фазы – борьба против чувства стыда и сомнения в своих действиях за независимость и самостоятельность. Тут возникают переживания по поводу собственной безопасности.

При нарушении развития на анальной стадии возникает диссоциация. Представление о полоролевых отношениях, отношениях мужчина-женщина, не формируется, то есть внутренняя позиция по отношению к этим дихотомиям не определена, вместо этого появляется амбивалентный Я-образ. При отсутствии одного из родителей, например отца, ребенок:

- не может сформировать адекватный образ мужчины, в результате чего затруднена идентификация со своим полом: у мальчика просто нет образца, у девочки нет противопоставления женскому полу;

- не может сформировать адекватный взрослым образ отношений между мужчиной и женщиной, в результате формируется искаженный образ как отношений между мужчиной и женщиной, так и семейных ролей.

Еще одним результатом нарушения данной фазы является эпилептоидность – эмоциональная вязкость, напряженность, агрессивность, затяжные аффективные реакции, устойчивость к негативным воздействиям при отсутствии фиксации на позитивных. Вследствие этого развивается агрессивность, тормозится индивидуация. Поведение амбивалентное, например «люблю – кусаю», оно выражает стремление удержать то, что уходит. Если же партнер не удовлетворяет потребности собственника, его отвергают.

Агрессивность – это ресурс для выхода из симбиоза (в чем и заключается функция нормальной агрессивности), при регрессии она становится не средством, а стереотипом поведения. Так появляется социальный тип, направляющий агрессию на других, у него преобладает комплекс власти. К другим последствиям нарушения данной фазы относятся невроз навязчивых состояний (страх быть собой), патология самоконтроля, ананкастические симптомы: навязчивые мысли, принужденные действия (компульсии), навязчивые страхи (фобии).

И, наконец, на третьей генитальной (фаллической) фазе растет осознание половой идентичности в различных социальных контекстах. Возможности достичь понимания, установить уважительные, доброжелательные отношения тут слишком часто остаются нереализованными – соответствующие стремления отвергаются или, наоборот, эксплуатируются. Но если коммуникация в целом проходит благополучно, тут закладываются основы для интеграции ума, чувств и сексуальности, а также достигается баланс между либидозными импульсами и творческим выражением.

На этой фазе у ребенка ярко выражена демонстративность, стремление проявить свое Я, неутоленное «мы». Происходит выделение Я из системы коллективных отношений, появляется социальное доверие, автоматизация, уверенность, категоризация ролей и формирование своей роли. На этом этапе проверяется способность действовать эффективно: что-то совершать, осуществлять, реализовывать, выполнять. Задача данного этапа – развитие инициативы и в то же время переживание чувства вины и моральной ответственности за свои желания.

В схеме Э. Эриксона (1996) этот период связан с самоутверждением ребенка в процессе социализации, в ходе групповой коммуникации, игры. При этом происходит формирование инициативности, если инициатива ребенка поощряется (позитивный вариант), либо чувства вины (негативный вариант). С точки зрения социализации можно рассматривать и соответствующий завершающий этап в периодизации В. Шутса (1993) –

«открытость», то есть готовность к социальному взаимодействию, открытость для социальных контактов.

Следствия нарушений развития на данном этапе: ограничение проявлений Я в социальном мире «маской», одной ролью, что приводит к идентификации человека с социальной ролью, персоной, к выраженной или подавленной истероидности личности. Истероидность – это внушаемость, неспособность к волевым усилиям, сенсорная жажда, «жажда признания». Пол имеет тут принципиальное значение, но этот аспект вытесняется из сознания. Коммуникативная подавленность представляет собой вытесненную демонстративность: при фиксации не развиваются способности, которые необходимы для социализации, экспликации содержания, идей, чувств.

В этот период ускоряются темпы социализации, начинается осознание «социального Я» и формирование индивидуально-типологических социальных ролей. Последнее тесно связано с дальнейшим формированием психической стратегии на основе социальных взаимодействий ребенка, его участия в коллективной деятельности (игровой, затем учебной).

Ниже мы приводим описание восьми типов организации характера, используемых в психоаналитической практике (Мак-Вильямс, 1998; Наранхо, 1998; Попов, Вид, 2000), дополняя каждый из них соответствующим описанием структуры характера по Райху и Лоуэну (Райх, 1999; Лоуэн, 1996). Мы также рассмотрим их с точки зрения типологии психосексуального развития (оральный, анальный и генитальный типы), с точки зрения конституциональных типов (шизоидный, эпилептоидный и циклоидный) и с точки зрения базовой ориентации личности по Хорни (Хорни, 1995).

Первые три типа характера, которые мы рассмотрим, относятся в нашей классификации к оральным и шизоидным типам, они реализуют стратегию движения «от людей». К ним относятся нарциссический, собственно шизоидный и параноидный типы характера.

Нарциссический тип характера. По мнению психоаналитиков, нарциссическая личность организована вокруг поддержания самоуважения путем внешнего подтверждения от окружающих. Это дефицитарная модель личности: во внутренней жизни таких людей чего-то недостает, целостность и непрерывность чувства собственного Я и приписываемая ему ценность представляет собой фундаментальную внутреннюю проблему. Озабоченные тем, как их воспринимают другие, люди с нарциссической организацией испытывают чувство, что их обманули и их

не любят. Они могут беспрестанно размышлять о своих видимых достоинствах: красоте, славе, богатстве, – но не о скрытых аспектах своей идентичности и целостности. Всем нарциссическим личностям, несмотря на разнообразные поведенческие проявления, присуще пугающее чувство, что они «не подходят», чувство стыда, слабости и своего унижения.

Нарциссические личности могут использовать целый комплекс защит, но преимущественно их психическая жизнь строится на идеализации и обесценивании. Эти защиты комплементарны в том смысле, что при идеализации собственного Я значение других людей уменьшается, и наоборот. Идеализация Я может проявляться в форме откровенного самовосхваления, даже если восхищающийся своими поступками человек и без того верит в идеализированную версию самого себя. Идеализация играет важную роль в отношениях с людьми, особенно в отношениях с матерью или заменяющими ее фигурами.

Родственной защитной позицией, в которой оказываются нарциссически мотивированные люди, является перфекционизм. Они ставят сами перед собой нереалистичные идеалы и либо уважают себя за то, что их осуществляют (грандиозный исход), либо (в случае неудачи) чувствуют себя непоправимо дефектными. Требование совершенства выражается в постоянной критике себя или других (в зависимости от того, куда проецируется обесцененное Я), а также в неспособности получать удовольствие, несмотря на амбивалентность человеческого существования.

Взаимоотношения между нарциссической личностью и другими людьми перегружены вопросом самоуважения. Наиболее трагичным свойством нарциссической ориентации является неразвитая способность к любви. По диагностическому определению, нарциссическая организация личности основана на том, что такой человек нуждается во внешнем подтверждении, чтобы ощущать себя компетентным и достойным. Однако при этом другой человек используется как средство для повышения самооценки, но не воспринимается как отдельная личность.

Большинство психодинамически ориентированных психотерапевтов считают отличительной особенностью шизоидной, нарциссической и пограничной личностных структур расщепление образа Я. Пациентам с расщепленным образом Я свойственно крайне амбивалентное отношение к психотерапии; их Грандиозное Я отвергает помощь, о которой просит Неполноценное Я. В то время как Неполноценное Я обращается ко всемогущему Другому за поддержкой, Грандиозное Я обращается с Другим как с объектом всемогущественного контроля. Наиболее типичны пять способов такого бессознательного манипулятивного обращения с Другим:

Другой – это ничтожество, или зеркало успехов, или мальчик для битья, или контейнер для страха, или беспомощное существо. Описанные способы обращения используются всеми пациентами с расщепленным образом Я; первый чаще наблюдался в процессе психотерапии пациентов с шизоидной личностной структурой, второй и третий – с нарциссической, четвертый и пятый – с пограничной (Соколова, Чечельницкая, 2001).

На основании типов манипулятивного обращения с психотерапевтом были реконструированы основные фантазийно-компенсаторные паттерны (ФКП) Я – Другой в структуре самосознания пациентов с тяжелой личностной патологией: богоподобно-грандиозное Я – ничтожный Другой; необыкновенно-грандиозное Я – восхищающийся Другой; агрессивно-грандиозное Я – испуганный Другой; альтруистически-грандиозное Я – беспомощный Другой. Чтобы оказать пациенту эффективную психотерапевтическую помощь, психотерапевту следует учитывать специфику фантазийно-компенсаторного паттерна, к реализации которого в процессе психотерапии бессознательно стремится пациент.

Возможно, на развитие нарциссического характера влияют факторы конституции; так, риск такого варианта развития личности выше у людей, чувствительных к невербальным эмоциональным сообщениям. То есть нарциссизм чаще развивается у таких детей, которые чрезвычайно чувствительны к непроявленным, невыраженным аффектам, отношениям и ожиданиям других. Иногда такой ребенок чрезвычайно важен для родителей или других заботящихся о нем лиц не благодаря своим свойствам, но потому, что он выполняет некую функцию. Противоречивое послание о том, что его высоко ценят (но только за ту особую роль, которую он играет), заставляет ребенка чувствовать тревогу: если его подлинные чувства – в особенности враждебные и эгоистические – обнаружатся, за этим последует отвержение или унижение. Это способствует развитию «ложного Я» (Winnicott, 1960) – когда человек неосознанно демонстрирует другим только тот приемлемый образ себя, который создан другими.

Еще одним похожим аспектом воспитания людей с нарциссическим развитием личности является атмосфера постоянного оценивания в семье. Если на ребенка делается ставка как на жизненно важный объект, необходимый для повышения самооценки родителей, то всякий раз, когда ребенок разочаровывает, его прямо или косвенно критикуют.

Нарциссические пациенты

- идеализируют тех, от кого ожидают нарциссического удовлетворения;

- обесценивают и презируют остальных;
- завидуют окружающим, даже тем, кто не обладает особо высоким статусом;
- их отношения с окружающими носят эксплуататорски-паразитический характер, при этом они уверены в своих «особых правах».

Стержневой чертой тут является преувеличенное чувство собственной значимости. Такие люди не допускают, что могут быть объектами критики, и либо с безразличием ее отрицают, либо легко приходят в ярость. Их притязания всегда завышены, они ищут славы и богатства. Пренебрежительное отношение к нуждам окружающих, а нередко – и отказ от соблюдения норм человеческого общежития ради собственных потребностей делает их межличностные контакты хрупкими. Их зависть распространяется не только на окружающих, добившихся успеха, но и на тех, кто живет простой, но насыщенной жизнью. Обычно они лишь симулируют симпатию к другим в манипулятивных эгоцентрических целях (Попов, Вид, 2000).

Диагноз нарциссического типа характера устанавливается тогда, когда можно выявить не менее пяти из перечисленных ниже признаков и поведенческих стереотипов: 1) переоценка собственной значимости, достижений и талантов, ожидание признания своего превосходства без наличия оправдывающих это качеств и достижений; 2) фиксация на фантазиях о безграничном успехе, власти, уме, красоте или идеальной любви; 3) убежденность в своей особенности, уникальности, в том, что понять и принять такого человека могут только особые или влиятельные люди (или общественные учреждения); 4) потребность в чрезмерном преклонении; 5) необоснованное представление о своем праве на привилегированное, льготное положение, на автоматическое удовлетворение желаний; 6) склонность эксплуатировать, использовать других для достижения собственных целей; 7) недостаток эмпатии, нежелание считаться с чувствами и нуждами окружающих; 8) зависть к окружающим или убеждение в завистливом отношении к себе; 9) заносчивое, высокомерное поведение и установки.

Данный тип характера наиболее близок к оральному характеру, описанному Лоуэном (1998, 2000). Характерными чертами тут являются слабое чувство независимости, стремление держаться за других, пониженная агрессивность и внутреннее чувство потребности в поддержке, помощи и заботе. У некоторых людей эти свойства замаскированы сознательно принятыми компенсирующими позициями. Некоторые люди с такой структурой личности демонстрируют преувеличенную

независимость, которая, однако, неустойчива на фоне стресса. Основным опытом для орального характера являются лишения, в то время как соответствующий опыт для шизоидной структуры – отвержение.

Для орального типа характерен низкий энергетический уровень. Тело обычно длинное и тонкое, что соответствует эктоморфному типу Шелдона. Мускулатура, сухожилия и связки развиты слабо. Это особенно отражает строение конечностей: длинные, плохо развитые ноги – типичный признак такой структуры, ступни также тонкие и узкие. Кажется, что ноги не могут удержать тело. Ноги быстро устают при напряжении. Контроль за движениями слаб, координация недостаточна. Человек такого типа стремится компенсировать слабость ног, сводя колени, что вызывает ощущение жесткости в ногах, снижение их гибкости. Людям с оральным характером трудно стоять на своих ногах в буквальном и переносном смысле. Вес всего тела у такого человека падает на пятки. Спина и плечи откинута назад, а шея и голова – для компенсации – выставлены вперед, ягодицы поджаты. Поскольку ноги у такого человека слабы, туловище держит позвоночный столб.

Общая жалоба для людей данного типа – головные боли. Это можно объяснить напряжением шеи и головы. Таким людям свойственно напрягать свои мышцы. Кольцо сильного напряжения всегда обнаруживается на уровне плечевого пояса и основания шеи. Дыхание у таких людей поверхностное, что объясняется низким энергетическим уровнем функционирования.

Шизоидный тип характера. Согласно классическим представлениям, шизоидная личность борется с проблемами орального уровня: это стремление избежать опасности быть поглощенным, всосанным, разжеванным, съеденным. Окружающий мир такой человек ощущает как пространство, полное разрушительных сил, угрожающих безопасности. Возможно, тревога шизоидной личности связана с базальной безопасностью. С точки зрения темперамента люди шизоидного типа гиперреактивны и легко подвержены чрезмерной стимуляции, как будто нервные окончания у шизоидов находятся ближе к поверхности, чем у всех остальных типов.

Первичный конфликт в области отношений у шизоидных людей касается близости и дистанции, любви и страха. Их субъективную жизнь окрашивает глубокая амбивалентность по поводу привязанности. Они страстно жаждут близости, но при этом ощущают постоянную угрозу поглощения другими. Они ищут дистанции, чтобы сохранить свою безопасность, но при этом страдают от удаленности и одиночества.

Отчуждение, от которого так страдают шизоидные люди, частично проистекает из их опыта: они многократно сталкивались с тем, что их эмоциональные, интуитивные и другие возможности не были оценены по достоинству – окружающие просто их не замечают. Люди данного типа чаще, чем другие, оказываются «аутсайдерами», наблюдателями, исследователями человеческого существования. «Расщепление» (которое и отражает корень слова «шизоид») можно наблюдать в двух сферах: расщепление между Я и окружающим миром и расщепление между переживаниями Я и желаниями.

Основной защитой шизоидной организации личности является уход во внутренний мир, в мир воображения. Кроме того, шизоиды часто используют проекцию и интроекцию, идеализацию, обесценивание. Среди более зрелых защит чаще встречается интеллектуализация.

Одной из самых ярких особенностей людей с шизоидной организацией личности является то, что они игнорируют конвенциональные общественные ожидания. Многие наблюдатели отмечают бесстрастное, ироническое и слегка презрительное отношение шизоидов к окружающим. Тем не менее шизоиды могут быть очень заботливыми по отношению к другим людям, хотя при этом у них остается потребность сохранять защитное личное пространство.

По телосложению люди, относящиеся к данному типу, чаще всего являются эктоморфами, и разумно было бы предположить, что церебротонические свойства данного типа способствуют у них выбору отстранения как способа решения жизненных проблем.

Таким образом, стержневая характеристика данного типа характера – уход в себя (повышенная интровертированность) при глубокой неспособности устанавливать значимые эмоциональные межличностные отношения (Попов, Вид, 2000). Замкнутость – их основная черта. Их нельзя назвать совершенно лишенными эмоций – холодность и недоступность в общении может сочетаться у них с сильной привязанностью к животным. Иногда им свойственна страстная увлеченность какой-либо негуманитарной наукой, например математикой или астрономией, где они в состоянии подарить миру творческие идеи высокой ценности. В их высказываниях может звучать неожиданная теплота к людям, которых они мало знают или очень давно не видели. Им свойственна замороженность неодушевленными объектами и метафизическими конструкциями, привлекающими их интерес. Тут характерна также способность увлекаться философскими системами, идеями усовершенствования мира, схемами построения здорового образа жизни (за счет необычных диет, спортивных

занятий), особенно если для этого не надо непосредственно взаимодействовать с другими людьми. У шизоидов высок риск пристрастия к наркотикам и алкоголю ради получения удовольствия.

Диагноз шизоидного расстройства личности устанавливается тогда, когда можно выявить не менее четырех из перечисленных ниже признаков и поведенческих стереотипов: 1) лишь немногие виды деятельности доставляют им радость; 2) эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенный аффект; 3) сниженная способность к выражению теплых, нежных чувств или гнева к окружающим; 4) внешнее безразличие к похвале и критике окружающих; 5) сниженный интерес к сексуальному опыту с другими людьми (с учетом возраста); 6) устойчивое предпочтение уединенной деятельности; 7) чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию; 8) отсутствие близких друзей (в лучшем случае – не более одного) или доверительных отношений и нежелание их иметь; 9) явно недостаточный учет социальных норм и требований, частые ненамеренные отступления от них.

Исследователи задавались вопросом о развитии такой структуры личности. Во многих случаях таких людей в раннем возрасте отвергала мать, а это воспринималось ребенком как угроза существованию. Отвержение сопровождалось скрытой, а иногда и открытой враждебностью с ее стороны. Отвержение и враждебность развивают в ребенке страх перед тем, что любые попытки контакта или требования других приведут к его уничтожению. Для детства шизоида характерны недостаток любых сильных чувств безопасности или радости, частые ночные кошмары.

Для таких людей типичны как обособление, так и безэмоциональное аутичное поведение со случайными взрывами ярости.

Если кто-то из родителей вмешивается в жизнь ребенка в Эдиповом периоде (например, по сексуальным причинам), что весьма широко распространено, то к основному синдрому добавляется еще и паранойяльный элемент. У такого ребенка нет иного выбора, кроме как отделить себя от реальности (интенсивная жизнь воображения) и от тела (абстрактный ум) для того, чтобы выжить. В связи с тем, что основными детскими чувствами у него были ужас и смертельная ярость, ребенок отгораживался от всех чувств самозащитой.

Структура шизоидного характера в описании Лоуэна (Лоуэн, 1996) выглядит следующим образом. Термин «шизоид» описывает человека со сниженным чувством себя и слабым Эго, чей контакт с телом и с чувствами ослаблен. При этом энергия отводится от периферических структур тела, а именно – от тех частей, посредством которых организм контактирует с

окружающим миром, таких как лицо, конечности, гениталии. Они слабо связаны с центром энергетически, то есть возбуждение от центра не передается им свободно, но блокируется хроническим мышечным напряжением в области основания черепа, суставов конечностей и диафрагмы. Последняя обычно настолько мощная, что разделяет тело на две части, при этом нередко наблюдается заметное несоответствие между верхней и нижней половинами тела. Во многих случаях они как будто не принадлежат одному и тому же человеку, а тот не ощущает себя целостным. Тенденция к разобщению, возникающая на телесном уровне из-за недостаточной энергетической связи между головой и туловищем, приводит к расщеплению личности.

Голова выглядит так, как будто непрочно сидит на шее, нередко она наклонена. В таких случаях тело выглядит беспомощным, отчужденным, как будто голова удалена от основного энергетического потока в теле. Руки обладают силой, но движения при ударе кулаком разрозненные, и повинна в этом мышечная слабость. Движения шизоида выглядят механическими, хотя он обладает большой физической силой. Пальпация мышц шеи выявляет сильные изолированные напряжения, но не общую ригидность. Существенным является глубокое напряжение в основании черепа. Сама голова скована и зажата, что придает человеку изможденный вид. Лицо в целом напоминает маску. Кожа черепа вдоль макушки туго натянута, а у мужчин фронтальная часть головы имеет выраженную тенденцию к облысению. Лоб уплощен, выражение в глазах отсутствует. Рот не бывает пухлым и чувственным, создается впечатление постоянного отсутствия радости, полноты и яркости экспрессии.

У шизоида отсутствует единство структуры тела: различные сегменты тела функционально оторваны друг от друга. Разъединенность головы и туловища является биоэнергетической основой расщепленности.

У шизоидной личности нет прочно укоренившихся установок «Я не хочу» и «Я не могу». Поскольку его базовая установка – это отрицание ценности материальной реальности, у него нет потребности бороться за эту реальность. Шизоидный характер функционирует в реальности ради выживания, но без внутреннего убеждения в ее истинной ценности.

Параноидный тип характера. Сущность параноидной организации личности лежит в использовании проекции ради того, чтобы справиться со своими негативными качествами; отчужденные характеристики личности затем воспринимаются как внешняя угроза. Удивительно, что люди этого типа не только борются с гневом, негодованием, мстительностью и другими враждебными чувствами, но и страдают от гнетущего страха.

Таким образом, параноидное состояние представляет собой комбинацию страха и стыда.

Кроме того, параноидная личность обременена чувством вины, которое не осознается и проецируется, как и стыд. Такой человек живет в страхе, полагая, что если другие люди узнают об их грехах и развращенности, они будут шокированы. Бессознательно он ожидает разоблачения, и такой страх ведет к постоянным изматывающим усилиям распознать в поведении других злые намерения по отношению к себе.

В психологии параноидной личности по ее определению доминирует проекция. Главным полярным противоречием параноидного характера является, с одной стороны, бессильный, униженный и презираемый образ себя, а одновременно – всемогущий, оправданный и торжествующий образ. Напряжение между этими двумя полюсами заполняет их внутренний мир. Слабая сторона полярности проявляет себя в страхе, с которым постоянно живет такой человек. Он никогда не чувствует полной защищенности и всегда тратит огромное количество эмоциональной энергии на отслеживание признаков угрозы в окружении. Так называемая «грандиозная сторона» параноидной личности проявляется в «заикленности на себе»: человеку кажется, что все происходящее имеет какое-то отношение к нему лично.

Для данного типа характерны постоянная подозрительность и недоверие к людям в целом, склонность перекладывать ответственность с себя на других. Они чувствуют, что их используют в корыстных интересах, предают или обижают. Они полны предрассудков и часто приписывают другим свои мысли и побуждения. Они высоко ценят проявления силы и власти, а все слабое, ущербное вызывает у них презрение (Попов, Вид, 2000).

Защита, определяющая паранойю, формируется в то время, когда ребенок еще не обладает ясным представлением о внутренних и внешних событиях и потому смешивает свое Я и объект. По определению, паранойя – это восприятие своего внутреннего содержания, в силу проекции, за пределами собственного Я.

Клиническая практика показывает, что человек данного типа в детстве нередко подвергался подавлению и унижению (Мак-Вильямс, 1999). В основе формирования параноидного характера обычно лежит критика, наказания, зависящие от каприза взрослых, которых никак нельзя удовлетворить, а также крайняя степень унижения. Кроме того, на развитие параноидной организации личности влияет неподдающаяся контролю тревога (непараноидного характера) у человека, осуществлявшего уход за

ребенком.

Склонность к силовому решению проблем и тенденция к отреагированию сближает параноидную личность с психопатическим типом. Однако их можно различить по способности любить. Хотя они и могут мучиться подозрениями относительно мотивов и стремлений тех, о ком осуществляют заботу, параноидные индивиды способны к глубокой привязанности и к продолжительной верности.

Диагноз параноидального расстройства личности устанавливается тогда, когда можно выявить не менее четырех из перечисленных ниже признаков и поведенческих стереотипов: 1) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; 2) постоянное недовольство другими людьми, пренебрежительное отношение к ним, склонность не прощать оскорбления или помнить о причиненном ущербе; 3) подозрительность и стойкая тенденция к искажению восприятия, когда нейтральное или дружественное отношение других неверно истолковывается как враждебное или пренебрежительное; 4) сварливость, неуживчивость и стойкое, неадекватное ситуации отстаивание собственных прав; 5) частые неоправданные подозрения в неверности относительно супруга или сексуального партнера; 6) повышенная оценка собственной значимости с тенденцией относить происходящее на свой счет; 7) частые необоснованные мысли о заговорах, объясняющих события в ближайшем или далеком социальном окружении.

Вторая типологическая группа, которую мы рассмотрим, представляет анальный, или эпилептоидный, характер и реализует стратегию движения «против людей». Сюда относятся психопатический и обсессивно-компульсивный типы характера.

Психопатический (антисоциальный) тип характера. Для человека психопатического типа характерны глубинная неспособность к человеческой привязанности, опора на примитивные защитные механизмы. Организующий принцип психопатической личности состоит в том, чтобы всех «сделать», то есть сознательно манипулировать другими. У Райха (Райх, 1999) данный тип характера называется фаллически-нарциссическим.

Существуют данные о том, что людям данного типа изначально присущ уровень агрессии по сравнению с другими. Нейрохимические и гормональные исследования дают основания думать о биологической основе высокого уровня агрессии у антисоциальной личности. При психопатии наблюдается сниженная реактивность автономной нервной системы, и этот факт объясняет постоянное стремление таких людей к

острым ощущениям и их неспособность обучаться на своем опыте. Кратко говоря, антисоциальная личность обладает врожденной склонностью к агрессивности и высоким порогом возбуждения, которое доставляет удовольствие. Что касается основных переживаний, присущих людям данного типа, то их очень трудно определить из-за неспособности этих людей артикулировать свои эмоции. Такие люди не могут признать в себе существование обычных эмоций, так как чувства ассоциируются у них со слабостью и уязвимостью. А поскольку аффекты заблокированы, отсутствует и стремление использовать речь для выражения чувств.

Основной защитной операцией психопатической личности является контроль всемогущества. Также тут используется проективная идентификация, разнообразные тонкие диссоциативные защиты и отыгрывание вовне. Потребность оказывать давление на других тут имеет первостепенное значение. Для психопата ценность других людей сводится к их полезности.

Серьезные социальные последствия поступков обычно не вызывают у них тревожно-депрессивных реакций, а предъявляемые ими объяснения поражают слушателей их несообразностью и инфантильностью. Психопаты неспособны устанавливать стабильные отношения, любить и делать выводы на основании прошлого опыта. Тут характерно постоянное чувство правомерности своего поведения, непреложное стремление к удовлетворению собственных потребностей, отсутствие каких бы то ни было упреков в свой адрес и чувства стыда. Все это составляет своеобразный психологический комплекс, который в быту называют бессовестностью. При этом не наблюдаются признаки нарушения мышления, напротив, скорее тут можно видеть повышенный уровень ориентации в социальной ситуации и нормальный интеллект. Лидерские качества позволяют психопату влиять на поведение окружающих, последствия такого влияния обычно неблагоприятны для людей. Лживость иногда помогает ему обвести вокруг пальца даже опытного клинициста, который может не заметить за маской внешнего благополучия внутреннее напряжение, раздражительность и враждебность.

Детство людей психопатического типа нередко отличает обилие опасностей и хаотичность. Тут характерно сочетание: слабая, депрессивная и мазохистичная мать и вспыльчивый, непоследовательный и садистичный отец, а также алкоголизм или наркомания у членов семьи. Тут чаще встречаются переезды, потери, разрывы отношений. В детстве людей данного типа не учили вербализации эмоциональных переживаний. Из-за этого психопаты используют слова не для выражения себя, но для

манипуляции. Кроме того, в их детстве часто встречается ситуация, когда ребенок избалован в материальном смысле, но испытывает эмоциональную депривацию. Таким образом, человек данного типа никогда не испытывал нормальной привязанности, не инкорпорировал хорошие объекты, не идентифицировался с тем, кто о нем заботился. Он никогда не получал любви и никогда никого не любил.

Как уже отмечалось, одним из конституциональных аспектов предрасположенности к психопатии является высокий уровень агрессии, из-за чего при любых обстоятельствах ребенка труднее успокоить, утешить или помочь ему выразить чувства. Гиперактивный с самого рождения, требовательный, рассеянный ребенок нуждается в гораздо более активной родительской опеке, чем спокойный, которого легко утешить.

Потенциальному психопату гораздо труднее обрести самоуважение нормальным путем – через ощущение любви родителей, гордящихся своим ребенком. Объектом катексиса либидо становится собственное Я, а не внешние объекты. Поэтому образ Я может стать сочетанием двух полярностей: желанного состояния всемогущества и пугающего состояния слабости. Агрессивные и садистические действия такой личности могут стабилизировать ощущение Я, уменьшая неприятные переживания и увеличивая уважение к себе.

Кроме того, хаотичное окружение в детстве в сочетании с бессилием и неадекватностью родителей приводит к тому, что у ребенка отсутствуют четкие ограничения и он не понимает, что его импульсивные действия могут иметь последствия. С точки зрения теории социального научения при недостатке дисциплины ребенок обретает склонность к фантазиям о всемогуществе. Он, гораздо более энергичный, чем те, кто о нем заботится, привыкает игнорировать потребности других людей, делать все, что хочется в данный момент, управляя всеми неблагоприятными последствиями своего поведения с помощью избегания, притворства, соблазна или запугивания окружающих.

Диагноз психопатического типа характера устанавливается тогда, когда можно выявить не менее трех из перечисленных ниже признаков: 1) бессердечное равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии; 2) отчетливая и стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями; 3) неспособность к поддержанию устойчивых отношений при отсутствии затруднений в их установлении; 4) крайне низкая толерантность к фрустрации и низкий порог появления агрессивного поведения, в том числе насилия; 5) отсутствие осознания своей вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного

опыта, в особенности из наказания; 6) выраженная склонность обвинять окружающих или предлагать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом; 7) постоянная раздражительность (Попов, Вид, 2000).

По наблюдению Райха, для таких людей характерно атлетическое сложение, «крайне нехарактерен астенический тип», обычно высокомерное поведение и никогда не подобострастное, они ведут себя либо сдержанно и холодно, либо презрительно и агрессивно.

Лоуэн (Лоуэн, 1996) описывает структуру психопатического характера следующим образом. Сущностью психопатической позиции является отрицание чувств. У психопатической личности Эго, или разум, поворачивается против тела и чувств, особенно сексуальных. Энергия тут вкладывается в мысленный образ человека. Другой особенностью такого характера является стремление к власти и потребность доминировать и контролировать.

У человека психопатического типа тело диспропорционально развито в своей верхней части. Поэтому такой человек кажется надувшимся, что соответствует раздутому образу Эго. Взгляд настороженный или недоверчивый, пристальный, так как люди этого типа постоянно испытывают беспокойство, обусловленное стремлением постоянно сохранять контроль над другими людьми и окружающей обстановкой. Это означает, что умственный аппарат перевозбужден из-за постоянных мыслей о контроле, в том числе и над собой. Голова держится очень крепко (никогда нельзя терять голову), она, в свою очередь, крепко держит тело под своей властью. Существует заметное напряжение и в глазном сегменте тела (глаза и затылочная область). Также сильное мышечное напряжение можно выявить в шейном отделе у основания черепа, в так называемом оральном сегменте.

Обсессивно-компульсивный тип характера. Обсессия – это постоянное повторение нежелательной навязчивой мысли, от которой невозможно избавиться волевым усилием. Компульсия – это повторяющееся навязчивое побуждение к выполнению какого-либо действия или серии действий. Часто серия навязчивых действий носит характер ритуала. Осуществление навязчивого желания позволяет человеку снизить тревогу. Эти феномены присущи и нормальным людям, так что тут иногда трудно провести грань между нормой и патологией.

Выделяют три основных признака обсессивно-компульсивного синдрома (Salzman, 1968):

1. Навязчивые явления не обусловлены никакими рациональными

потребностями.

2. Реализация навязчивого желания в силу его чуждости вызывает дискомфорт или соматические нарушения.

3. Человек понимает нелогичность навязчивых мыслей и поступков, однако не может от них отказаться.

Обсессивной личности свойственны определенные социально ценные черты: старательность, надежность, самоконтроль, честность. С другой стороны, Фрейд, описывая человека с обсессивными симптомами, указывает на обязательное наличие трех черт личности: педантичность, скупость и упрямство. Эту комбинацию он называл «анальным характером».

Выделяют следующие особенности стиля обсессивно-компульсивной личности (McNeil, 1970):

а. когнитивная ригидность – взгляд на жизнь основан на негибких, формальных социальных установках, догматичный стиль мышления;

б. приверженность к напряженной активной деятельности без расслабления и отдыха;

с. неуверенность в принятых решениях, откладывание решений из-за боязни ошибиться;

д. постоянная озабоченность тем, что другие без моего участия не в состоянии выполнить работу надлежащим образом;

е. искажение действительности в форме чрезмерной озабоченности по поводу непредсказуемых событий, например возможной болезни.

При обсессивно-компульсивной структуре личности мысли и работа становятся главным психологическим мотивом жизни на фоне сниженной способности чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, слушать, играть, мечтать, получать удовольствие от произведений искусства, а также заниматься другими видами деятельности, которые в меньшей степени контролируются разумом. При этом можно выделить два подтипа обсессивно-компульсивной структуры: для обсессивной личности наивысшую ценность представляет мышление, а для компульсивной – работа или действие.

Базовый аффективный конфликт обсессивно-компульсивного типа личности это гнев (под контролем), борющийся со страхом (быть осужденным или наказанным). Этот аффект не проявлен, подавлен или рационализирован, слова тут используются, чтобы скрывать чувства, а не чтобы их выражать. Терапевт, спрашивая у обсессивного клиента, что тот чувствует в той или иной ситуации, получает ответ на вопрос, что тот думает.

Ведущей защитой у людей с обсессивной симптоматикой является изоляция. У компульсивных же личностей основной защитный процесс представляет собой уничтожение сделанного. Высокопродуктивные обсессивные личности обычно не используют изоляцию в ее крайних вариантах. Вместо этого они применяют зрелые формы сепарации аффекта от мышления, рационализацию, морализирование, компартиментализацию и интеллектуализацию.

Обсессивные и компульсивные люди озабочены проблемами контроля и нравственными принципами, причем для них характерна тенденция определять нравственные принципы в терминах контроля. Обсессивные люди склонны испытывать беспокойство в те моменты, когда требуется совершить выбор: ситуация, когда акт выбора является особенно значимым, может мгновенно парализовать такого человека. Отчасти такое поведение можно интерпретировать как попытку избежать чувства вины, которая неизбежно следует за совершением действия. Людям компульсивной организации присуща та же проблема, но решают они ее противоположным образом: начинают действие еще до рассмотрения альтернатив. И компульсивное желание действовать, и обсессивное желание избежать деятельности в равной мере ограничивает автономию человека.

И наконец, люди обсессивно-компульсивного типа вместо восприятия аффективно нагруженного целого рассматривают отдельные детали и фрагменты. Пытаясь найти общий смысл какого-то решения или ощущения, понимание которого может усилить чувство вины, они фиксируются на специфических подробностях или подтекстах.

У каждого человека компульсивной организации есть какая-нибудь черта, связанная с нарушением порядка. Так, люди, которые из всех сил стремятся быть непоколебимо честными и ответственными, возможно, борются с более сильными искушениями, чем обычные люди.

В детстве от людей обсессивно-компульсивного типа требовали соблюдать высокие поведенческие стандарты, причем – с раннего возраста. Их родители стремятся проявлять твердость и настойчивость, вознаграждая детей за хорошее поведение и наказывая за проступки. Поэтому у детей формируются защиты, соответствующие педантичным устремлениям родителей, что само по себе не является патологией. Но если родители чрезмерно строги или слишком рано начинают требовать от детей послушания, обвиняют их не только за неприемлемое поведение, но и за соответствующие чувства, мысли, фантазии, тогда обсессивные или компульсивные способы адаптации ребенка могут стать проблемой.

Примечательно, что вопрос контроля находится в центре внимания в

семьях, из которых происходят люди данного типа. Фрейд описывал анальную стадию как этап прототипической борьбы волеизъявлений, а исследователи объектных отношений подчеркивали, что родители, чрезмерно контролирующие туалетные навыки детей, так же строго контролируют и проявления детей на оральной и Эдиповой стадиях развития и позже. Мать, тщательно контролирующая использование горшка, вероятнее всего, будет также и кормить или укладывать ребенка по расписанию. Она же будет подавлять многие формы его двигательной активности, запрещать мастурбацию, настаивать на соблюдении конвенциональных ролей в сфере сексуального поведения, наказывать за свободу выражений и так далее. Отец, запреты которого провоцируют регрессию от Эдиповых отношений к анальным, обычно сдержан в эмоциях по отношению к своему ребенку, строг с ним в то время, когда тот начинает ходить, и авторитарен в его школьные годы.

Современная семья, в которой на первом месте стоит вопрос контроля, формирует у ребенка обсессивные и компульсивные паттерны скорее при помощи чувства стыда, нежели вины. Ребенок получает сообщения типа: «Что про тебя будут думать люди, если ты будешь такая толстая?»; «Другие дети не захотят с тобой играть, если ты будешь так себя вести»; «Ты никогда не поступишь в институт, если не будешь лучше учиться». По многочисленным наблюдениям клиницистов и социологов, такое воспитание сегодня встречается чаще, чем воспитание, основанное на моральных принципах, обращенное к совести. Это изменение следует учитывать при работе с такими расстройствами пищевого поведения, как нервная анорексия или булимия (они, конечно, были известны в начале XX века, но встречались гораздо реже). Традиционные представления Фрейда о компульсивности не позволяют в совершенстве объяснить аноректическую и булимическую компульсивность.

У Райха (1999) данный тип характера описан как характер человека, страдающего обсессивно-компульсивным неврозом. Педантичная приверженность порядку есть типичная черта характера такого человека. Еще одна неизменная черта – бережливость, часто переходящая в скупость. Педантичность, обстоятельность, склонность к мечтательности и бережливость выводятся из одного инстинктивного источника – из анальной эротики. Хотя человек, страдающий навязчивым неврозом, склонен к состраданию и чувству вины, такой характер отнюдь не удобен для окружающих: ведь преувеличенная аккуратность, педантичность и т. д. очень часто содержит в себе стремление удовлетворить враждебность и агрессию. К другим обязательным чертам данного типа характера

относятся нерешительность, сомнение и недоверчивость.

Свойственная клиентам чрезмерная озабоченность правильностью, упорядочиванием, контролем, деталями, опрятностью и стремлением к совершенству сужает возможность приспособиться к несовершенному и непредсказуемому реальному миру. Одним из важных адаптивных механизмов приспособления к неупорядоченной действительности является юмор. Люди данного типа его лишены и обычно серьезны (Попов, Вид, 2000).

Авторитарные и требующие подчинения, они охотно выполняют поручения вышестоящих. У них высокая работоспособность, но лишь в условиях, не требующих гибкости, чтобы приспосабливаться к меняющимся условиям. Они посвящают себя работе в ущерб семье и друзьям. Им не свойственна спонтанность, устойчивый страх совершить ошибку отравляет радость от работы, ведет к постоянным сомнениям и нерешительности.

В отношениях с людьми они ригидны, неспособны к компромиссам и нетерпимы ко всему, что, с их точки зрения, угрожает упорядоченности и совершенству; возникающую при этом тревогу они стараются контролировать с помощью педантичности. Эти особенности позволяют людям данного типа создавать стабильные семьи и хорошо работать, но круг друзей у них узок.

Диагноз обсессивно-компульсивного типа характера устанавливается тогда, когда можно выявить не менее четырех из перечисленных ниже признаков: 1) постоянные сомнения и чрезмерная осторожность; 2) постоянная озабоченность деталями, правилами, порядком, организацией или планами; 3) перфекционизм, стремление к совершенству и связанные с этим многочисленные перепроверки, что нередко мешает завершить выполняемую задачу; 4) чрезмерная добросовестность и скрупулезность; 5) неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб получению удовольствия и межличностным отношениям; 6) чрезмерная педантичность и следование социальным условностям; 7) ригидность и упрямство; 8) необоснованное стремление подчинять других своим привычкам или столь же необоснованное нежелание позволить им что-либо делать по-своему.

Можно предположить, что обсессивно-компульсивный тип описан Лоуэном (2000) как структура ригидного характера. Ригидность происходит из тенденции человека данного типа держаться негибко, с гордостью. Голова поднята высоко, позвоночник – прямой. Это могло бы быть положительной особенностью, но гордость у данного типа защитная, а негибкость неуступчива. Человек с ригидным характером боится

уступить, приравнивая это к подчинению или падению. Он остерегается быть обманутым, использованным или пойманным в ловушку. Его осмотрительность принимает форму сдерживания импульсов, чтобы они не были обнаружены и не проявлялись. Сдерживание также заставляет держать спину прямо, отсюда идет ригидность. Способность сдерживаться основывается на сильной позиции Эго с высокой степенью контроля за поведением. К сожалению, реальность используется как защита от стремления к удовольствию, и это является основным конфликтом данного типа личности.

Основной областью напряжения являются длинные мышцы тела. Зажимы в сгибающих и разгибающих мышцах сочетаются, вызывая ригидность. Тело человека с ригидным характером пропорционально и гармонично. Оно выглядит целостным и связанным. Важной характеристикой тут является живость тела: ясные глаза, хороший цвет кожи, живость жестов и движений. Если ригидность сильна, то положительные аспекты характера, упомянутые выше, менее выражены: ухудшается координация, исчезает грация в движениях, глаза теряют свой блеск, а кожа приобретает бледный или сероватый оттенок.

Последняя группа характеров, которую мы рассмотрим, относится по нашей классификации к генитальным истероидным характерам, которые реализуют стратегию движения «к людям». К ним относятся истерический, маниакально-депрессивный и мазохистский типы характера.

Истерический тип характера. Истерический характер встречается и при отсутствии явных истерических симптомов. Как и в случае с людьми обсессивно-компульсивного типа, не страдающими обсессиями и компульсиями, но функционирующими на основе соответствующих принципов, существуют люди, свободные от симптомов истерии, но с истероидным типом динамики и защит. Данный тип личности чаще наблюдается у женщин, хотя и мужчины тут не являются исключением (Мак-Вильямс, 1999).

Для людей с истерической структурой личности характерен высокий уровень тревоги, напряженности и реактивности, особенно в межличностной сфере. Это сердечные, «энергичные» и интуитивно «человечные» люди, склонные попадать в ситуации, связанные с личными драмами и риском. Из-за высокого уровня тревоги и конфликтов таких людей их эмоциональность может казаться окружающим поверхностной, искусственной и преувеличенной. Истерически организованные люди напряжены, они обладают повышенной чувствительностью и ориентированы на окружающих (Мак-Вильямс, 1998).

Люди с истерической структурой личности используют такие психологические защиты, как подавление (репрессия), сексуализация и регрессия. Им свойственно противофобическое отреагирование вовне, обычно связанное с вымышленной властью и опасностью, исходящей от лиц противоположного пола. Переживания, выносимые для людей другого психологического типа, могут оказаться травматическими для истериков (чрезмерная стимуляция). Поэтому они часто прибегают к механизму диссоциации для уменьшения потока аффективно заряженной информации, с которой приходится иметь дело.

Главное самоощущение истерика – чувство маленького, пугливого и дефективного ребенка, изо всех сил преодолевающего трудности в мире, где доминируют сильные и чужие люди. Часто, стремясь повысить самоуважение, люди с истерической организацией личности берутся за спасение других. Они могут проявлять заботу о своем внутреннем испуганном ребенке посредством такой защиты, как обращение, оказывая помощь другому человеку, которому угрожает опасность

Люди данного типа ищут полноту жизни в том, что видят и ценят другие, в результате чего центром притяжения психики такого человека становится воображаемый образ себя, а не его подлинное Я; этот воображаемый образ диктует поступки индивида, на нем держится его представление о собственной ценности.

Есть основания думать о наличии связи между генетически обусловленной эндоморфией и потребностью в любви к себе у представителей данного типа. Физическая привлекательность встречается у них гораздо чаще, чем у других типов, можно предположить, что данная особенность соблазняет окружающих сама по себе, без какой-либо попытки со стороны ребенка быть соблазненным.

Стержневой поведенческой чертой истерика является привлечение внимания к себе окружающих. Наиболее часто для этого используются общительность, специфическая показная манера поведения, преувеличение эмоциональных реакций и важности собственных мыслей и поступков, манипулирование другими. Последнее обычно включает своеобразные санкции при невнимании окружающих к истерику: вспышки гнева и раздражительности, слезы и обвинения. Прямые и косвенные попытки привлечь к себе внимание всегда сопровождаются отрицанием заинтересованности в чужом внимании, если истерику указывают на это свойство, следует реакция возмущения. Самое непереносимое для истерика – равнодушие со стороны окружающих, в этом случае предпочтительнее даже роль отрицательного героя (Попов, Вид, 2000).

Оба пола подчеркивают свою сексуальную привлекательность, для чего обычно используется поведенческий паттерн флирта, карикатурное подчеркивание своей неотразимости, но не сексуальная агрессивность. При этом нередки сексуальные нарушения: аноргазмия у женщин, импотенция у мужчин. Такое сексуальное поведение истерика – это скорее не удовлетворение полового инстинкта, а в первую очередь подтверждение собственной привлекательности в глазах других; их потребность в таком признании безгранична. Внешняя экстравертированность поведения сопровождается эгоцентричностью, фиксацией на удовлетворении своих потребностей, пренебрежительным отношением к нуждам других людей, что делает эмоционально интенсивные отношения с окружающими в целом поверхностными и нестабильными.

Диагноз истерического типа характера устанавливается тогда, когда можно выявить не менее четырех из перечисленных ниже признаков: 1) показной характер, театральность поведения или преувеличенное выражение чувств; 2) внушаемость, подверженность влиянию окружающих или ситуативных воздействий; 3) поверхностный, лабильный аффект; 4) постоянный поиск возбуждающих переживаний и деятельности, в которых субъект находится в центре внимания; 5) неадекватное подчеркивание своей сексуальности во внешности и манерах поведения; 6) чрезмерная озабоченность своей внешней привлекательностью.

В историях людей данного типа почти всегда встречаются события или отношения, которые демонстрируют различия между мужским и женским полом по их силе и ценности. В типичном случае истерический характер развивается в семье, где маленькая девочка мучительно сознает, что один или оба родителя значительно больше расположены к ее брату (братьям), или чувствует, что родители хотели, чтобы она была мальчиком. Либо же маленькая девочка может заметить, что ее отец и другие члены семьи мужского пола обладают значительно большей властью, чем мать, она сама и ее сестры.

Таким образом, на формирование истерической структуры личности влияет ощущение проблематичности сексуальной идентичности. Некоторые мальчики, выросшие при «матриархате», где принадлежность к мужскому полу вызвала критику (иногда в форме презрительного противопоставления гипотетическому «настоящему мужчине»), развиваются в истерическом направлении, несмотря на традиционное представление о преимуществах мужского пола.

В результате воспитания, которое делает акцент на самых

примитивных культурных стереотипах относительно взаимоотношения полов (мужчины сильны, но нарциссичны и опасны; женщины мягки и радушны, но слабы и беспомощны), у женщины появляется склонность искать безопасность и самоуважение посредством привязанности к мужчинам, которых она считает более сильными. Женщина может использовать для этого свою сексуальность и затем открыть, что интимные отношения с этим человеком не порождают в ней удовлетворительного сексуального ответа. Поскольку воображаемая сила партнера ее ужасает, женщина может также попытаться пробудить нежные стороны мужчины, а затем бессознательно обесценить его как недостаточно мужественного (как мягкого, женоподобного, слабого). Некоторые люди с истерической организацией личности – как мужчины, так и женщины, – таким образом, проходят через повторяющиеся циклы переоценки и разочарования, где сила окрашивается сексуальными тонами, но сексуальное удовлетворение странным образом отсутствует или эфемерно.

Истерический характер отличается фиксацией на генитальной ступени развития. Общей чертой у мужчин и женщин с данным типом характера является их подчеркнутое сексуальное поведение. Скрытая или неприкрытая кокетливость в походке, взгляде, манере речи выдает, прежде всего у женщин, истерический тип характера. У мужчин показательны мягкость, свертливость, а также женственное выражение лица и женственное поведение (Райх, 1999).

В описании Вильгельма Райха истерический характер имеет следующие черты:

- откровенно сексуальное поведение;
- особого рода физическая ловкость;
- неприкрытое кокетство;
- страх и тревожные предчувствия, возникающие на том этапе, когда сексуальное соблазняющее поведение, похоже, уже должно увенчаться успехом;
- легкая возбудимость;
- чрезмерная внушаемость;
- живое воображение и патологическая лживость.

По мнению Лоуэна (1998), специфической чертой истерического характера является покорность с целью завоевать благосклонность и любовь мужчины. Нижняя часть тела от бедер может быть мягкой и податливой, а верхняя – ригидной и тугой.

Чаще всего истерический характер имеет такое телосложение, при котором ригидность всего тела сочетается со вполне подвижным тазом.

Нижняя часть тела от бедер у такого человека может быть мягкой и податливой, а верхняя – ригидной и тугой. Спина жесткая до негибкости, шея напряжена и держит голову прямо. Но гораздо важнее, что зажата передняя часть тела. Именно ригидность грудных и брюшных мышц можно назвать броней. Броня развивается из-за подавления агрессии в детстве. Для истерической структуры типична ригидность тела, в результате чего человек как бы закован в броню. Именно ригидность грудных и брюшных мышц тут можно назвать броней. Понятие брони (или панциря) ввел Райх, описывая состояние, при котором тревожность «сковывает» человека, действуя как защитный механизм, который преследует определенную практическую цель, «с одной стороны, защищая от стимулов внешнего мира, а с другой – от внутренних либидозных стремлений» (Райх, 1999). Броня развивается еще в детстве из-за сдерживания агрессии. Психологически броня есть выражение состояния, когда при нападении человек внутренне сжимается вместо того, чтобы ответить ударом. Никакую броню не удастся снять, не высвободив предварительно подавленный гнев, который сразу же сильным потоком начинает поступать в руки.

При попытке добраться до сердцевины истерического характера, мобилизовать глубоко упрямое чувство любви рано или поздно терапевт наткнется на преграду. Биоэнергетическое исследование показывает, что преграда эта локализуется в шее и челюстях и имеет вид мышечного напряжения, придающего этим областям тела жесткость, зажатость. Это выражение гордости и решимости, кроме того, истерическому характеру свойственно и чувство глубокой обиды. Специфическая для данного типа боязнь упасть проявляется в ригидности ног.

Депрессивный и маниакальный тип характера. Характерологические паттерны маниакально-депрессивной личности задает динамика депрессии. Люди, которых можно отнести к маниакальному типу, характеризуются отрицанием депрессии, они руководствуются жизненными стратегиями, противоположными тем, которые бессознательно используются депрессивными людьми. Но все же основные организующие темы, страхи, конфликты и бессознательные объяснительные конструкторы у людей депрессивного и маниакального типа аналогичны.

Было замечено, что люди в депрессивном состоянии большую часть своего негативного аффекта направляют не на другого, а на самого себя, ненавидя себя вне всякого соотнесения со своими актуальными недостатками. Данное явление описывалось как «направленный вовнутрь

гнев». Депрессивные люди мучительно и долго осознают каждый совершенный ими «грех», игнорируя при этом собственные добрые поступки. Печаль – один из главных аффектов людей, обладающих депрессивной психологией.

Наиболее сильной организующей защитой для данного типа является интроекция. Другой часто наблюдаемый защитный механизм – обращение против себя. Последнее позволяет снизить тревогу, особенно тревогу сепарации (если кто-то считает, что именно его гнев и критицизм вызывают отвержение, он чувствует себя безопаснее, направляя их на себя) и сохраняется ощущение контроля (если «плохость» во мне, я могу ее изменить). Кроме того, используется идеализация.

Люди с депрессивной психологией в глубине считают себя плохими. Они сокрушаются по поводу своей жадности, эгоистичности, тщеславия, гордости, гнева, зависти и страсти. Они считают все эти нормальные аспекты опыта извращенными и опасными, испытывают беспокойство по поводу своей врожденной деструктивности. Они изо всех сил стараются быть «хорошими» и боятся, что их разоблачат и отвергнут как недостойных. Поэтому такие люди очень ранимы. Критицизм их опустошает. В любом сообщении, содержащем хотя бы намек на их недостатки, они различают только негативную часть коммуникации. Депрессивные личности глубоко чувствительны к отвержению и несчастливы в одиночестве. Потерю они переживают как доказательство своих плохих свойств.

В объектных отношениях людей депрессивного типа важнейшую роль играет ранняя или повторяющаяся утрата. Ее не всегда удается выявить и верифицировать на основании фактов (таких, например, как смерть родителя). Она может быть внутренней и психологической (например, ребенок уступает давлению родителя и преждевременно отказывается от зависимого поведения – раньше, чем эмоционально к этому готов).

Формированию депрессивных тенденций способствует и такая семейная атмосфера, где поддерживается негативное отношение к тоске потери (трауру). Когда родители или те, кто заботится о детях, демонстрируют отрицание горя или настаивают, чтобы ребенок разделил семейный миф о том, что без потерянного объекта жизнь останется хорошей, это заставляет ребенка верить в то, что он не чувствует боли, и тогда переживание горя становится скрытым. Оно уходит вглубь и постепенно принимает форму убеждения, что в Я что-то неправильно.

Иногда в семье преобладает представление о том, что открытое переживание горя и другие формы самоподдержки и заботы о себе

являются «эгоизмом», «потаканием своим слабостям» или выражением «жалости к самому себе» – как если бы подобные действия заслуживали презрения. В этом случае родители призывают ребенка не плакать, но взять себя в руки, опираясь на его чувство вины, и это заставляет ребенка скрывать любые уязвимые стороны Я из-за идентификации с критикующим родителем, а также отвергнуть соответствующие аспекты собственной личности.

Наконец, важнейшим фактором развития депрессивной динамики является депрессия у родителей – особенно в ранние годы развития ребенка.

Депрессивные люди проходят через опыт психологически непроработанных потерь и выносят оттуда убеждение: что-то в них самих привело к потере объекта. Тот факт, что их отвергли, трансформируется в бессознательное убеждение, что они заслуживают отвержения, что именно их недостатки вызвали его и в будущем отвержение неизбежно возникнет в тот момент, как значимый другой узнает их поближе. «Плохое случается со мной потому, что я этого заслужил» – такова постоянная скрытая тема переживаний депрессивных пациентов. Тут встречается даже своего рода парадоксальное самоуважение, основанное на грандиозной идее: «Никто не является таким плохим, как я».

Мания – обратная сторона депрессии. Гипоманиакальная личность обладает депрессивной организацией, которая нейтрализуется посредством защитного механизма отрицания. Человека маниакального типа отличают высокая энергия, возбуждение, мобильность, переключаемость и общительность. Когда у людей с маниакальной и гипоманиакальной структурой личности возникает негативный аффект, он проявляется не как печаль или разочарование, а как гнев – иногда в форме внезапного и неконтролируемого проявления ненависти. Психоаналитически ориентированные наблюдатели говорят в этом случае, как и относительно депрессивного характера, об оральной организации (Fenichel, 1945): человек с маниакальной организацией может говорить без остановки, безрассудно пить, кусать ногти, жевать резинку, курить, прикусывать щеки изнутри. Многие из них при выраженности нарушений имеют излишний вес. Несмотря на заметно повышенное настроение, постоянная подвижность свидетельствует об их значительной тревоге.

Основными защитами маниакальных и гипоманиакальных людей являются отрицание и отреагирование. Отрицание проявляется в тенденции игнорировать (или трансформировать в юмор) события, которые расстраивают и тревожат большинство других людей. Маниакальные

индивиды обычно склонны к обесцениванию, этот процесс изоморфичен депрессивной тенденции к идеализации. Они предпочитают все то, что отвлекает от эмоционального страдания.

Главной отличительной чертой данного типа является «недостаток воли и неспособность противостоять давлению со стороны внешнего мира». Такие люди легко меняют «направление жизни» как под давлением обстоятельств, так и под влиянием окружающих. Закономерно, что при их податливом поведении они чувствительны также и к доброму влиянию.

Вероятно, самый известный из синдромов, соответствующий данному типу, – это циклотимия, описанная Кречмером. Диагноз маниакально-депрессивного типа характера устанавливается тогда, когда можно выявить не менее четырех из перечисленных ниже признаков: 1) неспособен принимать решения без множества советов или поддержки со стороны окружающих; 2) позволяет окружающим принимать за себя важные решения типа: где жить, какую работу выбрать; 3) из-за страха быть отвергнутым соглашается с людьми, даже когда считает, что они неправы; 4) ему трудно проявлять инициативу в каких-либо начинаниях или просто действовать в одиночку; 5) он берется за вредную или унижительную работу, чтобы завоевать симпатию окружающих; 6) в одиночестве ощущает дискомфорт или беспомощность, идет на все, чтобы избежать одиночества; 7) ощущает себя опустошенным или беспомощным, если близкие отношения с кем-либо прекращаются; 8) его часто одолевает страх быть покинутым всеми; 9) его легко задеть критикой или неодобрением.

Особенностью этого типа является то, что центр притяжения всех сил зависимой личности находится в окружающих, а не в ней самой. Они изменяют собственное поведение, чтобы угодить тем, от кого они зависят, а стремление к любви приводит к отрицанию тех мыслей и чувств, которые могут не понравиться окружающим.

Для личности данного типа характерно эндоморфное строение тела, и в целом можно сказать, что это самая эндоморфная группа.

Мазохистский тип характера. Мазохизм в понимании психоаналитиков не есть любовь к боли и страданию самим по себе. Человек соответствующего типа терпит боль и страдает в сознательной или бессознательной надежде на некоторое последующее вознаграждение (Мак-Вильямс, 1998). Такие люди считают себя жертвами несправедливости – преследования или несчастной судьбы, проклятыми не по своей вине (например, вследствие «плохой кармы»).

Человек мазохистского типа постоянно попадает в разрушительные для него ситуации, которые влекут за собой болезненные последствия, даже

в тех случаях, когда очевидно, что он мог бы избежать такой ситуации. При этом он отвергает разумные предложения помощи от других. На позитивные события в личной жизни такой человек может реагировать депрессией или ощущением вины. Для людей подобного типа характерны действия, которые вызывают гнев окружающих и заставляют последних уклоняться от общения с ними. Такой человек как бы постоянно избегает возможности получать удовольствие. Он часто пытается оказывать другим услуги, требующие от него исключительного самопожертвования, что вызывает у него чувство гордости собой и повышает самооценку (Наранхо, 1998).

Мазохистская личность использует в качестве защиты интроекцию, ретрофлексию и идеализацию. Кроме того, тут часто используется отреагирование вовне (так как суть мазохизма заключается в саморазрушительных действиях). Моральные мазохисты также используют морализацию, чтобы справиться со своими переживаниями. Часто также используется отрицание. Люди с мазохистской организацией нередко демонстрируют своими словами и поведением, что они страдают или что кто-то с ними плохо обращается, но тем не менее отрицают, что испытывают какой-либо конкретный дискомфорт.

Отличительный признак мазохистской личности – защитное отреагирование вовне, несущее в себе потенциальный ущерб для мазохиста. Такие саморазрушительные действия, как правило с неосознанными мотивами, отражают попытку справиться с ожидаемой неприятной ситуацией. Например, человек убежден, что все авторитетные фигуры рано или поздно из прихоти наказывают тех, кто от них зависит, и находится в хроническом состоянии тревоги по этому поводу. Затем он сам провоцирует наказание, тем самым уменьшая тревогу и вновь обретая уверенность в своем достоинстве: по крайней мере, время и место страдания он выбрал сам.

Мазохистическое отреагирование включает в себя следующие этапы: 1) провокация; 2) умиротворение («Я уже страдаю, поэтому, пожалуйста, воздержитесь от дополнительного наказания»); 3) эксгибиционизм («Смотрите, мне больно»); 4) избегание чувства вины («Смотрите, что вы заставили меня сделать»).

Нередко история пациентов данного типа показывает, что родитель проявлял к ним свои эмоции, только когда наказывал их. Это неизбежно делает боль средством для установления отношений. Специфическая комбинация родительской любви и жестокости также может порождать мазохизм. Ребенок узнает, что страдание является ценой отношений,

особенно если наказание чрезмерно, жестоко или носит садистический характер. А дети жаждут отношений сильнее, чем физической безопасности. Жертвы жестокого обращения в детстве обычно усваивают рационализацию плохого отношения к себе со стороны родителей, потому что ребенку легче вынести побои, чем пренебрежение. Кроме того, в детстве многих людей с мазохистской структурой личности поощряли за то, что они мужественно терпели свои несчастья.

Вильгельм Райх (1999) включил «мазохистский» характер в свою классификацию, выделив тут паттерны страдания и жалоб, установку на самопожертвование и самообесценивание и скрытое бессознательное желание мучить других своими страданиями. Способ достижения морального триумфа через страдание может стать привычным для человека, и тогда появляется личность с мазохистским характером.

Говоря об этом типе, Лоуэн (2000) описывает человека, который страдает и жалуется, но остается покорным. Покорность является основным признаком мазохизма. Мазохистская структура развивается в семье, где любовь и принятие сочетаются с сильным давлением. Доминирующая и жертвенная мать буквально душит ребенка, заставляет его чувствовать сильную вину при любой попытке показать свою независимость или негативное отношение. Отец в таких семьях пассивный и покорный. Мать обращает много внимания на процесс принятия пищи и дефекации: «Будь хорошим мальчиком. Доставь удовольствие маме. Съешь все, что на тарелке... Опорожняяй кишечник... Дай маме посмотреть...» и так далее. Всякое сопротивление ребенка, включая вспышки раздражения, подавляется. У всех людей с мазохистской структурой детство окрашено чувством загнанности, безысходности, которое вызывало реакцию озлобления, сменяющуюся самоуничтожением. Ребенок боролся с глубоким чувством унижения, пытаясь «выпустить его на свободу» в виде рвоты, пачкая предметы, отказываясь от повиновения.

Как уже отмечалось, для мазохистского поведения характерна позиция покорности и угодливости. На сознательном уровне мазохист идентифицируется с попыткой угодить; однако на подсознательном уровне эта позиция отвергается, там царят озлобленность, негативность и враждебность. Эти подавленные чувства необходимо высвободить, прежде чем мазохист сможет свободно реагировать на жизненные ситуации. Однако они заблокированы страхом. Человек противится страху прорыва негативных эмоций с помощью мышечного напряжения.

Типичный человек с мазохистской структурой имеет короткое, широкое, мускулистое тело. По неизвестным причинам тут обычно усилен

рост волос на теле. Характерной особенностью является короткая толстая шея и втянутая в плечи голова. Другой важной характеристикой является подтягивание таза вперед, что можно описать как подобранный и плоский зад. Эта поза собаки, поджавшей хвост. Такое положение таза наряду с давлением напряжения сверху является причиной сгибания или резкого ослабления туловища в области талии. У некоторых женщин можно видеть сочетание проявлений ригидности в верхней половине тела и мазохизма в нижней половине: тяжелые ягодицы и бедра с подтянутым тазом.

Из-за мощного сдерживания проявления агрессии достаточно редки. Подобным же образом ограничено самоутверждение. Вместо него присутствуют нытье и жалобы. Нытье является единственным звуковым выражением, которое легко проходит через пережатое горло. Вместо агрессии наблюдается провоцирующее поведение, которое вызывает сильную реакцию другого человека, сильную настолько, чтобы дать возможность мазохисту реагировать всплывчиво и несдержанно. Застой энергии из-за сильного сдерживания ведет к ощущению, что человек «увяз в болоте», не может двигаться свободно.

Мазохист боится протянуть руку или ногу или вытянуть шею из-за страха, что они (как и гениталии) будут отрезаны или он отделится от них. Этому характеру присуща выраженная тревога кастрации. Она отражает страх быть отрезанным от отношений с родителями, которые давали свою любовь, но только на определенных условиях. Можно сказать, что истоки мазохизма лежат в неразрешенной проблеме зависимости и в страхе оказаться в одиночестве.

Представление о себе мазохистской личности может быть следующим: «Я недостойный, виноватый, отверженный, заслуживающий наказания». Этому типу в быту окружающие приписывают комплекс неполноценности. Его основная черта – интровертированность, основанная на заниженной самооценке. Мазохистская личность не является асоциальной и испытывает большую нужду в социальных контактах, для участия в которых ей необходимы нереалистично надежные гарантии безусловного положительного и некритического принятия со стороны окружающих. Малейшее отклонение в поведении окружающих от идеализированного образа отношений воспринимается как унижающее отвержение. Страх отвержения формирует специфический рисунок коммуникативного поведения: это скованность, неестественность, неуверенность, чрезмерная скромность, униженная просительность или демонстративное избегание (Попов, Вид, 2000).

Люди этого типа обычно искаженно воспринимают отношение к себе,

преувеличивая его негативный аспект. Тем не менее, вследствие низкого уровня коммуникативных навыков, объективная неловкость в социальных ситуациях может вызывать такие реакции окружающих на поведение мазохиста, которые подтвердят его мрачные предположения. Мазохист преувеличивает не только негативное отношение окружающих, но и вообще уровень риска и опасности в повседневной жизни. Ему трудно говорить на публике или просто обратиться к кому-то. Люди данного типа не достигают ответственных постов, оставаясь малозаметными, всегда готовыми услужить другим. Дружеские, доверительные отношения с кем-либо иногда полностью отсутствуют.

Диагноз мазохистского типа характера устанавливается тогда, когда можно выявить не менее четырех из перечисленных ниже признаков: 1) стойкое, глобальное чувство напряженности и озабоченности; 2) убежденность в своей социальной неловкости, непривлекательности или малой ценности по сравнению с другими; 3) повышенная озабоченность критикой; 4) нежелание вступать во взаимоотношения, если нет гарантии понравиться; 5) «суженный» стиль жизни из-за потребности в физической безопасности; 6) уклонение от профессиональной или социальной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, из страха критики, неодобрения или отвержения.

Все рассмотренные в настоящей главе классификации представлены в сводной таблице 2.5.

2.3. Психологические тесты в психосоматической практике

Практика психотерапии всегда ставит перед психологом вопросы: «Какими методами и как провести быструю объективную диагностику? Насколько валидны те или иные тесты?» Временные рамки психотерапевтической сессии, сложность проблематики требуют поиска диагностических экспресс-методов, позволяющих выявить у клиента доминирующие нарушения и подобрать реальные по времени и технике приемы их коррекции. Какому методу следует отдать предпочтение? По-видимому, это зависит от направления психотерапевтической школы в контексте конкретной формы терапии, от информированности самого терапевта, его привязанности к тем или иным научным доктринам и уровня его практических знаний и опыта. Так, популярность тестовых «опросников» среди психологов определяется их доступностью для любого уровня профессиональной подготовленности, возможностью их компьютеризации и однозначностью оценок тестовых ключей. Проективные тесты, напротив, предполагают большую изобретательность при обработке данных, требуют больше времени для проведения анализа и не имеют строго выверенных ответов. Все зависит от уровня знаний и интуиции исследователя, его характера и стиля проведения тестирования, способности принять на себя ответственность при оценке материала (Никитин, 1998).

Автор	Классификации типов		
	I	II	III
Гиппократ/ Гален	меланхолик	флегматик холерик	сангвиник
И. П. Пав- лов	слабый	сильный, уравнове- шенный, инертный	сильный, неуравнове- шенный
Э. Кречмер	астеник шизоид шизотимик	атлетик эпилептоид иксотимик	пикник истероид циклотимик
У. Шелдон	церебротоник экторморфный	соматотоник мезоморфный	висцеротоник эндоморфный
З. Фрейд	оральный	анальный	фаллический
К. Хорни	«от людей»	«против людей»	«к людям»

Л. Собчик	интроверт- ный	сенси- тивный	тревожный	ригидный	агрессив- ный	спонтан- ный	экстраверт- ный	эмотивный
А. Кроник, Р. Ахмеров	аскетизм, минимизация потребностей, самоограничение			созерцание, минимизация сложности, познание мира	деятель- ность, мак- симизация способно- стей, само- совершенство	гедонизм, максимизация полезности, пользование миром		
К. Г. Юнг, А. Аугусти- навичюте	INTJ (Робес- пьер) ENTJ (Джек)	ISTJ (Максим) ESTJ (Штир- лиц)	INTP (Бальзак) ENTP (Дон-Ки- хот)	ISFJ (Драй- зер) ESFJ (Гюго)	ISFP (Дюма) ESFP (Наполеон)	INFJ (Достоев- ский) ENFJ (Гамлет)	ISTP (Габен) ESTP (Жуков)	INFP (Есенин) ENFP (Гексли)
Н. Мак- Вильямс К. Наранхо Ю. Попов, В. Вид	шизоидный	нарцисси- ческий	параноид- ный	обсессивно- компульсив- ный	психопати- ческий	истерич- еский	маниакально- депрессив- ный	мазохистский
В. Райх А. Лоуэн	шизоидный	оральный	—	ригидный	психопати- ческий	истериче- ский	—	мазохистский

Психологические тесты — это стандартизованные психодиагностические методы, предназначенные для изучения и оценки (как количественной, так и качественной) своеобразных свойств личности в ее переживаниях и поведении. В принципе эти тесты не дают принципиально новой информации по сравнению с той, которую можно получить в диагностической беседе с пациентом. Ценность психологических тестов заключается в том, что с их помощью можно получить объективную оценку состояния пациента, независимую от субъективных мнений исследователей. Это достигается путем высокой стандартизации в проведении и оценке теста.

При выборе комплекса тестовых методик для исследования пациентов с психосоматическими жалобами нужно опираться на следующие принципы:

- Относительная простота применяемых методик.
- Быстрота их проведения.
- Полнота изучения исследуемого явления.
- Взаимная дополняемость применяемых методик.
- Высокая суммарная валидность.

Достаточная чувствительность к признакам изучаемого явления у здоровых и больных, а также к динамике изменения показателей в процессе лечения.

Психологические тесты могут дополнить общую диагностику, но не заменить ее. В индивидуальной клинической диагностике они имеют вспомогательное значение. Роль тестирования в психосоматических

исследованиях возрастает, когда они применяются среди большого количества пациентов, так как там используются систематические и сопоставимые для всех пациентов данные.

В настоящем справочнике приводятся в первую очередь тесты для диагностики проблем, связанных с нарушениями пищевого поведения и избыточным весом. Они разделены на три категории: диагностика пищевого поведения, диагностика свойств личности и диагностика отношения к своему телу. Предлагаемые в настоящем справочнике методики не требуют сложного технического оснащения и длительной обработки результатов, они просты и доступны.

2.3.1. Исследование пищевого поведения

Тесты и опросники, приведенные в данном разделе, направлены на выявление у пациентов различных форм нарушений пищевого поведения: нервной анорексии, нервной булимии и компульсивного переедания, а также таких его форм, как эмоциогенное, ограничительное и экстернальное пищевое поведение.

Голландский опросник пищевого поведения DEBQ

Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) был разработан в 1986 году голландскими психологами на базе факультета питания человека и факультета социальной психологии Сельскохозяйственного университета (Нидерланды) для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения (Van Strien et al., 1986). В опросник входят 33 вопроса, каждый из которых имеет 5 вариантов ответа: «никогда», «редко», «иногда», «часто» и «очень часто», которые впоследствии оцениваются по шкале от 1 до 5, за исключением 31-го пункта, имеющего обратные значения. Для подсчета баллов по каждой шкале нужно сложить значения ответов по каждому пункту и разделить получившуюся сумму на количество вопросов по данной шкале.

Первые 10 вопросов представляют шкалу ограничительного пищевого поведения, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании.

Следующие 13 вопросов представляют шкалу эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния. При этом 9 пунктов шкалы касаются определенных эмоциональных состояний, таких как раздражение, подавленность (растерянность), гнев, ожидание неприятности, тревога (беспокойство, напряжение), ощущение того, что все плохо, испуг,

разочарование, эмоциональное потрясение (расстройство) и 4 пункта – состояний со смешанными эмоциями: когда нечего делать, одиночества, когда кто-то подводит, скуки или возбуждения.

Остальные 10 вопросов касаются экстернального пищевого поведения, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

В одном исследовании (Van Strein T. et al., 1986) в группе неполных женщин средние значения показателей ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения соответствовали 2,43, 2,03 и 2,68 балла. В исследовании Вознесенской Т. Г. и Рыльцовой Г. А. (1994) при обследовании 140 здоровых женщин, жительниц Москвы, были получены следующие средние показатели типов пищевого поведения: ограничительное – 2,41, эмоциогенное – 1,88, экстернальное – 3,22 балла.

Проведенное сотрудниками Эндокринологического центра (г. Москва) исследование 108 больных первичным ожирением выявило, что у больных с нарушенным пищевым поведением значения выше по всем трем шкалам. При этом колебания уровня экстернального пищевого поведения наблюдаются в пределах от 3,4 до 3,6, эмоциогенного пищевого поведения – от 2,6 до 3,3, ограничительного пищевого поведения – от 2,7 до 3,2.

Следует иметь в виду, что ряд больных может вольно или невольно давать неверные ответы, в связи с чем их необходимо анализировать параллельно с дневником питания. Для оценки происходящего в процессе лечения количественного и качественного изменения пищевого поведения опросники рекомендуется использовать повторно. Если уровни эмоциогенного и экстернального пищевого поведения значительно снижаются, а ограничительного пищевого поведения – несколько возрастают и при этом наблюдается снижение массы тела, то подобная динамика свидетельствует о выработке более правильных пищевых стереотипов.

ИНСТРУКЦИЯ: Перед Вами ряд вопросов, касающихся Вашего поведения, связанного с приемом пищи. Ответьте на них одним из пяти возможных ответов: «никогда», «редко», «иногда», «часто» и «очень часто», поставив галочку в соответствующем столбце на бланке теста.

№	Вопросы	никогда	редко	иногда	часто	очень часто
1.	Если Ваш вес начинает нарастать, едите ли Вы меньше обычного?					

№	Вопросы	никогда	редко	иногда	часто	очень часто
2.	Стараетесь ли Вы есть меньше, чем Вам хотелось бы, во время обычного приема пищи (завтрак, обед, ужин)?					
3.	Часто ли Вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о Вашем весе?					
4.	Аккуратно ли Вы контролируете количество съеденного?					
5.	Выбираете ли Вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?					
6.	Если Вы переели, будете ли Вы на следующий день есть меньше?					
7.	Стараетесь ли Вы есть меньше, чтобы не поправиться?					
8.	Часто ли Вы стараетесь не есть между обычными приемами пищи из-за того, что следите за своим весом?					
9.	Часто ли Вы стараетесь не есть вечерами, потому что следите за своим весом?					
10.	Имеет ли значение Ваш вес, когда Вы что-либо едите?					
11.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы раздражены?					
12.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам нечего делать?					

№	Вопросы	никогда	редко	иногда	часто	очень часто
13.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы подавлены или обескуражены?					
14.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам одиноко?					
15.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вас кто-то подвел?					
16.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам что-либо препятствует, встает на Вашем пути, или нарушаются Ваши планы, либо что-то не удастся?					
17.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы почувствуете какую-нибудь неприятность?					
18.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы встревожены, озабочены или напряжены?					
19.	Возникает ли у Вас желание есть, когда «все не так», «все валится из рук»?					
20.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы испуганы?					
21.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы разочарованы, когда разрушены Ваши надежды?					
22.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы взволнованы, расстроены?					
23.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы скучаете, утомлены, беспокойны?					

№	Вопросы	никогда	редко	иногда	часто	очень часто
24.	Едите ли Вы больше, чем обычно, когда еда вкусная?					
25.	Если еда хорошо выглядит и хорошо пахнет, едите ли Вы больше обычного?					
26.	Если Вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, появляется ли у Вас желание есть?					
27.	Если у Вас есть что-то вкусное, съедите ли Вы это немедленно?					
28.	Если Вы проходите мимо булочной (кондитерской), хочется ли Вам купить что-то вкусное?					
29.	Если Вы проходите мимо закусочной или кафе, хочется ли Вам купить что-нибудь вкусное?					
30.	Когда Вы видите, как едят другие, появляется ли у Вас желание есть?					
31.	Можете ли Вы остановиться, если едите что-то вкусное?					
32.	Едите ли Вы больше, чем обычно, в компании (когда едят другие)?					
33.	Когда Вы готовите пищу, часто ли пробуете ее?					

Опросник пищевого поведения

Данный опросник позволяет выявить ограничительное пищевое поведение, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании, эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния, и экстернального пищевого поведения, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу (Grunert, 1989).

ИНСТРУКЦИЯ: ответьте, пожалуйста, согласны ли Вы («да») или не согласны («нет») со следующими утверждениями.

1.	В О	Если все вокруг складывается не очень хорошо, я чувствую, что лучше всего мне что-нибудь поесть.	Да	Нет
2.	Э О	Если я прохожу мимо закусочной или кафе, то мне хочется купить себе что-нибудь вкусное.	Да	Нет
3.	Э О	Если какая-нибудь еда привлекательно выглядит или очень хорошо пахнет, то я съедаю ее больше, чем обычно.	Да	Нет
4.	В О	Если я раздражена, то у меня возникает желание что-нибудь пожевать.	Да	Нет
5.	О Г	Я все время сдерживаю себя, чтобы не есть между основными приемами пищи, так как я слежу за своим весом.	Да	Нет
6.	В О	Когда я расстроена или в душевном упадке, мне помогает, если я что-нибудь съем.	Да	Нет
7.	О Г	Если я чувствую, что стала поправляться, то начинаю есть меньше, чем обычно.	Да	Нет
8.	В О	Если я ничем не занята, то готова все время что-нибудь кушать.	Да	Нет
9.	В О	У меня появляется желание поесть, если мне скучно или нет никаких дел.	Да	Нет
10.	О Г	Я всегда думаю о своем весе при выборе того, что бы поесть.	Да	Нет
11.	В О	У меня всегда появляется желание что-нибудь съесть, если со мной случается что-то неприятное.	Да	Нет
12.	О Г	Всегда во время еды я стараюсь есть меньше, чем хочется.	Да	Нет
13.	О Г	Я сознательно ем меньше, чем хотелось бы, чтобы не поправляться.	Да	Нет

14.	В О	Если я чем-то обеспокоена, озабочена или напряжена, то мне хочется что-нибудь поесть.	Да	Нет
15.	О Г	Я стараюсь есть продукты с малой калорийностью.	Да	Нет
16.	Э О	Если я прохожу мимо булочной, то мне хочется купить себе что-нибудь вкусное.	Да	Нет
17.	В О	Если я чувствую себя сердитой, то стараюсь что-нибудь поесть.	Да	Нет
18.	Э О	Я не могу устоять, чтобы не съесть что-нибудь вкусное.	Да	Нет
19.	О Г	Я строго слежу за тем, какую пищу я принимаю.	Да	Нет
20.	Э О	Если я готовлю пищу, то не могу удержаться, чтобы тут же ее не съесть.	Да	Нет
21.	О Г	Я часто не ужинаю (или не обедаю) из-за того, что слежу за своим весом.	Да	Нет
22.	В О	Если я чувствую себя одиноко, то предпочитаю что-нибудь поесть.	Да	Нет
23.	Э О	Если я вижу, как едят другие, мне тоже хочется что-нибудь скушать.	Да	Нет
24.	О Г	Я часто отказываюсь от еды или напитков, так как озабочена своим весом.	Да	Нет
25.	Э О	Если какое-либо блюдо мне очень нравится, то я ем его больше, чем обычно.	Да	Нет
26.	Э О	Если я вижу что-нибудь вкусное или чувствую приятный запах еды, то готова тут же приступить к еде.	Да	Нет
27.	О Г	Если случается, что я слишком сильно наемся, то на следующий день я стараюсь съесть меньше обычного.	Да	Нет
28.	Э О	Если я могу съесть что-нибудь вкусное, то я съедаю его тут же, без долгих раздумий.	Да	Нет
29.	Э О	Я съедаю больше, чем обычно, если вижу, как едят другие.	Да	Нет
30.	В О	Если я чувствую себя разочарованной, то мне помогает, если я что-нибудь скушаю.	Да	Нет

Обработка результатов проводится путем простого суммирования количества ответов «да» по каждой из шкал.

Шкалы:

ВО – внешнее обусловленное потребление пищи, игнорирование внутренних сигналов.

ОГ – ограничение в пище, биологически обусловленный уровень насыщения.

ЭО – эмоциональная обусловленность потребления пищи.

Диагностическая шкала нарушений питания:

краткий опросник для выявления анорексии, булимии и компульсивного переедания (EDDS)

Диагностическая шкала EDDS (The Eating Disorder Diagnostic Scale) (Stice et al., 2000) разработана для выявления у пациента признаков нервной анорексии, нервной булимии и компульсивного переедания.

Алгоритм вычисления диагноза нарушения питания

Нервная анорексия

В соответствии с DSM-IV диагноз нервной анорексии ставится в случае, если на основе ответов пациента выясняется, что:

А. значение индекс массы тела ($BMI = \text{кг/м}^2$) составляет менее 17,5 (подсчитывается на основании данных о росте и весе по пунктам 19 и 20 EDDS);

Б. уровень страха набрать вес или стать толстой составляет 4 и более баллов (пункт 2 EDDS);

В. существует чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку (4 и более баллов по любому из пунктов 3 или 4 EDDS);

Д. наличие аменореи у женщин после наступления менархе (3 и более баллов пункту 21 EDDS).

После подсчета по EDE алгоритму, если ответы пациента соответствуют первому и четвертому критериям, представленным выше, нет необходимости, чтобы ответы соответствовали также второму и третьему критериям. Далее, поскольку оральные противозачаточные средства могут приводить к регулярным ежемесячным менструальным циклам, пациентки, которые используют оральные противозачаточные средства и ответы которых соответствуют критерию сниженного веса, также относятся к страдающим аменореей. Этот подход также используется в EDE.

Нервная булимия

В соответствии с DSM-IV диагноз нервной булимии ставится в случае, если ответы пациента показывают:

А. наличие регулярных эпизодов переедания, характеризующихся осознаваемой потерей контроля над приемом пищи и потреблением большого количества еды (соответствует ответу «да» по пункту 5, ответу «да» по пункту 6 и более чем 2 баллам по пункту 8 EDDS);

Б. наличие постоянного компенсаторного поведения (сумма баллов по пунктам 15, 16, 17 и 18 EDDS – 8 и более баллов);

В. чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку (4 и более баллов по любому из пунктов 3 или 4 EDDS);

Компульсивное переедание

В соответствии с DSM-IV диагноз компульсивного переедания ставится, если ответы пациента показывают:

А. наличие регулярных эпизодов переедания, характеризующихся осознаваемой потерей контроля над процессом приема пищи и потреблением большого количества еды (соответствует ответу «да» по пункту 5, ответу «да» по пункту 6 и более чем 2 баллам по пункту 7 EDDS);

Б. наличие хотя бы трех особенностей, ассоциирующихся с компульсивным перееданием, что соответствует ответам «да» на по крайней мере три пункта из 9, 10, 11, 12 и 13 EDDS;

В. ощущение неблагополучия относительно переедания, что соответствует ответу «да» по пункту 14 EDDS.

Д. отсутствие любого типа компенсаторного поведения, что соответствует 0 баллов при ответах на пункты 15, 16, 17 и 18 EDDS.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ШКАЛА НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ

ИНСТРУКЦИЯ: Пожалуйста, аккуратно ответьте на все вопросы.

В течение последних 3 месяцев...

1. Вы чувствовали себя толстым? 0 1 2 3 4 5 6

2. Был ли у Вас определенный страх, что Вы можете набрать вес или стать толстым? 0 1 2 3 4 5 6

3. Влиял ли Ваш вес на Вашу оценку себя как человека? 0 1 2 3 4 5 6

4. Влияла ли форма Вашего тела на Вашу оценку себе как человека?
0 1 2 3 4 5 6

ПРИМЕЧАНИЕ: ответ 0 означает «нисколько», ответ 6 – «чрезвычайно».

5. В течение предыдущих 6 месяцев случалось ли так, что Вы чувствовали, что съели такое количество еды, которое другие люди в данных обстоятельствах сочли бы чрезмерным (например, пачка мороженого)? ДА НЕТ

6. В ситуациях, когда Вы едите чрезмерное количество еды, чувствуете ли Вы, что теряете контроль над процессом (чувствуете, что Вы не можете прекратить есть или контролировать, что или сколько Вы ели)? ДА НЕТ

7. Сколько дней в неделю в среднем за последние 6 месяцев Вы съедали необычно большое количество еды и чувствовали при этом, что теряете контроль над собой? 0 1 2 3 4 5 6 7

8. Сколько дней в неделю в среднем за последние 3 месяца Вы съедали необычно большое количество еды и чувствовали при этом, что теряете контроль над собой? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Во время этих эпизодов переедания и потери контроля Вы...

9. Ели намного быстрее, чем обычно? ДА НЕТ

10. Ели до тех пор, пока не начинали чувствовать неприятное переполнение желудка? ДА НЕТ

11. Ели большое количество пищи даже тогда, когда не чувствовали физического голода? ДА НЕТ

12. Ели в одиночестве, потому что были обеспокоены тем, сколько Вы ели? ДА НЕТ

13. Чувствовали отвращение к себе, угнетенность или вину после переедания? ДА НЕТ

14. Чувствовали себя очень расстроенным по поводу неконтролируемого переедания или соответствующего увеличения веса? ДА НЕТ

15. Сколько раз в неделю в среднем за последние 3 месяца Вы вызывали у себя рвоту, чтобы предотвратить увеличение веса или нейтрализовать последствия переедания? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

16. Сколько раз в неделю в среднем за последние 3 месяца Вы использовали слабительные или мочегонные средства, чтобы предотвратить увеличение веса или нейтрализовать последствия переедания? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

17. Сколько раз в неделю в среднем за последние 3 месяца Вы соблюдали диету (пропустили по крайней мере 2 приема пищи подряд), чтобы предотвратить увеличение веса или нейтрализовать последствия переедания? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

18. Сколько раз в неделю в среднем за последние 3 месяца Вы интенсивно занимались спортом для того, чтобы нейтрализовать последствия переедания? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

19. Сколько Вы весите? Если не уверены, пожалуйста, дайте Вашу приблизительную оценку _____ кг

20. Какой у Вас рост _____ м _____ см

21. (Для женщин) Сколько менструаций Вы пропустили за последние 3 месяца? 1 2 3 4

22. (Для женщин) Принимали ли Вы противозачаточные пилюли в течение прошлых 3 месяцев? ДА НЕТ

Опросник для исследования пищевого поведения (ЕАТ-26)

ЕАТ-26 является одной из наиболее широко используемых стандартизированных методик измерения симптомов нарушений пищевого поведения (Garner, Garfinkel, 1997; Garner, et al., 1983). Следует учитывать, что ЕАТ-26 не предназначен для постановки диагноза нарушения питания. Также ни ЕАТ-26, ни любой другой скрининговый метод не являются

достаточно эффективными средствами для выявления нарушений питания. Однако исследования показали, что EAT-26 может быть эффективным скрининговым методом как часть процесса исследования, состоящего из двух стадий, где пациент, который набирает 20 или более баллов, должен пройти дополнительное диагностическое собеседование.

ИНСТРУКЦИЯ. Пожалуйста, поставьте по одной галочке в соответствующей ячейке для каждого из следующих утверждений:

Утверждение		Всегда	Обычно	Часто	Иногда	Редко	Никогда	Счет (не заполняется)
1.	Меня ужасает мысль о собственном лишнем весе							
2.	Я избегаю есть, даже когда голоден (голодна)							
3.	Я обнаружил(а), что поглощен(а) мыслями о еде							
4.	Я много ем и чувствую, что не могу вовремя остановиться							
5.	Я режу свою еду на маленькие кусочки							
6.	Я знаю, сколько калорий содержит еда, которую я ем							

Утверждение		Всегда	Обычно	Часто	Иногда	Редко	Никогда	Счет (не заполняется)
7.	Я особенно избегаю еды с высоким содержанием углеводов (хлеб, рис, картофель и т. д)							
8.	Я чувствую, что другие люди предпочли бы, чтобы я ел(а) больше							
9.	Меня тошнит после еды							
10.	Я чувствую себя очень виноватым (виноватой) после еды							
11.	Я озабочен(а) желанием быть стройнее							
12.	Я думаю о сжигании калорий во время занятий спортом							
13.	Другие люди думают, что я слишком худой (худая)							
14.	Я озабочен(а) мыслью о том, что на моем теле есть жировые отложения							
15.	Я ем дольше, чем другие люди							
16.	Я избегаю пищевых продуктов, в которых содержится сахар							
17.	Я ем диетическую еду							
18.	Я чувствую, что еда контролирует мою жизнь							
19.	Я демонстрирую контроль в отношении еды							
20.	Я чувствую, что другие люди заставляют меня есть							

Утверждение		Всегда	Обычно	Часто	Иногда	Редко	Никогда	Счет (не заполняется)
21.	Я посвящаю слишком много времени мыслям о еде							
22.	Я чувствую себя неприятно после того, как поем сладостей							
23.	Я соблюдаю диету							
24.	Я люблю, чтобы мой желудок был пустым							
25.	У меня возникает позыв к рвоте после еды							
26.	Я люблю пробовать новые дорогие пищевые продукты							

Подсчет баллов

по опроснику пищевого поведения (ЕАТ-26)

Ответы за каждый пункт оцениваются от 0 до 3 баллов по следующей схеме.

За все пункты, кроме 26-го, каждый из ответов получает такие числовые значения:

Всегда = 3

Обычно = 2

Часто = 1

Иногда = 0

Редко = 0

Никогда = 0

Относительно пункта 26 ответы получают такие значения:

Всегда = 0

Обычно = 0

Часто = 0

Иногда = 1

Редко = 2

Никогда = 3

После подсчета баллов по каждому пункту записывается их общее число. **Общее число ЕАТ** _____

Шкалы и ключи	Результат
1. Шкала диеты: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25	
2. Шкала булимии и пищевой озабоченности: 3, 4, 9, 18, 21, 26	
3. Шкала орального контроля (контроля приема пищи): 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20	

Чтобы определить сумму баллов по шкалам, сложите значения по приведенным вопросам по каждой шкале.

Критерии опросника, в том числе по шкалам.

Шкалы и ключи	Критерий
1. Шкала диеты: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25	10
2. Шкала булимии и пищевой озабоченности: 3, 4, 9, 18, 21, 26	5
3. Шкала орального контроля (контроля приема пищи): 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20	5
Общее число EAT	20

Если общий счет более 20 (по шкалам 5 и 10), рекомендуется обследовать пациента на предмет нарушений пищевого поведения.

Анкета «Пищевое поведение»

Анкета содержит 22 вопроса, на которые испытуемому предлагается ответить утвердительно или отрицательно (Савчикова, 2005). Вопросы 1, 2, 3, 5, 6, 10, 11 являются упрощенными вариантами пунктов опросника «Questionnaire of Eating and Weight Patterns» (Nangle D.W. et al., 1993), основанного на диагностических критериях компульсивного переедания, предложенных DSM-IV. Вопрос 11 касается очистительного поведения. Вопросы 12, 13 выбраны из «опросника к ожирению», предложенного Н. Пезешкианом (1996). Вопрос 7 касается ночной еды, вопросы 13 и 14-й – эмоциогенного пищевого поведения, вопросы 8, 9 и 15-й связаны с озабоченностью проблемами питания и похудения, вопросы 16-22-й касаются семейного воспитания в сфере пищевого поведения.

В настоящем исследовании пункты 1, 2, 3, 5, 6, 10 анкеты «Пищевое поведение» относятся к шкале «Переедание». Соответственно, результаты по данной шкале колеблются в диапазоне от 0 до 6 баллов.

ИНСТРУКЦИЯ: Ответьте утвердительно или отрицательно на предложенные вопросы.

1. Часто ли Вы ощущаете влечение поесть, не испытывая чувства голода?	Да	Нет
2. Часто ли бывает, что Вы съедаете чрезмерное количество пищи, чувствуя, что не можете остановиться и контролировать, что и в каком количестве Вы едите?	Да	Нет
3. Часто ли Вы наедаетесь до чувства дискомфорта от переполненности желудка?	Да	Нет
4. Едите ли Вы порой даже то, что не любите, не будучи при этом голодной?	Да	Нет
5. Часто ли Вы съедаете большое количество еды в течение дня вне запланированного времени приема пищи?	Да	Нет
6. Охватывают ли Вас угрызения совести и чувство вины, когда Вы съедаете больше положенного?	Да	Нет
7. Бывает ли, что Вы едите тайком, по ночам?	Да	Нет
8. Часто ли Вы воспринимаете события и ситуации из своей жизни в зависимости от того, будете ли Вы в связи с ними есть или нет?	Да	Нет
9. Преследуют ли Вас навязчивые мысли о еде либо о том, как бы не съесть чего лишнего?	Да	Нет

10. Часто ли Вы едите одна из-за обеспокоенности или смущения по поводу количества съедаемого?	Да	Нет
11. За последние три месяца случалось ли Вам более 2 раз в неделю вызывать у себя рвоту, пользоваться клизмами, слабительными, мочегонными или другими лекарственными средствами для того, чтобы избежать набора веса после переизбытка? Если да, то как часто в среднем это происходит?	Да	Нет
12. Едите ли Вы на людях так же, как и другие, так как Вам стыдно просить то, что Вы больше любите?	Да	Нет
13. Возникает ли во время еды «стихание» потребностей и «отодвигание» чувства неудовольствия?	Да	Нет
14. Пытаетесь ли Вы с помощью еды отвлекать себя от житейских, социальных, профессиональных и др. проблем: отношений с близкими, неприятностей на работе, конфликтов с кем-то из окружающих?	Да	Нет
15. Случалось ли Вам «откладывать» осуществление своих жизненных планов под девизом «надо сначала похудеть»?	Да	Нет
16. Съедаете ли Вы все, что есть на Вашей тарелке или столе, не потому, что Вы голодны, а потому что так Вас приучили с детства?	Да	Нет
17. Считаете ли Вы, что «все, что попало на стол, должно быть съедено», что нужно съедать все, «чтобы тарелка была чистой»?	Да	Нет
18. Были ли в Вашей родительской семье любители есть вкусно и обильно, угощать других, существовал ли там культ еды?	Да	Нет
19. Заставляли ли Вас съедать всю порцию под угрозой наказания? Поощряли ли за чисто вылизанную тарелку?	Да	Нет
20. Придавалось ли в Вашем родительском доме большое значение вкусной и полноценной пище?	Да	Нет
21. Баловали ли Вас в детстве едой во время болезни?	Да	Нет
22. Лишали ли Вас в детстве еды в наказание за что-либо?	Да	Нет

2.3.2. Исследование свойств личности

Тесты и опросники данного раздела предназначены для выявления свойств личности, которые могут способствовать развитию нарушений пищевого поведения и, как следствие, появлению ожирения.

Структурный профиль BASIC ID (Лазарус, 2001)

У человека обычно доминирует какая-то модальность реагирования, поэтому можно говорить о «имагинативном типе реагирования», «когнитивном типе реагирования» или «сенсорном типе реагирования». Оценка типа реагирования позволяет выбрать адекватные техники терапии,

при которых работа направлена на определенные модальности.

Структурный профиль позволяет произвести количественную оценку с помощью простой оценочной шкалы.

Структурный профиль

ИНСТРУКЦИЯ: Здесь семь оценочных шкал для исследования различных склонностей людей. Используйте оценку от 1 до 7 (7 – высокая степень проявления – то, что характерно для Вас; 1 означает, что это Вам абсолютно не свойственно). Пожалуйста, оцените себя в каждой из семи областей.

Поведение	Некоторых людей можно назвать «деятелями» — они настроены на действие, им нравится быть занятыми, им нравится что-то делать, участвовать в различных проектах. Насколько Вы являетесь деятелем?	1 2 3 4 5 6 7
Эмоции	Некоторые люди очень эмоциональны, независимо от того, проявляют они это или нет. Насколько Вы эмоциональны? Насколько глубоко Вы все ощущаете? Насколько Вы вспыльчивы?	1 2 3 4 5 6 7
Физические ощущения	Некоторые люди придают большое значение сенсорным переживаниям, таким как секс, еда, музыка, искусство и пр. Другие очень чувствительны к малейшим болям, недомоганиям и ощущениям дискомфорта. Насколько Вы «погружены» в свои чувства?	1 2 3 4 5 6 7
Представления	Как часто Вы фантазируете и мечтаете (это отличается от планирования или размышлений)? Это «размышление в образах», картинки реальных или воображаемых событий либо Вы позволяете своим мыслям блуждать? Насколько Вы погружены в воображение?	1 2 3 4 5 6 7
Мысли	Некоторые люди отличаются аналитическим складом ума, и им нравится все планировать. Им нравится размышлять о причинах явлений. Насколько Вы являетесь «мыслителем» и «планировщиком»?	1 2 3 4 5 6 7
Межличностные отношения	Насколько другие люди важны для Вас? (Это оценка себя как человека общественного.) Насколько важны для Вас тесные дружеские отношения, как сильно Вас тянет к людям, нуждается ли Вы в близких отношениях? (На другом полюсе находится человек-одиночка.)	1 2 3 4 5 6 7
Биологические факторы	Здоровы ли Вы физически и психически? Избегаете ли Вы дурных привычек, таких как курение, злоупотребление алкоголем, излишнее употребление кофе, переедание и других? Регулярно ли занимаетесь спортом, избегаете ли нездоровой пищи и в целом заботитесь ли о своем здоровье?	1 2 3 4 5 6 7

При необходимости более жестко структурировать процесс опроса можно использовать «Опросник структурного профиля».

Опросник структурного профиля

Совершенно не согласен	Не согласен	Отчасти не согласен	Нейтрально	Отчасти согласен	Согласен	Полностью согласен
1	2	3	4	5	6	7

Рядом с каждым пунктом поставьте, пожалуйста, цифру, которая лучше всего соответствует Вашему представлению.

1. Я обычно все планирую и много думаю о предстоящем.
2. Я часто представляю ситуации «в картинках».
3. При принятии решения я часто позволяю моим чувствам и эмоциям определять, что мне следует делать.
4. В основном я чувствую себя в прекрасной форме.
5. Я могу сформировать четкий мысленный образ.
6. Я достаточно много отдыхаю и расслабляюсь.
7. Меня можно, вероятно, описать как «активного и энергичного».
8. Меня нельзя назвать «нелюдимым».
9. Я очень активный человек.
10. Я – «человек общества».
11. Я придерживаюсь правильных привычек в питании.
12. Я чаще бываю с другими людьми, чем в одиночестве.
13. Я часто занимаюсь интеллектуальными видами деятельности.
14. Я могу создавать живые картинки в своем воображении.
15. Я избегаю переедания, злоупотребления алкоголем, воздерживаюсь от вредных привычек, таких как наркомания и курение.
16. Я погружен в свои ощущения – в то, что я вижу, слышу, обоняю, ощущаю и вкушаю.
17. Дружба очень важна для меня.
18. Я считаю себя чувственным и сексуальным.
19. Я обычно думаю, перед тем как действовать.
20. Я осознаю, как мои органы чувств реагируют на различные стимулы.
21. У меня богатое воображение.
22. У меня глубокие чувства и знания.
23. Я продумываю большинство вещей до конца.
24. Я постоянно чем-то занят.
25. Я думаю больше образами, чем словами.
26. Я достаточно забочусь о своем теле.
27. Я всегда чем-то занят и всегда в работе.
28. Я уделяю много внимания своим чувствам и эмоциям.
29. У меня есть близкие друзья.

- 30. Я уделяю большое внимание моим телесным ощущениям.
- 31. Я очень эмоциональный человек.
- 32. Я все досконально анализирую.
- 33. Мои чувства легко возникают или они неустойчивы.
- 34. Я полон бодрости и энергии.
- 35. Большинство из моих пяти ощущений (обоняние, зрение, слух, вкус, осязание) очень остры.

Ключ

Поведение: 7, 9, 24, 27, 34

Эмоции: 3, 22, 28, 31, 33

Ощущения: 16, 18, 20, 30, 35

Представления: 2, 5, 14, 21, 25

Когниции: 1, 13, 19, 23, 32

Межличностные отношения: 8, 10, 12, 17, 29

Лекарства/здоровье: 4, 6, 11, 15, 26

При необходимости можно также использовать «Расширенный опросник структурного профиля».

Расширенный опросник структурного профиля

Семь направлений личности

- 1. Делать... Действия = ПОВЕДЕНИЕ.
- 2. Чувствовать... Настроение = ЭМОЦИИ.
- 3. Ощущать... (звуки, свет, прикосновения и др.) = ОЩУЩЕНИЯ.
- 4. Представлять... Фантазировать... Воображать = ПРЕДСТАВЛЕНИЯ.
- 5. Думать... Интерпретировать... «Разговор с собой» = КОГНИЦИИ.
- 6. Общество... Отношения = МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ
- 7. Биологические факторы... Физическое состояние... Здоровье = БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

1. Поведение

«Поведение» – это наши действия, реакции и образ действия. Поведение – это то, как мы *действуем* в различных ситуациях и в разных условиях. Примеры поведения включают: сон, питание, игру в теннис, плач, прогулку, крик, просмотр телевизора, чтение и т. д., то есть почти все, что мы делаем, можно описать как поведение.

Некоторых людей можно назвать «деятелями» – они настроены на действие, им нравится быть занятыми, им нравится что-то делать, чем-то заниматься, участвовать в различных проектах. На шкале следует отметить цифру, лучше всего отражающую то, в какой степени Вы являетесь деятелем.

Очень мало		Умеренно			Очень сильно	
1	2	3	4	5	6	7

Ниже попытайтесь указать по крайней мере один тип конкретного поведения, которое Вы бы хотели *уменьшить*, и один тип поведения, которое Вы бы хотели *увеличить*.

Я хотел(а) бы меньше делать (или перестать делать):

Я хотел(а) бы делать больше (или начать делать):

2. Эмоции

«Эмоции» – это слово обозначает *чувства, настроения и переживания*. Некоторые эмоции позитивны (например, радость), тогда как другие можно назвать негативными (например, депрессия). Вот еще некоторые эмоции: ощущение счастья, раздражение, удовлетворенность, беспокойство, зависть, гнев, возбуждение, чувство вины и стыд.

Некоторые люди очень эмоциональны, при этом они могут как выражать свои эмоции открыто, так и быть сдержанными. Насколько Вы эмоциональны? Как глубоко Вы все чувствуете? Насколько Вы впечатлительны?

Очень мало		Умеренно			Очень сильно	
1	2	3	4	5	6	7

Ниже попытайтесь указать по крайней мере один вид эмоций, который Вы хотели бы испытывать *реже*, и один вид эмоций, который Вы хотели бы испытывать *чаще*.

Я хотел(а) бы испытывать реже:

Я хотел(а) бы испытывать чаще:

3. Ощущения

«Ощущения» связаны с пятью основными органами чувств: *зрением, слухом, вкусом, осязанием и обонянием*. К тому же в сферу ощущений входит чувственность и сексуальность. Иногда ощущения приятны (например, сексуальная близость, запах свежей розы, вкус яблочного пирога), а иногда могут быть неприятными (например, боль в напряженной шее, резкий свет или запах тухлых яиц).

Некоторые люди придают большое значение ощущениям, связанным, например, с сексом, пищей, музыкой и другими «сенсорными удовольствиями». Иные люди часто фокусируются на них и уделяют много внимания приятным и неприятным внутренним ощущениям (таким как внутреннее спокойствие и расслабленность или же незначительные боли и дискомфортные ощущения). Насколько Вы «погружены» в свои ощущения?

Очень мало		Умеренно			Очень сильно	
1	2	3	4	5	6	7

Ниже укажите несколько видов ощущений, которые Вы хотели бы испытывать *реже* или *чаще*.

Я хотел(а) бы испытывать реже:

Я хотел(а) бы испытывать чаще:

4. Представления

«Представления» описывают способность людей формировать мысленные образы и представлять себе реальные или воображаемые вещи, события и ситуации. Когда мы фантазируем, мечтаем или просто видим образы нашим «внутренним взором», мы заняты мысленным представлением.

Как много Вы мечтаете или фантазируете? Как много и насколько отчетливо Вы «думаете образами» или видите вещи как бы на экране Вашего воображения? (Это отличается от размышлений или планирования.) Насколько Вы погружены в воображение?

Очень мало		Умеренно			Очень сильно	
1	2	3	4	5	6	7

Внизу укажите по крайней мере один предмет, событие или ситуацию, которые Вы бы хотели представлять *реже* и по крайней мере одну вещь, которую Вы бы хотели воображать *чаще*.

Я хотел(а) бы представлять реже:

Я хотел(а) бы представлять чаще:

5. Когниции

«Когниции» – это *мышление*, или умственная деятельность, процесс, с помощью которого человек получает информацию. Рассуждения, знания или мысли – это аспекты когниции. Часто мышление людей принимает форму внутренних разговоров с собой. Человек беззвучно говорит с собой и высказывает самому себе наедине собственные мысли. Иногда такой разговор с собой позволяет нам чувствовать себя лучше. Например, когда мы говорим себе нечто вроде: «Я хорошо поработал» или «Я на самом деле отличный человек», мы обычно чувствуем себя хорошо. Иногда же наши размышления заставляют нас ощущать себя несчастными. Например, когда мы говорим себе: «Я никогда не смогу понять смысл этого» или «Я, должно быть, на самом деле никчемный человек», мы обычно испытываем негативные эмоции.

Некоторые люди являются «мыслителями» или «планировщиками» – они очень много анализируют и размышляют и обычно все продумывают.

Как часто Вы разговариваете с собой? В какой степени Вы являетесь мыслителем или планировщиком?

Очень мало		Умеренно			Очень сильно	
1	2	3	4	5	6	7

Ниже попытайтесь указать несколько мыслей, о которых Вы хотели бы думать *реже* , и несколько мыслей, которые Вы хотели бы думать *чаще* .

Я хотел(а) бы реже думать о:

Я хотел(а) бы чаще думать о:

6. Межличностные отношения

Большинство из нас живет в социальном окружении, где мы постоянно взаимодействуем с другими людьми в различных ситуациях. Неудивительно, что некоторые из таких взаимодействий приятны (например, занятие любовью или дружеская игра в карты), тогда как другие не столь приятны (например, ссоры и споры).

Оцените себя как социальное существо. Насколько важны для Вас другие люди? Насколько важна для Вас близкая дружба? Насколько сильно желание близких отношений? Насколько Вас тянет к другим людям? (Противоположная полярность тут человек «нелюдимый».) В какой степени Вы являетесь «человеком общества»?

Очень мало		Умеренно			Очень сильно	
1	2	3	4	5	6	7

Ниже попытайтесь указать несколько межличностных или общественных видов деятельности, которыми Вы бы хотели заниматься реже, и несколько таких, которыми Вы бы хотели заниматься чаще.

Я хотел(а) бы реже:

Я хотел(а) бы чаще:

7. Лекарства / биологические факторы / состояние здоровья

По существу мы являемся биологическими, биохимическими созданиями, зависящими от работы нашего тела и химических процессов в мозгу. Многое из того, что мы делаем (многие виды нашего поведения), находится под влиянием нашей биологии, во многом именно от нее зависит, как мы думаем, действуем, чувствуем. Эта сторона личности включает такие моменты, как пищевые привычки, занятие спортом, употребление алкоголя, курение, употребление наркотиков, вес тела, регулярность и продолжительность сна и т. д.

Здоровы ли Вы физически и психически? Избегаете ли Вы дурных привычек, таких как курение, злоупотребление алкоголем, чрезмерное употребление кофе, переедание и др.? Регулярно ли занимаетесь спортом,

избегаете ли вредной пищи и заботитесь ли о своем здоровье в целом?

Очень мало		Умеренно			Очень сильно	
1	2	3	4	5	6	7

Ниже укажите несколько моментов, входящих в сферу биологических факторов, которые Вы хотели бы уменьшить и увеличить:

Я хотел(а) бы уменьшить:

Я хотел(а) бы увеличить:

Комментарии или дополнительная информация

Здесь клиент может написать то, что он хочет добавить.

Опросник Мини-мульти (сокращенный вариант ММРІ)

Опросник ММРІ был предложен американскими психологами в 40-50-х годах XX столетия. Он был адаптирован и опробован в СССР в 60-х годах в институте им. В. Н. Бехтерева Ф. Б. Березиным и М. П. Мирошниковым.

Опросник Мини-мульти представляет собой сокращенный вариант ММРІ, он содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, которую порождает чрезмерная осторожность. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности. Первая шкала измеряет черты астено-невротического типа. Вторая шкала говорит о склонности испытуемого к социопатическим вариантам развития личности. Пятая шкала в этом варианте опросника не используется, после четвертой шкалы следует шестая. Шестая шкала характеризует обидчивость испытуемого, его склонность к аффективным реакциям. Седьмая шкала предназначена для выявления тревожно-мнительных наклонностей личности, склонности к сомнениям. Восьмая шкала определяет степень эмоциональной отчужденности, сложность установления социальных контактов. Девятая шкала показывает близость к гипертимному типу личности, измеряет активность и возбудимость.

Опрос рекомендуется проводить индивидуально или в группе, когда каждый испытуемый имеет текст опросника и бланк для ответов, в присутствии экспериментатора, которому испытуемые могут задавать вопросы. Время проведения опроса не ограничивается.

И **НСТРУКЦИЯ:** Сейчас вы ознакомитесь с утверждениями, касающимися состояния вашего здоровья и вашего характера.

Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно или неверно по отношению к вам.

Не тратьте времени на раздумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову.

1. У вас хороший аппетит.
2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У вас очень редко бывает запор.
7. Иногда вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами вас беспокоят тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
11. Иногда вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
16. В детстве вы одно время совершали кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более, чем вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
27. У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком многого.
28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.

30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.
32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.
34. Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.
36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.
38. У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали.
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о вас другие.
42. С памятью у вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.
44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.
45. У вас редко болит голова.
46. Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.
47. Не все ваши знакомые вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.
50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.
53. Иногда вы немного сплетничаете.
54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в

своих интересах ошибками другого.

61. Иногда вы полны энергии.

62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.

63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.

64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.

65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.

66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.

67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.

68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.

69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.

70. Вы часто разочаровываетесь в людях.

71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.

На одной стороне бланка опросника фиксируются ответы испытуемого. Если испытуемый согласен с утверждением, то в клетке с номером вопроса он ставит знак "+" («да», «верно»), если не согласен – знак «-» («нет», «неверно»). На обратной стороне бланка экспериментатор строит профиль личности испытуемого с учетом значения шкалы коррекции, добавляя к указанным в бланке шкалам соответствующее значение шкалы коррекции. Таблица этих значений приведена на бланке.

Бланк ответов (лицевая сторона)

Фамилия И. О. _____

Возраст _____ Пол _____

Образование _____

Дата _____

(рядом с номером при ответе «верно» зачеркните квадратик «В», при ответе «неверно» – квадратик "Н")

В		Н	В		Н	В		Н	В		Н	В		Н
	1			16			31			46			61	
	2			17			32			47			62	
	3			18			33			48			63	
	4			19			34			49			64	
	5			20			35			50			65	

В		Н	В		Н	В		Н	В		Н	В		Н
	6			21			36			51			66	
	7			22			37			52			67	
	8			23			38			53			68	
	9			24			39			54			69	
	10			25			40			55			70	

В		Н	В		Н	В		Н	В		Н	В		Н
	11			26			41			56			71	
	12			27			42			57				
	13			28			43			58				
	14			29			44			59				
	15			30			45			60				

Подсчитав количество «сырых» баллов с помощью ключа по каждой шкале, необходимо значение шкалы К добавить к «сырым» баллам шкал № 1, 4, 7, 8, 9 по следующей схеме: к шкале № 1 прибавляется значение 0,5К, к шкале № 4 – 0,4К, к шкале № 7 – 1К, к шкале № 8 – 1К и к шкале № 9 – 0,2К.

Ключ

Шкалы	Ответы	№ вопроса
L	Неверно (H)	8, 11, 24, 47, 53
F	H	22, 24, 61
	Верно (B)	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71
K	H	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 67, 68, 69, 70
1 (Hs)	H	1, 2, 6, 37, 48
	B	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
2 (D)	H	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 65, 61
	B	9, 13, 11, 18, 22, 25, 36, 44
3 (Hy)	H	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	B	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
4 (Pd)	H	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	B	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
6 (Pa)	H	28, 29, 31, 67
	B	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
7 (Pt)	H	2, 3, 42
	B	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
8 (Sc)	H	3, 42
	B	7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
9 (Ma)	H	43
	B	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

На втором этапе обработки необходимо перевести «сырые» баллы в окончательные Т-баллы, используя приведенную ниже таблицу.

Шкала перевода «сырых» баллов в Т-баллы к опроснику Мини-мульти

Шкалы опросника	«Сырые» баллы	Т-баллы
1	0	25
	3	35
	6	45
	9	55
	12	65
	15	75
	18	85
	21	95
	24	105
2	0	25
	4	40
	8	55
	12	68
	16	84
	20	100
3	2	21
	4	30
	6	35
	8	43
	10	52
	12	60
	14	67
	16	74

Шкалы опросника	«Сырые» баллы	Т-баллы
	18	81
	20	88
	22	95
	24	104
	26	110
4	7	35
	9	45
	11	54
	13	63
	15	72
	17	82
	19	92
	21	101
	23	110
6	0	25
	2	38
	4	50
	6	60
	8	72
	10	85
	12	95
	14	105
7	7	22

Шкалы опросника	«Сырые» баллы	Т-баллы	Шкалы опросника	«Сырые» баллы	Т-баллы
	9	32		7	52
	11	40		9	62
	13	48		11	73
	15	55		13	85
	17	65		15	95
	19	73		17	105
	21	82	L	0	39
	23	90		1	45
	25	99		2	55
	27	105		3	63
8	6	25		4	70
	8	32		5	79
	10	38	F	0	35
	12	46		2	45
	14	53		4	55
	16	60		6	65
	18	68		8	75
	20	74		10	85
	22	82		12	95
	24	88	K	0	28
	26	95		3	37
	28	102		6	45
	30	110		9	55
9	3	30		12	62
	5	40		15	70

На обратной стороне бланка экспериментатор, используя значения полученных Т-баллов, строит профиль личности испытуемого.

Бланк теста (оборотная сторона)

	L	F	K	1(Hs)	2(D)	3(Hy)	4(Pd)	6(Pa)	7(Pt)	8(Sc)	9(Ma)
100											
95											
90											
85											
80											
75											
70											
65											
60											
55											
50											
45											
40											
35											
30											
T											

Описание шкал

Школа лжи (L) – оценивает искренность испытуемого.

Шкала достоверности (F) – выявляет недостоверные ответы: чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты.

Шкала коррекции (K) – сглаживает искажения, вносимые из-за чрезмерной осторожности и контроля испытуемого во время тестирования. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения. Шкала (K) используется для коррекции базисных шкал, которые зависят от ее величины.

Базисные шкалы

1. Ипохондрия (Hs) – близость испытуемого к астено-невротическому типу. Испытуемые с высокими оценками медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны авторитетам, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.

2. Депрессия (D). Высокие показатели принадлежат чувствительным, сенситивным испытуемым, склонным к тревоге, робким, застенчивым. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но неспособны принять решение самостоятельно, не имеют уверенности в себе, при малейших неудачах впадают в отчаяние.

3. Истерия (Hy). Выявляет испытуемых, склонных к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы

соматического заболевания как средство для избежания ответственности, разрешают проблемы уходом в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание, жажда восхищения. Чувства таких людей поверхностны, интересы неглубоки.

4. Психопатия (Pd). Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации, такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен временный подъем показателей по этой шкале.

6. Паранойяльность (Pa). Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает иначе, тот или глупый человек, или враг. Они активно насаждают свои представления, поэтому часто вступают в конфликты с окружающими. Собственные малейшие удаchi они всегда переоценивают.

7. Психастения (Pt). Выявление тревожно-мнительных черт характера, таких как тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения.

8. Шизоидность (Sc). Лицам с высокими показателями по этой шкале свойствен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Таким образом, общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

9. Гипотония (Ma). Для лиц с высокими показателями по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности, являются оценки, превышающие 70. Низкими оценками считаются оценки ниже 40.

Опросник исследования сексуальной сферы

Опросник состоит из 40 вопросов, распределяющихся по четырем шкалам (Яффе, Фэнвик, 1991).

1. Шкала *уверенности в себе* – оценка себя в плане физической привлекательности и в качестве сексуальной партнерши. Высокому уровню уверенности в себе и своих сексуальных качествах соответствует 8-10 баллов по данной шкале, легкой неуверенности – 5–7 баллов, низкому уровню уверенности – соответствуют 0–4 балла.

2. Шкала *сексуальной удовлетворенности* – оценка удовлетворенности качеством и частотой сексуальных отношений. Высокие показатели по данной шкале (8-10 баллов) говорят об удовлетворенности как качеством, так и частотой сексуальных отношений. Средний уровень удовлетворенности (5–7 баллов) говорит о наличии трудностей в отношении с конкретным мужчиной или о нереалистичных представлениях относительно секса. Низкому уровню сексуальной удовлетворенности соответствует 0–4 балла.

3. Шкала *психологического благополучия в интимных отношениях* – оценка способности наслаждаться сексом, не испытывая при этом тревоги и чувства вины. При высоком уровне психологического благополучия (8-10 баллов) испытуемая способна вести себя при сексуальном контакте расслабленно и естественно. При среднем уровне (5–7 баллов) связанные с сексом чувства тревоги или вины порой мешают в полной мере испытывать радость от сексуального общения. При низком уровне (0–4 балла) психологическая неустойчивость испытуемой ограничивает ее сексуальные возможности.

4. Шкала *сексуального влечения*. Высокие показатели по данной шкале (16–20 баллов) говорят о сильном уровне влечения, низкие показатели (0–8 баллов) – об отсутствии интереса к сексу или слабой сексуальной возбудимости.

Вопросы последней шкалы содержат по 3 варианта ответов, так что за каждый ответ испытуемый набирает от 0 до 2 баллов. К ним прилагается особая инструкция (см. ниже).

Таким образом, по шкалам уверенности в себе, сексуальной удовлетворенности и психологического благополучия в интимных отношениях испытуемая может набрать от 0 до 10 баллов, а по шкале сексуального влечения – от 0 до 20 баллов.

ИНСТРУКЦИЯ: Вам будет предложено ответить на несколько вопросов, касающихся Ваших установок и поведения в сфере интимных отношений. Некоторые вопросы могут показаться Вам слишком откровенными, но Вы можете быть уверены, что Ваши ответы останутся секретом. На каждый вопрос нужно ответить «да» либо «нет».

1. Остаетесь ли вы обычно на вечеринке в кругу женщин, потому что

стесняетесь мужчин?

2. Вы намеренно избегаете носить экстравагантную одежду, чтобы не привлекать внимания мужчин?

3. Если вы не замужем, проявляете ли вы инициативу, чтобы познакомиться или назначить свидание кому-либо, кого вы хотите привлечь?

4. Если тот, кого вы мало знаете или кто вас мало интересуется, ищет с вами знакомства, можете ли вы отнестись к этому без раздражения и замешательства?

5. Считаете ли вы себя привлекательной в сексуальном отношении?

6. Для вас важнее доставить удовольствие партнеру, чем убедиться, что вы сами получили сексуальное удовлетворение?

7. Когда у вас установились близкие отношения с партнером, требуются ли вам повторные заверения, что вы любимы?

8. Вам трудно поверить, что кто-то может вас действительно любить?

9. Часто ли вы ревнуете или расстраиваетесь, если ваш партнер весело проводит время в какой-то другой компании?

10. Если ваш партнер видит вас обнаженной, чувствуете ли вы себя свободно и ненапряженно?

11. Вы столько занимаетесь сексом, сколько вы хотите?

12. Вы получаете именно тот секс, который вам нравится, то есть вы обычно делаете то, от чего получаете наибольшее удовольствие?

13. Ваш постоянный сексуальный партнер до сих пор вас возбуждает?

14. Считаете ли вы, что значение секса преувеличивается?

15. Получаете ли вы обычно большее удовольствие от предвкушения секса?

16. Секс для вас оказывается так же прекрасен, как вы это себе представляли?

17. Всегда или часто секс приносит разочарование?

18. Чувствуете ли вы обычно после сексуального общения ощущение расслабленности и счастья?

19. Проявляет ли ваш партнер после сексуального общения столько нежности и благодарности по отношению к вам, сколько вам хотелось бы?

20. Предъявляет ли ваш постоянный партнер слишком высокие сексуальные требования?

21. Считаете ли вы, что секс совсем необязателен и он никогда не играл существенной роли в вашей жизни?

22. Являетесь ли вы человеком замкнутым, не способным или не желающим эмоционально сближаться с другими?

23. Беспокоит ли вас то, что вы можете не удовлетворить вашего сексуального партнера?

24. Оказывает ли отрицательное воздействие на сексуальные проявления боязнь забеременеть, даже если вы применяете противозачаточные средства?

25. Воспитаны ли вы в убеждении, что в сексе нет ничего постыдного?

26. Нет ли у вас страха перед половым сношением из-за мысли, что оно может причинить вам боль или даже нанесет физическую травму?

27. Считаете ли вы секс чем-то грязным? Отталкивает ли вас вид и ощущение влагалищного отделяемого; принимаете ли вы ванну немедленно после сношений?

28. Находите ли вы неприятным резкое прерывание полового акта?

29. Считаете ли вы себя слишком уязвимой в сексуальных взаимоотношениях вследствие страха, что ваш партнер может оставить вас?

30. Твердо ли вы уверены в том, что предпочитаете гетеросексуальные отношения однополым, или наоборот?

ИНСТРУКЦИЯ: Обведите цифру напротив подходящего Вам варианта ответа. Ответы на каждый отдельный вопрос просматриваться не будут: нас интересуют только обобщенные показатели, поэтому Вы можете, не фиксируя ответов на каждый отдельный вопрос на бланке, подсчитать общее число баллов, соответствующих каждому варианту ответа, самостоятельно и записать получившийся результат в графе «сумма баллов».

1	Если вам меньше 55 лет, возможен ли для вас секс:	
	• более трех раз в неделю	2
	• один или два раза в неделю	1
	• менее одного раза в неделю	0
	Если вам 55 лет и больше, возможен ли для вас секс:	
	• более одного раза в неделю	2
2	• один-два раза каждые 2 недели	1
	• редко или никогда	0
	Первое половое сношение вы имели:	
	• раньше, чем большинство ваших друзей	2
3	• приблизительно в то же время, как и большинство ваших друзей	1
	• в более позднем возрасте, чем большинство ваших друзей	0
	Как часто вы мастурбируете:	
4	• 1—2 раза в неделю	1
	• несколько раз в неделю	2
	• редко или никогда	0
5	Приходите ли вы в состояние сексуального возбуждения:	
	• легко и быстро	2
	• довольно легко	1
	• только после значительной стимуляции	0
6	Как скоро после начала сношения наступает оргазм:	
	• через 5 минут	2
	• приблизительно через четверть часа	1
	• оргазм бывает редко или никогда его не испытываю	0
7	Вы думаете о сексе:	
	• по несколько раз в день	2
	• почти каждый день	1
	• редко или никогда	0

7	Как часто вы проявляете сексуальную инициативу: • <i>часто</i> 2 • <i>иногда</i> 1 • <i>редко или никогда</i> 0
8	Приходилось ли вам вступать в сексуальные отношения с несколькими партнерами одновременно: • <i>несколько раз</i> 2 • <i>редко</i> 1 • <i>никогда</i> 0
9	Возбуждают ли вас эротические журналы: • <i>всегда</i> 2 • <i>иногда</i> 1 • <i>никогда</i> 0
10	Как вы поступаете, если партнер предлагает вам сексуальную близость: • <i>почти всегда откликаюсь с готовностью</i> 2 • <i>чаще соглашаюсь, чем отказываюсь</i> 1 • <i>если соглашаюсь, то из-за общей благожелательности или вялости</i> 0

Торонтская шкала алекситимии

Алекситимия представляет собой ряд признаков, характеризующих психический склад людей, предрасположенных к психосоматическим заболеваниям.

Бланк опросника

ИНСТРУКЦИЯ: Вам будет предложено некоторое количество вопросов; на вопросы следует отвечать поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Не нужно тратить время на обдумывание.

Пропускать вопросы нельзя. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

Вопросы	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Когда я плачу, я всегда знаю, почему					
2. Мечты — это потеря времени					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства я испытываю					
5. Я часто мечтаю о будущем					
6. Мне кажется, я способен заводить друзей так же легко, как и другие					
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
Вопросы	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11. Мне недостаточно знать, что нечто привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14. Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле					
18. Я редко мечтаю					

Вопросы	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, понимаю, почему произошло именно так					
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26. Я часто не знаю, почему я сержусь					

Оценка результатов

За ответ «совершенно согласен» начисляется 1 балл, за «совершенно не согласен» – 5 баллов.

С таким же значением, но с отрицательным знаком оцениваются следующие вопросы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24.

Оценка уровня алекситимии производится путем подсчета суммы всех баллов. Уровень алекситимии у здоровых людей соответствует 62 баллам, зона риска – 63–73 баллам, свыше 74 баллов – наличие алекситимии.

Ниже приведен средний уровень показателей у больных с психосоматическими расстройствами, больных с неврозами и здоровых лиц ($p < 0,01$):

Психосоматические заболевания :

бронхиальная астма 71,8±1,4

гипертоническая болезнь 72,6±1,4

язвенная болезнь 71,1±1,4

Неврозы 70,1±1,3

Контрольная группа здоровых 59,3±1,3

Опросник «Индекс жизненного стиля»

Современное понимание патогенеза нарушений психической адаптации предполагает использование методов психологической диагностики скрытых эмоциональных нарушений, межличностных конфликтов, индивидуальных механизмов переработки стресса и механизмов психологической защиты (Вассерман, 1998). Диагностику механизмов психологической защиты можно осуществлять на основе

моделирования различных ситуаций на вербальном уровне с помощью специализированного и стандартизованного опросника «Индекс жизненного стиля» (Plutchic, 1979; Клубова, 1994). Методика позволяет оценить 8 видов механизмов защиты: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивное образование, проекцию, интеллектуализацию, регрессию. Полученные результаты в баллах (сумма положительных ответов по шкале) сравниваются с нормативными.

Опросник позволяет исследовать уровень напряженности восьми основных психологических защит, изучить иерархию в системе психологической защиты и оценить общую напряженность всех измеряемых защит (ОНЗ), то есть среднее арифметическое всех измерений 8 защитных механизмов.

ИНСТРУКЦИЯ: Опросник включает 97 утверждений, предполагающих один из двух вариантов ответа – «да» или «нет». Вам предлагаются утверждения, касающиеся состояния вашего здоровья и вашего характера. Читайте каждое утверждение и решайте, верно ли оно по отношению к вам. Не тратьте времени на раздумье. Наиболее естественна та реакция, которая первой приходит в голову. Если вы решили, что утверждение верно, поставьте справа от номера вопроса число «1»; если утверждение по отношению к вам неверно, поставьте справа от номера вопроса число «0». При сомнениях помните, что всякое утверждение, которое вы не можете расценить по отношению к себе как верное, следует считать неверным.

Вопросы

1. Я человек, с которым очень легко поладить.
2. Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3. Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5. Мне противны непристойные кинофильмы.
6. Я редко помню свои сны.
7. Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8. Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9. Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10. В своих фантазиях я всегда главный герой.
11. У меня не очень хорошая память на лица.
12. Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.
13. Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15. Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить

тем же.

16. Многое во мне восхищает людей.
17. Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18. Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19. Друзья почти никогда не подводят меня.
20. Мне случалось думать о самоубийстве.
21. Меня оскорбляют непристойные шутки.
22. Я всегда вижу светлые стороны вещей.
23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы ему доказать его неправоту.
25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.
28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.
29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.
32. Порнография отвратительна.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.
40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невоздержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.

48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.
55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.
65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребезги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти ни разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.
73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.
74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически напуган.

76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.
77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.
78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.
79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.
80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.
81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению жить.
83. Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть что-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.
84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.
85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.
86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.
87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.
90. Я легко переношу критику и замечания.
91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.
92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.
94. К счастью, у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выспаться.
96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.
97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат.

Ключи

Шкала	№ вопроса (подсчет только ответов «да»)
А — Отрицание	1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94
В — Подавление	6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89
С — Регрессия	2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95
Д — Компенсация	3, 10, 24, 29, 37, 45, 52, 64, 65, 74
Е — Проекция	7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96
F — Замещение	8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 76, 83, 91, 97
G — Интеллектуализация	4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 62, 70, 80, 81, 87
Н — Реактивное образование	5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79

С помощью ключей, относящихся к каждой из психологических защит, определяется напряженность защиты, которая равна $n/N \times 100 \%$, где n – число положительных ответов по шкале данной защиты, N – число всех утверждений, относящихся к шкале. Тогда ОНЗ в целом равна $S_n/97 \times 100 \%$, где S_n – сумма всех положительных ответов по опроснику. С помощью данной методики можно подсчитать индекс напряженности каждой из психологических защит и представить себе их профиль.

Тест Кейрси

Инструкция : Опросник содержит 70 утверждений, каждое из которых имеет два варианта окончаний – а и б. Ваша задача – выбрать один из них. Имейте в виду, что оба варианта равноценны, не нужно искать какого-то «более правильного» из них, выбирайте тот, который больше соответствует вашему поведению, вашим представлениям о себе, вашим взглядам на жизнь. В бланке, помещенном в конце опросника, обведите кружком букву, соответствующую выбранному вами варианту каждого утверждения.

- 1) В компании (на вечеринке) вы
 - а) общаетесь со многими, включая и незнакомых
 - б) общаетесь с немногими – только с вашими знакомыми.
- 2) Вы человек
 - а) скорее реалистичный, чем склонный теоретизировать
 - б) скорее склонный теоретизировать, чем реалистичный.
- 3) Как вы думаете, что хуже -
 - а) «витать в облаках»
 - б) придерживаться проторенной дорожки.
- 4) Вы более подвержены влиянию
 - а) принципов, законов
 - б) эмоций, чувств.
- 5) Вы более склонны

- a) убеждать
- b) затрагивать чувства.
- 6) Вы предпочитаете работать
 - a) выполняя все точно в срок
 - b) не связывая себя определенными сроками.
- 7) Вы склонны делать выбор
 - a) довольно осторожно
 - b) внезапно, импульсивно.
- 8) В компании (на вечеринке) вы
 - a) остаетесь допоздна, не чувствуя усталости
 - b) быстро утомляетесь и предпочитаете пораньше уйти.
- 9) Вас больше привлекают
 - a) люди здравомыслящие
 - b) люди с богатым воображением.
- 10) Вам интереснее
 - a) то, что происходит в действительности
 - b) те события, которые могут произойти.
- 11) Оценивая поступки людей, вы
 - a) больше учитываете требования закона, чем обстоятельства
 - b) больше учитываете обстоятельства, чем требования закона.
- 12) Обращаясь к другим, вы склонны
 - a) соблюдать формальности, этикет
 - b) проявлять свои личные, индивидуальные качества.
- 13) Вы человек скорее
 - a) точный, пунктуальный
 - b) неторопливый, медлительный.
- 14) Вас больше беспокоит
 - a) необходимость оставлять дело незаконченным
 - b) необходимость непременно доводить дело до конца.
- 15) В кругу знакомых вы, как правило,
 - a) в курсе происходящих событий
 - b) узнаете о новостях с опозданием.
- 16) Повседневные дела вам нравится делать
 - a) общепринятым способом
 - b) своим оригинальным способом.
- 17) Вы предпочитаете таких писателей, которые
 - a) выражают свои мысли просто и четко, напрямую
 - b) пользуются аналогиями, иносказаниями.
- 18) Вас больше привлекает

- a) стройность мысли
 - b) гармония человеческих отношений.
- 19) Вы чувствуете себя увереннее
- a) в логических умозаключениях
 - b) в практических оценках ситуаций.
- 20) Жизнь доставляет вам больше удовольствия, когда дела
- a) решены и устроены
 - b) не решены и пока не улажены.
- 21) Вы человек
- a) скорее серьезный, ответственный
 - b) скорее беспечный, беззаботный.
- 22) При телефонных разговорах вы
- a) заранее не продумываете, что нужно сказать
 - b) мысленно «репетируете» то, что будет сказано.
- 23) По вашему мнению, факты
- a) важны сами по себе
 - b) важны как проявления общих закономерностей.
- 24) Фантазеры, мечтатели обычно
- a) раздражают вас
 - b) довольно симпатичны вам.
- 25) Вы чаще действуете как человек
- a) хладнокровный
 - b) горячий, вспыльчивый.
- 26) Как вы думаете, что хуже -
- a) быть несправедливым
 - b) быть беспощадным.
- 27) Обычно вы предпочитаете действовать
- a) тщательно оценивая все возможности
 - b) полагаясь на волю случая.
- 28) Вам приятнее
- a) покупать что-либо
 - b) иметь возможность купить.
- 29) В компании вы, как правило,
- a) первым заводите беседу
 - b) ждете, когда с вами заговорят.
- 30) С вашей точки зрения, здравый смысл
- a) редко ошибается
 - b) часто попадает впросак.
- 31) Детям часто не хватает

- a) практичности
 - b) воображения.
- 32) В принятии решений вы руководствуетесь скорее
- a) принятыми нормами
 - b) своими чувствами, ощущениями.
- 33) Вы человек
- a) скорее твердый, чем мягкий
 - b) скорее мягкий, чем твердый.
- 34) Что, по-вашему, больше впечатляет:
- a) умение методично организовать
 - b) умение приспособиться и довольствоваться достигнутым.
- 35) Вы больше цените
- a) определенность, законченность
 - b) открытость, многовариантность.
- 36) Новые и нестандартные отношения с людьми
- a) стимулируют, придают вам энергию
 - b) утомляют вас.
- 37) Вы чаще действуете
- a) как человек практического склада
 - b) как человек оригинальный, необычный.
- 38) Вы более склонны
- a) находить пользу в отношениях с людьми
 - b) понимать мысли и чувства других людей.
- 39) Вам приносит большее удовлетворение
- a) тщательное и всестороннее обсуждение спорного вопроса
 - b) достижение соглашения по спорному вопросу.
- 40) Вы руководствуетесь более
- a) рассудком
 - b) велениями сердца.
- 41) Вам удобнее выполнять работу
- a) по предварительной договоренности
 - b) которая подвернулась случайно.
- 42) Вы обычно полагаетесь
- a) на организованность, порядок
 - b) на случайность, неожиданность.
- 43) Вы предпочитаете иметь
- a) много друзей на непродолжительное время
 - b) несколько старых друзей.
- 44) Вы руководствуетесь в большей степени

- a) фактами, обстоятельствами
 - b) общими положениями, правилами, принципами.
- 45) Вас больше интересуют
- a) производство и сбыт продукции
 - b) проектирование и исследования.
- 46) Что вы скорее сочтете за комплимент:
- a) «Вы очень логичный человек»
 - b) «Вы тонко чувствующий человек».
- 47) Более ценным качеством для себя вы считаете
- a) невозмутимость
 - b) увлеченность.
- 48) Вы предпочитаете высказывать
- a) определенные и окончательные утверждения
 - b) предварительные и неоднозначные утверждения.
- 49) Вы лучше чувствуете себя
- a) после принятия решения
 - b) не ограничивая себя решениями.
- 50) Общаясь с незнакомыми, вы
- a) легко завязываете продолжительные беседы
 - b) не всегда находите темы для разговора.
- 51) Вы больше доверяете
- a) своему опыту
 - b) своим предчувствиям.
- 52) Вы чувствуете себя человеком
- a) более практичным, чем изобретательным
 - b) более изобретательным, чем практичным.
- 53) Кто заслуживает большего одобрения -
- a) рассудительный, здравомыслящий человек
 - b) человек глубоко переживающий.
- 54) Вы более склонны
- a) быть прямым и беспристрастным
 - b) сочувствовать людям.
- 55) Что, по-вашему, предпочтительней -
- a) удостовериться, что все подготовлено и улажено
 - b) предоставить событиям идти своим чередом.
- 56) Отношения между людьми должны строиться
- a) на предварительной взаимной договоренности
 - b) в зависимости от обстоятельств.
- 57) Когда звонит телефон, вы

- a) торопитесь подойти к нему первым
 - b) надеетесь, что подойдет кто-нибудь другой.
- 58) Более ценным качеством для себя вы считаете
- a) развитое чувство реальности
 - b) пылкое воображение.
- 59) Вы придаете больше значения
- a) тому, что сказано
 - b) тому, как сказано.
- 60) В ваших глазах большим заблуждением выглядит
- a) излишняя пылкость, горячность
 - b) чрезмерная объективность, беспристрастность.
- 61) В целом вы считаете себя
- a) трезвым и практичным
 - b) сердечным и отзывчивым.
- 62) Вас больше привлекают ситуации
- a) регламентированные и упорядоченные
 - b) неупорядоченные и нерегламентированные.
- 63) Вы человек
- a) скорее педантичный, чем капризный
 - b) скорее капризный, чем педантичный.
- 64) Вы чаще склонны
- a) быть открытым, доступным
 - b) быть сдержанным, скрытным.
- 65) В литературных произведениях вы предпочитаете
- a) конкретность, буквальность
 - b) образность, переносный смысл.
- 66) Что для вас труднее -
- a) находить общий язык с другими людьми
 - b) использовать других в своих интересах.
- 67) Чего бы вы себе больше пожелали -
- a) ясности размышлений
 - b) умения сочувствовать.
- 68) Что хуже -
- a) быть неприветливым
 - b) быть излишне привередливым.
- 69) Вы предпочитаете
- a) запланированные события
 - b) незапланированные события.
- 70) Вы склонны поступать

- а) скорее обдуманно, чем импульсивно
 б) скорее импульсивно, чем обдуманно.

Бланк опросника

1			2			3			4			5			6			7		
1	a	b	2	A	b	3	a	b	4	a	b	5	a	b	6	a	b	7	a	b
8	a	b	9	A	b	10	a	b	11	a	b	12	a	b	13	a	b	14	a	b
15	a	b	16	A	b	17	a	b	18	a	b	19	a	b	20	a	b	21	a	b
22	a	b	23	A	b	24	a	b	25	a	b	26	a	b	27	a	b	28	a	b
29	a	b	30	A	b	31	a	b	32	a	b	33	a	b	34	a	b	35	a	b
36	a	b	37	A	b	38	a	b	39	a	b	40	a	b	41	a	b	42	a	b
43	a	b	44	A	b	45	a	b	46	a	b	47	a	b	48	a	b	49	a	b
50	a	b	51	A	b	52	a	b	53	a	b	54	a	b	55	a	b	56	a	b
57	a	b	58	A	b	59	a	b	60	a	b	61	a	b	62	a	b	63	a	b
64	a	b	65	A	b	66	a	b	67	a	b	68	a	b	69	a	b	70	a	b

E	I	S	N	T	F	J	P

Обработка результатов

Под каждой из букв впишите сумму (Σ) набранных ответов:

E = Σ а в первом столбце; **I** = Σ b в первом столбце.

S = Σ а во 2-м и 3-м столбцах; **N** = Σ b во 2-м и 3-м столбцах.

T = Σ а в 4-м и 5-м столбцах; **F** = Σ b в 4-м и 5-м столбцах.

J = Σ а в 6-м и 7-м столбцах; **P** = Σ b в 6-м и 7-м столбцах.

В каждой паре (**E-I**, **S-N**, **T-F**, **J-P**) выделите букву, которой соответствует большее число баллов (если в какой-либо паре числа равны, то выделите *правую* букву). Эти четыре выделенных буквы образуют формулу психологического типа респондента (см. таблицу 2.4).

Опросник для изучения отношения к себе

Отношение к себе – это сложная, многоуровневая система эмоциональных оценок. Оно отражает смысл собственного Я для субъекта, это устойчивое чувство по отношению к собственному Я, содержащее ряд специфических модальностей (измерений), различных как по эмоциональному тону, так и по семантическому содержанию.

Для разработки опросника в качестве исходных было отобрано девять измерений (модальностей), которые наиболее существенно характеризуют отношение к своему Я:

- 1) осознанность Я;
- 2) самоуважение и уверенность в себе;
- 3) саморегуляция и целостность Я;

- 4) ожидаемое отношение других;
- 5) безусловное принятие себя;
- 6) ценность собственной личности;
- 7) чувство привязанности к своему Я;
- 8) непонимание себя, внутренний конфликт Я;
- 9) самообвинение.

Шкала 1 отражает внутреннюю честность. Шкала включает 11 утверждений, связанных с такими аспектами образа Я, отношения к себе, поведения, которые трудно осознаются, хотя и значимы для личности. Низкие значения по шкале говорят о глубокой осознанности Я, повышенной осознанности и критичности, о способности не скрывать от себя и других значимую информацию, хотя бы и неприятную. Крайне низкие значения могут свидетельствовать о чрезмерной откровенности, порой граничащей с цинизмом. Высокие значения говорят о закрытости, неспособности или нежелании осознавать и выдавать значимую информацию о себе. Крайне высокие показатели – о прямой лжи и фальсификации результатов в сторону социально желательных ответов.

Шкала 2 отражает уверенность в себе, она содержит 14 утверждений, отражающих представление о себе как о самостоятельном, волевом, энергичном, надежном человеке, которому есть за что себя уважать. Положительный полюс шкалы соответствует высокому самомнению, самоуверенности, отсутствию внутренней напряженности. Низкие значения говорят о неудовлетворенности собой и своими возможностями, о сомнении в праве на уважение.

Шкала 3 – саморегуляция – содержит 12 утверждений. Шкала позволяет исследовать представление о том, насколько сам субъект является основным источником своей активности, деятельности, личности. Человек с высокими показателями по шкале отчетливо видит в собственном Я внутренний стержень, интегрирующий личность и жизнедеятельность, ощущает, что его судьба находится в его собственных руках, и испытывает чувство обоснованности и последовательности своих внутренних побуждений и целей. Низкие баллы отражают веру в то, что Я подвластно временным обстоятельствам, неспособность противостоять судьбе, недостаток саморегуляции, размытый локус Я, тенденцию искать причину поступков и событий вне себя. Конструкт, лежащий в основе данной шкалы, близок по содержанию к понятию локус контроля.

Шкала 4 – отношение других – включает 11 утверждений, связанных с ожидаемым отношением к себе со стороны других людей. Высокие значения по шкале соответствуют представлению человека о том, что его

личность, характер и деятельность способны вызывать уважение, симпатию, одобрение и понимание со стороны обобщенного другого. Низкие значения говорят о противоположных ожиданиях.

Шкала 5 – ценность Я – содержит 14 утверждений. Высокие оценки по шкале отражают интерес к собственному Я, любовь к себе, ощущение ценности собственной личности. Это эмоциональная оценка своего Я по внутренним интимным критериям, таким как любовь, духовность, богатство внутреннего мира. Низкие баллы по шкале говорят о недооценке своего Я, о сомнении в ценности собственной личности, об отстраненности, граничащей с безразличием к Я, о потере интереса к своему внутреннему миру.

Шкала 6 – принятие себя – включает 12 утверждений. Высокие показатели соответствуют дружескому отношению к себе, согласию с самим собой, способности одобрять свои планы и желания, эмоциональному, безусловному принятию себя таким, каков я есть, несмотря на недостатки. Низкие показатели свидетельствуют об отсутствии перечисленных качеств – о недостаточном принятии себя, что является важным симптомом внутренней дезадаптации.

Шкала 7 – привязанность к себе – содержит 11 утверждений. Высокие показатели по шкале говорят о ригидности Я-концепции, о нежелании меняться на фоне общего положительного отношения к себе. Это часто сопровождается привязанностью к неадекватному Я-образу. В таком случае тенденция к сохранению такого образа – один из защитных механизмов самосознания. Низкие показатели свидетельствуют о противоположных тенденциях: желании что-то в себе изменить ради большего соответствия идеальным представлением о себе, о неудовлетворенности собой.

Шкала 8 – внутренний конфликт – содержит 15 утверждений. Высокие показатели по данной шкале свидетельствуют о внутренних конфликтах, сомнении, несогласии с собой, тревожно-депрессивных состояниях, сопровождаемых чувством вины. Умеренное повышение показателей говорит о повышенной рефлексии, глубоком проникновении в себя, осознании своих трудностей, адекватном образе Я и отсутствии вытеснения. Крайне низкие значения свидетельствуют об отрицании проблем, закрытости, поверхностном самодовольстве.

Шкала 9 – самообвинение – включает 10 утверждений. Высокие показатели говорят об интрапунитивности, самообвинении, готовности поставить себе в вину свои промахи, неудачи и недостатки, что сопровождается негативными эмоциями в свой адрес, даже при высокой оценке собственных качеств и достижений.

В целом опросник дает информацию о трех аспектах отношения человека к себе.

Первые четыре шкалы отражают самооценку испытуемого в связи с социально-нормативным критерием моральности, успеха, воли, целеустремленности, социального одобрения и т. д. Это дает основание сказать, что это исследование самоуважения.

Шкалы 5, 6 и 7 не связаны с социально-нормативными критериями. Они отражают эмоциональное отношение субъекта к своему Я в наиболее чистом виде, что можно назвать симпатией к себе.

Наконец, последние две шкалы исследуют негативное отношение к себе, то есть самоуничижение.

Проведение опроса и интерпретация результатов

Испытуемому предъявляются 110 утверждений, инструкция подразумевает два варианта ответов: «согласен» – «не согласен». Ответу «согласен» присваивается значение 1, «не согласен» – 0.

Опросник для изучения отношения к себе

1. Мои слова довольно редко расходятся с делом.
2. Случайному человеку я скорее всего покажусь человеком приятным.
3. К чужим проблемам я всегда отношусь с тем же вниманием, что и к своим.
4. У меня нередко возникает чувство, что то, о чем я с собой мысленно говорю, мне неприятно.
5. Думаю, что все мои знакомые относятся ко мне с симпатией.
6. Самое разумное, что может сделать человек в своей жизни, – это не противиться собственной судьбе.
7. У меня достаточно способностей и энергии, чтобы воплотить в жизнь задуманное.
8. Если бы я раздвоился, то мне было бы довольно интересно общаться со своим двойником.
9. Я неспособен причинять душевную боль самым любимым и родным мне людям.
10. Я считаю, что иногда не грех пожалеть самого себя.
11. Совершив какой-то промах, я часто не могу понять, почему изначально мне казалось, что тут могло получиться что-то хорошее.
12. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.
13. Во мне, наверное, есть нечто, что способно вызывать у других острую неприязнь.
14. Когда я пытаюсь оценить себя, я прежде всего вижу свои недостатки.

15. У меня не получается быть для любимого человека интересным долгое время.

16. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.

17. Мой внутренний голос редко подсказывает мне то, с чем бы я в конце концов не согласился.

18. Многие мои знакомые не принимают меня так уж всерьез.

19. Бывало, и не раз, что я сам остро ненавижу себя.

20. Мне очень мешает недостаток энергии, воли и целеустремленности.

21. В моей жизни возникали обстоятельства, когда я шел на сделку с собственной совестью.

22. Иногда я сам себя плохо понимаю.

23. Порой мне бывает мучительно больно общаться с самим собой.

24. Думаю, что без труда мог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком.

25. Если я и отношусь к кому-нибудь с недовольством, то прежде всего к самому себе.

26. Иногда я сомневаюсь, можно ли любить по-настоящему.

27. Нередко мои споры с самим собой останавливает мысль о том, что все равно выйдет не так, как я решил.

28. Мое отношение к самому себе можно назвать дружеским.

29. Вряд ли найдутся люди, которым я не по душе.

30. Часто я не без издевки подшучиваю над самим собой.

31. Если бы мое «второе я» существовало, то для меня это был бы довольно скучный партнер по общению.

32. Мне представляется, что я достаточно сложился как личность и поэтому не трачу много сил на то, чтобы в чем-то стать другим.

33. В целом меня устраивает то, какой я есть.

34. К сожалению, слишком многие не разделяют моих взглядов на жизнь.

35. Я вполне могу сказать, что уважаю сам себя.

36. Я думаю, что имею умного и надежного советчика в себе самом.

37. Сам у себя я довольно часто вызываю чувство раздражения.

38. Я часто, но довольно безуспешно, пытаюсь в себе что-то изменить.

39. Я думаю, что моя личность гораздо интереснее и богаче, чем это может показаться на первый взгляд.

40. Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки.

41. Я редко остаюсь непонятым в самом важном для меня.

42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.

43. То, что со мной случается, – это дело моих собственных рук.
44. Если я спорю с собой, то всегда уверен, что найду единственно правильное решение.
45. Когда со мной случаются неприятности, как правило, я говорю: «И поделом тебе».
46. Я не считаю, что мой внутренний мир достаточно интересен для того, чтобы быть привлекательным для многих людей.
47. У меня нередко возникает сомнение: а таков ли я на самом деле, каким себе представляюсь?
48. Я неспособен на измену даже в мыслях.
49. Чаще всего я думаю о себе с дружеской иронией.
50. Мне кажется, что мало кто может подумать обо мне плохо.
51. Уверен, что на меня можно положиться в самых ответственных делах.
52. Я могу сказать, что в целом я контролирую свою судьбу.
53. Я никогда не выдаю понравившиеся мне чужие мысли за свои.
54. Каким бы я ни казался окружающим, я-то знаю, что в глубине души я лучше, чем большинство других.
55. Я хотел бы оставаться таким, какой есть.
56. Я всегда рад критике в свой адрес, если она обоснованна и справедлива.
57. Мне кажется, что если бы таких людей, как я, было больше, жизнь изменилась бы в лучшую сторону.
58. Мое мнение имеет достаточный вес в глазах окружающих.
59. Что-то мешает мне понять себя по-настоящему.
60. Во мне есть немало такого, что вряд ли вызовет симпатию.
61. В сложных обстоятельствах я обычно не жду, пока проблемы разрешатся сами собой.
62. Иногда я пытаюсь выдать себя не за того, кто я есть.
63. Быть снисходительным к собственным слабостям – вполне естественно.
64. Я убедился, что глубокое проникновение в себя – малоприятное и довольно рискованное занятие.
65. Я никогда не раздражаюсь и не злюсь без особых на то причин.
66. У меня бывали такие моменты, когда я понимал, что и меня есть за что презирать.
67. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что со мной происходит.
68. Именно богатство и глубина моего внутреннего мира и определяют мою ценность как личность.

69. Долгие споры чаще оставляют горький осадок в моей душе, чем приносят облегчение.

70. Думаю, что общение со мной доставляет людям искреннее удовольствие.

71. Если говорить откровенно, иногда я бываю очень неприятен.

72. Можно сказать, что я себе нравлюсь.

73. Я – человек надежный.

74. Осуществление моих желаний мало зависит от везения.

75. Мое внутреннее Я всегда мне интересно.

76. Мне очень просто убедить себя не расстраиваться по пустякам.

77. Близким людям свойственно меня недооценивать.

78. У меня в жизни нередко бывают минуты, когда сам себе противен.

79. Мне кажется, что я все-таки не умею злиться на себя по-настоящему.

80. Я убедился, что в серьезных делах на меня лучше не рассчитывать.

81. Порой мне кажется, что я какой-то странный.

82. Я не склонен пасовать перед трудностями.

83. Мое собственное Я не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.

84. Мне кажется, что, глубоко обдумывая свои внутренние проблемы, я начинаю гораздо лучше себя понимать.

85. Сомневаюсь, что вызываю симпатию у большинства окружающих.

86. Мне случалось совершать такие поступки, которым вряд ли можно найти оправдание.

87. Где-то в глубине души я считаю себя слабаком.

88. Если я искренне обвиняю себя в чем-то, то, как правило, обличительного запала хватает ненадолго.

89. Мой характер, каким бы он ни был, вполне меня устраивает.

90. Я вполне ясно представляю себе, что ждет меня впереди.

91. Иногда мне бывает довольно трудно найти общий язык со своим внутренним Я.

92. Мои мысли о себе по большей части сводятся к обвинениям в собственный адрес.

93. Я не хотел бы меняться сильно даже в лучшую сторону, потому что каждое изменение – это потеря какой-то дорогой частицы самого себя.

94. В результате моих действий слишком часто получается совсем не то, на что я рассчитывал.

95. Вряд ли во мне есть что-то, чего бы я не знал.

96. Мне еще немного не хватает, чтобы с уверенностью сказать себе:

«Да, я вполне созрел как личность».

97. Во мне вполне мирно уживаются как мои достоинства, так и мои недостатки.

98. Иногда я оказываю «бескорыстную» помощь людям только для того, чтобы выглядеть лучше в собственных глазах.

99. Мне слишком часто и безуспешно приходится оправдываться перед самим собой.

100. Те, кто меня не любит, просто не знают, что я за человек.

101. Убедить меня в чем-то не составляет для других большого труда.

102. Я не испытываю недостатка в близких и понимающих меня людях.

103. Мне кажется, что мало кто уважает меня по-настоящему.

104. Если не мелочиться, то в целом мне себя не в чем упрекнуть.

105. Я сам создал себя таким, каков я есть.

106. Мнение других обо мне вполне совпадает с моим собственным.

107. Мне бы очень хотелось во многом себя переделать.

108. Ко мне относятся так, как я этого заслуживаю.

109. Думаю, что моя судьба все равно сложится не так, как бы мне хотелось теперь.

110. Уверен, что в жизни я на своем месте.

Ключ:

Шкала 1: 1, 3, 9, 21, 48, 53, 56, 62, 65, 86, 98.

Шкала 2: 7, 20, 24, 30, 35, 36, 51, 52, 58, 61, 78, 80, 82, 103.

Шкала 3: 43, 44, 45, 74, 76, 84, 90, 105, 106, 108, 109, 110.

Шкала 4: 2, 5, 13, 18, 29, 34, 41, 42, 50, 85, 102.

Шкала 5: 8, 15, 16, 26, 31, 39, 46, 54, 57, 68, 70, 75, 83, 100.

Шкала 6: 10, 12, 17, 28, 40, 49, 63, 72, 77, 79, 88, 97.

Шкала 7: 6, 32, 33, 55, 89, 95, 96, 101, 104, 107.

Шкала 8: 4, 11, 22, 23, 27, 38, 47, 59, 64, 67, 69, 81, 91, 94, 99.

Шкала 9: 14, 19, 25, 37, 60, 66, 71, 78, 87, 92.

Полученные сырые баллы переводятся в стандартные оценки – «стены» с помощью специальной таблицы.

Шкалы	«Стены»									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0	0	1	2–3	4–5	6–7	8	9	10	11
2	0–1	2	3–4	5–6	7–9	10	11–12	13	13	14
3	0–1	2	3	4–5	6	7	8	9–10	11	12
4	0	1	2	3–4	5	6–7	8	9	10	11
5	0–1	2	3	4–5	6–7	8	9–10	11	12	13–14
6	0–1	2	3–4	6	6–7	8	9	10	11	12
7	0	1	3	4–5	6	7–8	7–8	9	10	11
8	0	0	1–2	3–4	5–7	8–9	11–12	13	14	15
9	0	1	2	3–4	5	6–7	8	9	10	10

Исследование различия между идеальным и реальным «Я» (Butler, Haigh, 1954)

ИНСТРУКЦИЯ:

1. Первая задача – определить то, каким вы видите себя. Для этого:
 - а. Прочтите приведенные ниже 50 утверждений, мысленно отмечая те из них, которые Вы считаете наиболее характерными и наименее характерными для Вас сейчас.
 - б. Проставьте в первой колонке, озаглавленной «Реальное Я», по 1 баллу напротив пяти наиболее присущих Вам сегодня характеристик из нижеприводимого списка.
 - с. В этой же колонке проставьте 5 баллов напротив пяти наименее присущих Вам сегодня характеристик из списка.
 - д. В этой же колонке проставьте по 2 балла напротив 12 наиболее характерных для Вас сегодня характеристик.
 - е. В этой же колонке проставьте по 4 балла напротив 12 из не слишком присущих Вам сегодня характеристик.
 - ф. Останется 16 не слишком характерных и не слишком нехарактерных для Вас свойств. Присвойте этим характеристикам по 3 балла.
 - г. Еще раз вернитесь к этим характеристикам, проверив свои оценки. Если Ваше мнение изменилось, внесите необходимые коррективы. Прделанная работа позволяет вынести суждение о Вашем сегодняшнем образе реального Я.
2. Вторая задача – определить, каким Вам хотелось бы себя видеть.
 - а. Повторите шаги а – г, но только в отношении Вашего идеального Я – того, каким бы Вы хотели стать. Поместите Ваши оценки во вторую колонку «Идеальное Я».
3. Третья задача – определить степень различия между реальным и

идеальным Я. Для этого:

а. Подсчитайте разницу между количественными выражениями вашего реального и идеального Я в двух колонках. Например, если в колонке «Реальное Я» у определенной характеристики стоит цифра 5, а в колонке «Идеальное Я» в той же строке – 1, разница составит 4 балла. Отметьте это в колонке «Разница».

б. Суммируйте все баллы третьей колонки. Чем больше разница между реальным и идеальным Я, тем выше, по всей вероятности, Ваша неудовлетворенность самим собой. (Вполне очевидно, что если идеальное и реальное Я не расходятся, разница будет нулевой.)

с. Постарайтесь запомнить характеристики, по которым разница между идеальным и реальным Я составляет 4 балла. Вероятно, это именно те плоскости Вашего Я, по которым Вы менее всего удовлетворены собой. По всей видимости, они являются и теми направлениями самосовершенствования, которые требуют максимального приложения сил.

д.

Реальное Я	Идеальное Я	Разница	№	Характеристики
			1	Я приятный человек.
			2	У меня обманчивый внешний вид.
			3	Я часто чувствую себя униженным.
			4	Я совершенно спокоен, и ничто не беспокоит меня.
			5	Я трудолюбивый работник.
			6	Я интеллигентен.
			7	Я испытываю чувство безнадежности.
			8	Мне трудно контролировать свою агрессивность.
			9	Я самоуверен.
			10	Я понимаю себя.
			11	Я общительный человек.
			12	Я обычно нахожусь настороже с людьми, которые проявляют большее дружелюбие, чем я ожидаю.
			13	Обычно я ощущаю себя ведомым.
			14	Я удовлетворен собой.

Реальное Я	Идеальное Я	Разница	№	Характеристики
			15	Решения, которые я принимаю, не являются моими.
			16	Я напористый.
			17	Я враждебный человек.
			18	Я инициативен.
			19	Я честолюбив.
			20	Я чувствую себя апатичным.
			21	Я не доверяю своим эмоциям.
			22	Я толерантен.
			23	Я рациональный человек.
			24	Я уравновешен.
			25	Я чувствую, что не разбираюсь в происходящем.
			26	Я стараюсь не задумываться над своими проблемами.
			27	Я удовлетворен.
			28	Ничто не по мне.
			29	Я презираю себя.
			30	Я сексуально привлекателен.
			31	Я не уважаю себя.
			32	Я нравлюсь большинству людей, которые меня знают.
			33	Я боюсь полного разногласия с людьми.
			34	Я прихожу в замешательство.
			35	Я неудачник.
			36	Самое трудное сражение у меня с самим собой.
			37	Обычно я строю комфортные взаимоотношения с окружающими людьми.

Реальное Я	Идеальное Я	Разница	№	Характеристики
			38	Я с ужасом ожидаю неудачи в отношении всего, к чему стремлюсь.
			39	Мне обычно нравятся все люди.
			40	Для меня не существует проблемы самоконтроля.
			41	Я на самом деле обеспокоен.
			42	Я чувствую себя незащищенным перед самим собой.
			43	Я защищаю себя, стараясь найти себе оправдания.
			44	Я ответственный человек.
			45	Я ненадежен.
			46	У меня теплые эмоциональные отношения с другими.
			47	Я никчемный человек.
			48	Причина моих тревог я сам.
			49	Я предъявляю строгие требования к себе.
			50	У меня немного ценностей и стандартов относительно себя.
Суммарная разница				

Диагностика мотивации снижения веса

Методика позволяет исследовать мотивацию снизить свой вес.

ИНСТРУКЦИЯ: Перед вами 16 утверждений. Каждое из них содержит формулировку о причине (мотиве), по которой Вы хотите сбросить лишний вес.

1. Негативно отношусь к своей полной фигуре или отдельным частям тела, хочу исправить фигуру.
2. Стремлюсь обрести идеальную фигуру, соответствующую стандартам красоты.
3. Стремлюсь стать моложе.
4. Испытываю страх перед ранней старостью.
5. Боюсь потерять любовь мужа (жены) или любимого человека.
6. Стремлюсь к любви, хочу быть любимой (любимым).
7. Хочу избавиться от чувства неполноценности.
8. Хочу восстановить сексуальные отношения.
9. Стремлюсь восстановить семью, вернуть мужа (жену).
10. Хочу завоевать уважение среди коллег на работе.
11. Хочу добиться одобрения родственников и окружающих.
12. Хочу восстановить работоспособность, выносливость.

13. Стремлюсь к профессиональному росту. Лишний вес мешает карьере.

14. Меня преследует страх смерти.

15. Хочу восстановить здоровье (сильная одышка при ходьбе, физической нагрузке, боли в сердце, повышенное артериальное давление, сахарный диабет, боли в суставах, позвоночнике).

16. Хочу повысить самоуважение (самооценку).

Вам предстоит сравнить все эти причины попарно на специальном бланке, поскольку представленные в списке мотивы снижения веса имеют для Вас разную значимость, разную степень привлекательности.

На бланке ответов 15 столбцов, в каждом из которых записаны пары цифр, причем каждой цифре соответствует утверждение с соответствующим номером из списка. Начните со столбца I. Вы смотрите на каждую пару (1 и 2, 1 и 3, 1 и 4 и т. д.) и выбираете из двух причин ту, которая Вам кажется более значимой, и обводите ее кружком. Например, перед Вами пара 1 и 2. Цифра 1 соответствует утверждению «Негативно отношусь к своей полной фигуре или отдельным частям тела, хочу исправить фигуру», цифра 2 – «Стремлюсь обрести идеальную фигуру, соответствующую стандартам красоты». Если Вы обвели 2, то стремление обрести идеальную фигуру в большей мере, чем негативное отношение к телу, заставляет Вас худеть.

Подобным же образом работайте с остальными утверждениями, заполняя весь бланк.

Обводить можно только одну цифру из пары! Пропускать пары нельзя!

Во время работы полезно к каждому утверждению вслух проговорить фразу: «Я хочу сбросить лишний вес, потому что...».

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	3	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	4	2	4	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	5	2	5	3	5	4	5	—	—	—	—	—	—	—
1	6	2	6	3	6	4	6	5	6	—	—	—	—	—
1	7	2	7	3	7	4	7	5	7	6	7	—	—	—
1	8	2	8	3	8	4	8	5	8	6	8	7	8	—
1	9	2	9	3	9	4	9	5	9	6	9	7	9	8
1	10	2	10	3	10	4	10	5	10	6	10	7	10	8
1	11	2	11	3	11	4	11	5	11	6	11	7	11	8
1	12	2	12	3	12	4	12	5	12	6	12	7	12	8
1	13	2	13	3	13	4	13	5	13	6	13	7	13	8
1	14	2	14	3	14	4	14	5	14	6	14	7	14	8
1	15	2	15	3	15	4	15	5	15	6	15	7	15	8
1	16	2	16	3	16	4	16	5	16	6	16	7	16	8

Закончив работу, подсчитайте количество баллов (т. е. выборов), выпавших на каждое утверждение.

Выберите 5 утверждений, получивших наибольшее количество баллов, и расположите их по иерархии. Это Ваши главные мотивы снижения веса.

Опросник для исследования мотивации

Данный опросник (Motivation Sources Inventory – MSI) опирается на представление о том, что при оценке мотивации любого поведения можно выделить следующие типы мотивации:

внутренние процессы – желание получить удовольствие и наслаждение от процесса деятельности;

инструментальная мотивация – желание получить осязаемое внешнее вознаграждение, например деньги, карьерное повышение т. п.;

внешняя концепция Я – желание принятия, подтверждения своей компетентности, своих ценностей со стороны других людей или референтной группы;

внутренняя концепция Я – желание соответствовать собственным стандартам компетентности и ценностей;

интернализация цели – желание достичь цели, соответствующей интернализированным ценностям.

ИНСТРУКЦИЯ: Ответьте, пожалуйста, согласны ли вы («да») или не согласны («нет») со следующими утверждениями:

1. Для меня важно, чтобы другие одобряли мое поведение.
2. Мои решения обычно отражают те высокие стандарты, которые я сам для себя установил.
3. Я бы не стал работать в компании, если бы не был согласен с ее

целями.

4. Я люблю делать только то, что доставляет мне удовольствие.
5. Объем моих усилий в процессе работы определяется требованиями этой работы.
6. Я часто принимаю решение на основании того, что подумают другие.
7. Я должен поверить в идею, прежде чем начну работать над ее воплощением.
8. Если мне не нравится то, что надо делать на работе, я бросаю эту работу.
9. Каждый час работы должен быть оплачен.
10. Я часто откладываю работу, если можно заняться чем-то более интересным.
11. Я работал бы интенсивнее, если бы был уверен, что получу более высокую плату за мои усилия.
12. Я упорно работаю над задачей, если ее выполнение связано с общественным признанием.
13. Когда я выбираю работу, то останавливаюсь на той, которая кажется мне наиболее интересной.
14. Когда я выбираю работу, то останавливаю свой выбор на той, где больше платят.
15. Если я выбираю работу, то ищу такую, в которой успех принесет мне признание.
16. Когда я выбираю компанию, то ищу ту, которая поддерживала бы мои убеждения и ценности.
17. Я считаю себя человеком, который сам себя мотивирует.
18. Я провожу свое время с теми людьми, с которыми мне интереснее всего.
19. Мой любимый день на работе – день зарплаты.
20. Я стараюсь добиваться того, чтобы мои решения соответствовали моим собственным стандартам поведения.
21. Пока я не поверю в идею, я не могу работать по-настоящему упорно.
22. Мне нравится делать вещи, которые дают ощущение личного достижения.
23. Для меня важно работать в такой организации (компании), которая позволяла бы мне использовать мои способности и опыт.
24. Для того чтобы я мог упорно работать, цели компании должны совпадать с моими ценностями.

25. Если выбирать между двумя работами, то критерием для меня будет: «А какая из них интереснее?»

26. Нужно всегда держать глаза и уши открытыми для сбора информации о лучших местах работы.

27. Я прилагаю максимальные усилия, если мне известно, что это будет замечено наиболее влиятельными людьми в организации.

28. Мне нужно знать, что своими умениями и ценностями я вношу вклад в успех организации.

29. Если я предан компании, то не так важно, добился ли я личного успеха.

30. Те, у кого больше друзей, живут более полной жизнью.

Обработка результатов проводится путем простого суммирования количества ответов «да» по каждой из шкал.

Ключ

1. Внутренние процессы – 4, 8, 10, 13, 18, 25

2. Инструментальная мотивация – 5, 9, 11, 14, 19, 26

3. Внешняя концепция Я – 1, 6, 12, 15, 30, 27

4. Внутренняя концепция Я – 2, 17, 20, 22, 23, 28

5. Интернализация цели – 3, 7, 16, 21, 24, 29

Методика «Копинг-тест»

Методика «Копинг-тест» (Lazarus, Folkman, 1981) предназначена для исследования механизмов совладания в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. Это 50 утверждений, отражающих способы преодоления трудностей в трех основных сферах психической деятельности – когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Эти утверждения соответствуют различным вариантам стратегий совладания, к которым человек прибегает в повседневной жизни, сталкиваясь с трудностями.

Количественные показатели переводятся в процентиля, которые отражают степень выраженности и преимущественное использование того или иного механизма совладания. По своей конструктивности эти механизмы делятся на три группы:

а) конструктивные:

- планирование решения
- самоконтроль
- поиск социальной поддержки

б) относительно конструктивные:

- принятие ответственности
- положительная переоценка

в) неконструктивные:

- конфронтативный копинг
- дистанцирование
- избегание.

Выделяют восемь шкал, соответствующих восьми типам механизмов совладания:

1. Конфронтативный копинг – агрессивные усилия по изменению ситуации; определенная степень готовности к риску, действия направлены на активное утверждение своего мнения и желаний в отношениях с окружающими, стремление добиться своего, хаотичная деятельность, не направленная на изменение ситуации.

2. Дистанцирование – попытка отделиться от ситуации когнитивно и уменьшить ее значимость, забыть или проигнорировать ситуацию либо найти в ней позитивную сторону.

3. Самоконтроль – попытка управлять своими чувствами и действиями, контролировать эмоции, анализировать проблему, искать пути выхода из сложившейся ситуации.

4. Поиск социальной поддержки – стремление найти информационную, эмоциональную или практическую поддержку.

5. Принятие ответственности – осознание того, что субъект – участник проблемы, активный поиск ее решения.

6. Избегание – когнитивные и поведенческие стратегии бегства от проблемы, например – попытка улучшить самочувствие с помощью алкоголя, еды, курения.

7. Планирование решения – сознательная попытка изменить ситуацию, в том числе – аналитический подход к решению проблемы.

8. Положительная переоценка – стремление найти положительное значение, например: рост личности, обретение новой веры.

Сумма баллов по каждой из 8 шкал (в сопоставлении с нормативными данными) характеризует степень выраженности изучаемых стратегий совладания, а совокупность оценок отражает иерархию форм совладающего поведения испытуемого.

ИНСТРУКЦИЯ: Пожалуйста, зачеркните цифру справа от каждого утверждения, которая наиболее точно соответствует Вашему отношению к данному утверждению:

№	Оказавшись в трудной ситуации, я...	Никогда	Редко	Иногда	Часто
1.	Сосредоточивался на том, что мне нужно делать дальше, — на следующем шаге.	0	1	2	3
2.	Начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать: главное — делать хоть что-нибудь.	0	1	2	3
3.	Пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение.	0	1	2	3
4.	Говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации.	0	1	2	3
5.	Критиковал и укорял себя.	0	1	2	3
6.	Пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть.	0	1	2	3
7.	Надеялся на чудо.	0	1	2	3
8.	Смирился с судьбой: бывает, что мне везет.	0	1	2	3
9.	Вел себя, как будто ничего не произошло.	0	1	2	3
10.	Старался не показывать своих чувств.	0	1	2	3
11.	Пытался увидеть в ситуации что-то положительное.	0	1	2	3
12.	Спал больше обычного.	0	1	2	3
№	Оказавшись в трудной ситуации, я...	Никогда	Редко	Иногда	Часто
13.	Срывал досаду на тех, кто навлек на меня неприятности.	0	1	2	3
14.	Искал сочувствия и понимания у кого-нибудь.	0	1	2	3
15.	Во мне возникала потребность выразить себя творчески.	0	1	2	3
16.	Пытался забыть все это.	0	1	2	3
17.	Обращался за помощью к специалистам.	0	1	2	3
18.	Менялся в положительную сторону, рос как личность.	0	1	2	3
19.	Извинялся или старался как-то все загладить.	0	1	2	3
20.	Составлял план действия и следовал ему.	0	1	2	3
21.	Старался дать какой-то выход своим чувствам.	0	1	2	3
22.	Понимал, что я сам вызвал эту проблему.	0	1	2	3
23.	Старался набраться опыта в этой ситуации.	0	1	2	3
24.	Говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации.	0	1	2	3
25.	Пытался улучшить свое самочувствие с помощью еды, выпивки, курения или лекарства.	0	1	2	3

№	Оказавшись в трудной ситуации, я...	Никогда	Редко	Иногда	Часто
26.	Рисковал напропалую.	0	1	2	3
27.	Старался не действовать слишком поспешно, не доверять первому чувству.	0	1	2	3
28.	Находил новую веру.	0	1	2	3
29.	Вновь открывал для себя что-то важное в жизни.	0	1	2	3
30.	Что-то менял так, что все улаживалось.	0	1	2	3
31.	В целом избегал общения с людьми.	0	1	2	3
32.	Не допускал это до себя, старался об этом особенно не задумываться.	0	1	2	3
33.	Спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал.	0	1	2	3
34.	Старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела.	0	1	2	3
35.	Отказывался воспринимать это дело слишком серьезно.	0	1	2	3
36.	Говорил с кем-то о том, что я чувствую.	0	1	2	3
37.	Стоял на своем и боролся за свои цели.	0	1	2	3
38.	Вымещал зло на других.	0	1	2	3
№	Оказавшись в трудной ситуации, я...	Никогда	Редко	Иногда	Часто
39.	Пользовался опытом прошлого.	0	1	2	3
40.	Знал, что надо делать, и удваивал усилия, чтобы все наладить.	0	1	2	3
41.	Отказывался верить, что это действительно произошло.	0	1	2	3
42.	Давал себе обещание, что в следующий раз все будет по-другому.	0	1	2	3
43.	Находил пару способов решения проблемы.	0	1	2	3
44.	Старался, чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах.	0	1	2	3
45.	Что-то менял в себе.	0	1	2	3
46.	Хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось.	0	1	2	3
47.	Представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться.	0	1	2	3
48.	Молился.	0	1	2	3
49.	Прокручивал в уме, что мне сказать или сделать.	0	1	2	3
50.	Думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь, и старался подражать ему.	0	1	2	3

Ключ:

Шкалы	№ утверждения	Баллы	Процентили
Конфронтативный копинг	2, 3, 13, 21, 26, 37	Б	П
Дистанцирование	8, 9, 11, 16, 32, 35		
Самоконтроль	6, 10, 27, 34, 44, 49, 50		
Поиск социальной поддержки	4, 14, 17, 24, 33, 36		
Принятие ответственности	5, 19, 22, 42		
Избегание	7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47		
Планирование	1, 20, 30, 39, 40, 43		
Положительная переоценка	15, 18, 23, 28, 29, 45, 48		

Б – реальное количество баллов по шкале

М – максимальное количество баллов по шкале:

1. 18

2. 18

3. 21

4. 18

5. 12

6. 24

7. 18

8. 21

П – процентили (%)

$$П = \frac{Б \times 100\%}{М}$$

Методика исследования индивидуальных стратегий совладания Э. Хайма

Методика предназначена для исследования индивидуального стиля совладания. Она позволяет выявить как непродуктивные паттерны поведения, так и ресурсы личности.

ИНСТРУКЦИЯ : Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей вашего поведения. Постарайтесь вспомнить, каким образом вы чаще всего разрешаете трудные и стрессовые ситуации, ситуации с высоким эмоциональным напряжением. Обведите кружком тот номер, который лучше соответствует вашему поведению. В каждом разделе необходимо выбрать только один вариант, отражающий то, как вы справляетесь с трудностями.

Отвечайте в соответствии с тем, как вы поступаете в последнее время. Не раздумывайте долго – важна ваша первая реакция. Будьте внимательны!

Утверждения

А

1. Говорю себе: «В данный момент есть что-то поважнее, чем трудности».
2. Говорю себе: «Это судьба, нужно с этим смириться».
3. «Это несущественные трудности, не так все плохо, в основном все хорошо».
4. «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать, что происходит у меня внутри».
5. «Я стараюсь все проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось».
6. «Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей – это пустяк».
7. «Если что-то случилось, значит – так угодно Богу».
8. «Я не знаю, что делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей».
9. «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам».
10. «В данный момент я не могу окончательно справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с более сложными».

Б

1. «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую».
2. «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу».
3. «Я подавляю эмоции в себе».
4. «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации».
5. «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы мне помочь».
6. «Я впадаю в состояние безнадежности».
7. «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам».
8. «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным».

В

1. «Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях».
2. «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях».
3. «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредоточиваться на своих неприятностях».
4. «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)».

5. «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т. п.)».

6. «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой».

7. «Я использую сотрудничество со значимыми людьми для преодоления трудностей».

8. «Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом».

Анализ результатов

Используется преимущественно качественно-содержательный анализ ответов. Каждое утверждение связано с определенной стратегией совладания. Если опрашиваемый выбирает конкретное утверждение, отражающее его привычное поведение, можно думать, что это показывает его типичную стратегию совладания. Эти стратегии могут быть: продуктивными, относительно продуктивными и непродуктивными. Кроме того, стратегии делятся на три подгруппы: когнитивные, эмоциональные и поведенческие.

Ниже («Ключ») показано, какой стратегии соответствует каждое утверждение. В скобках даны обозначения: П – продуктивная стратегия совладания (помогает быстро и успешно справиться со стрессом); О – относительно продуктивная стратегия (помогает в некоторых ситуациях, скажем, не слишком значимых или при невысоком уровне стресса); Н – непродуктивная (не устраняет состояние стресса, а напротив, способствует его усилению).

Ключ

А. Когнитивные стратегии совладания

1. Игнорирование – Говорю себе: «В данный момент есть что-то поважнее, чем трудности» (О).

2. Смирение – Говорю себе: «Это судьба, нужно с этим смириться» (Н).

3. Диссимиляция – «Это несущественные трудности, не так все плохо, в основном все хорошо» (О).

4. Сохранение самообладания – «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать, что происходит у меня внутри» (О).

5. Проблемный анализ – «Я стараюсь все проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось» (П).

6. Относительность – Я говорю себе: «По сравнению с проблемами других людей – это пустяк» (О).

7. Религиозность – «Если что-то случилось, значит – так угодно Богу»

(О).

8. Растерянность – «Я не знаю, что делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей» (Н).

9. Поиск смысла – «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам» (О).

10. Установка собственной ценности – «В данный момент я не могу окончательно справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с более сложными» (О).

Б. Эмоциональные стратегии совладания

1. Протест – «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую» (О).

2. Эмоциональная разрядка – «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу» (Н).

3. Подавление эмоций – «Я подавляю эмоции в себе» (Н).

4. Оптимизм – «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации» (П).

5. Пассивная кооперация – «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы мне помочь» (О).

6. Покорность – «Я впадаю в состояние безнадежности» (Н).

7. Самообвинение – «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам» (Н).

8. Агрессивность – «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным» (Н).

В. Поведенческие стратегии совладания

1. Отвлечение – «Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях» (О).

2. Альтруизм – «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях» (О).

3. Активное избегание – «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредоточиваться на своих неприятностях» (Н).

4. Компенсация – «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)» (О).

5. Конструктивная активность – «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т. п.)» (О).

6. Отступление – «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой» (Н).

7. Сотрудничество – «Я использую сотрудничество со значимыми людьми для преодоления трудностей» (П).

8. Обращение – «Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом» (О).

2.3.3. Исследование отношения к своему телу

Множество исследований показывают связь между неудовлетворенностью своим телом и такими нарушениями пищевого поведения, как эмоциогенная еда и переедание (см. раздел 4.1. главы 4). Искривление образа тела, его неверная оценка – это важнейший компонент нервной анорексии, так что работа с образом тела в этом случае – необходимый этап на пути к выздоровлению.

Тесты и опросники данного раздела позволяют исследовать отношение пациента к своему телу. Другие методики для исследования данного аспекта нарушений пищевого поведения приведены в разделе 4.3. главы 4.

Тест «Любите ли вы свое тело?»

ИНСТРУКЦИЯ: Пожалуйста, в каждой строке, содержащей один вопрос, зачеркните ту цифру, которая наиболее точно соответствует Вашему поведению и ощущениям.

№	Вопрос	Нико-гда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Все-гда
1	Когда Вы чувствуете себя усталой, заставляет ли это Вас задумываться о своей физической форме?	1	2	3	4	5	6
2	Считаете ли Вы, что Ваши бедра и ягодицы слишком велики для фигуры в целом?	1	2	3	4	5	6
3	Беспокоитесь ли Вы о том, что Ваше тело недостаточно упруго?	1	2	3	4	5	6
4	Бывает ли так, что чувство недовольства своей физической формой заставляет Вас плакать?	1	2	3	4	5	6
5	Воздерживаетесь ли Вы от бега из-за мысли, что Ваше тело при этом будет «колыхаться»?	1	2	3	4	5	6
6	Когда Вы находитесь в компании стройных женщин, заставляет ли это Вас думать о своей физической форме?	1	2	3	4	5	6

№	Вопрос	Нико-гда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Все-гда
7	Беспокоитесь ли Вы о том, как будут выглядеть Ваши бедра, когда садитесь?	1	2	3	4	5	6
8	Бывает ли так, что даже небольшое количество съеденной пищи заставляет Вас чувствовать себя толстой?	1	2	3	4	5	6
9	Избегаете ли Вы носить одежду, подчеркивающую форму Вашего тела?	1	2	3	4	5	6
10	Когда Вы едите сладости, булочки или другую высококалорийную пищу, чувствуете ли Вы себя при этом толстой?	1	2	3	4	5	6
11	Стыдитесь ли Вы своего тела?	1	2	3	4	5	6
12	Придерживаетесь ли Вы диеты из-за того, что беспокоитесь о своей физической форме?	1	2	3	4	5	6
13	Больше ли Вы довольны своей физической формой, когда Ваш желудок пуст (например, утром)?	1	2	3	4	5	6
14	Чувствуете ли Вы несправедливость того, что другие женщины стройнее Вас?	1	2	3	4	5	6
15	Беспокоитесь ли Вы о том, что Ваше тело покрыто целлюлитными ямочками?	1	2	3	4	5	6
№	Вопрос	Нико-гда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Все-гда
16	Беспокоитесь ли Вы о том, что Ваша физическая форма заставляет Вас заниматься физическими упражнениями?	1	2	3	4	5	6

Посчитайте сумму набранных баллов. Оцените степень Вашей неудовлетворенности собственным телом.

Количество баллов	Уровень риска
6—18	Низкий
19—40	Умеренный
41—53	Умеренно высокий
54—68	Очень высокий
69—96	Чрезвычайно высокий

Опросник для исследования образа тела

Этот опросник разработан директором Национального Центра нарушений пищевого поведения Великобритании (Jade, http://www2.netdoctor.co.uk/testyourself/facts/body_image.asp). Испытуемому предлагают 20 утверждений, которые позволяют оценить, как часто он испытывает дискомфорт по поводу своей внешности в определенных ситуациях. Четыре варианта ответов: «никогда», «иногда», «часто», «всегда» – оцениваются в диапазоне от 0 («никогда») до 3 («всегда») баллов. Таким образом, испытуемый может набрать в сумме от 0 до 40 баллов.

Показатели 10 баллов и меньше говорят о том, что образ тела испытуемого позитивный и что отношение к собственной внешности практически не влияет на его повседневную жизнь.

При показателях от 11–20 баллов испытуемый в основном чувствует себя комфортно по поводу собственного тела. Однако время от времени образ тела и, следовательно, уверенность в себе могут колебаться, и существует риск появления чувства тревоги в отношении тела, его размеров, формы и внешнего вида в определенных ситуациях.

Я испытываю неприятные чувства по поводу своей внешности:	Никогда 0	Иногда 1	Часто 2	Всегда 3
1. На общественных собраниях, где я мало кого знаю				
2. Когда я смотрю на себя в зеркало				
3. Когда я нахожусь рядом с привлекательными людьми				
4. Когда кто-то смотрит на те части моего тела, которые мне не нравятся				
5. Когда я примеряю новую одежду				
6. Когда я делаю физические упражнения				
7. После того как я съедаю весь обед				
8. Когда я ношу открытую одежду				
9. Когда я встаю на весы				
10. Когда я думаю о том, что кто-то меня отверг				
11. Когда я нахожусь в ситуации, связанной с сексом				
12. Когда я в плохом настроении				
13. Когда я думаю о том, как я выглядела, когда была моложе				
14. Когда я вижу себя на фото или видео				
15. Когда я думаю о том, что набрала вес				
16. Когда я думаю о том, как бы я хотела выглядеть				
Я испытываю неприятные чувства по поводу своей внешности:	Никогда 0	Иногда 1	Часто 2	Всегда 3
17. Когда я вспоминаю об обидных вещах, которые говорили по поводу моей внешности				
18. Когда я нахожусь рядом с людьми, которые говорят о лишнем весе и диетах				
19. Когда я просматриваю журналы мод				
20. Когда я думаю о том, чтобы отправиться в отпуск				

Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн

Ниже представлено измерение самооценки по методике Дембо-Рубинштейн с добавлением двух ее модификаций, одной – для измерения

оценки красоты своего тела, а другая – для измерения оценки своей полноты.

Испытуемым предлагают 3 бланка. Первый бланк содержит 12 строк – шкал (по 10 делений в каждой), полюса которых обозначают противоположные характеристики (умная – глупая, здоровая – больная, спокойная – тревожная, счастливая – несчастная, удачливая – неудачливая, общительная – замкнутая, уверенная в себе – неуверенная в себе, смелая – застенчивая, женственная – мужественная, привлекательная – непривлекательная, красивая – некрасивая).

Испытуемым дается следующая инструкция: «Оцените саму себя по каждой шкале, отмечая черточкой (-) соответствующее место на шкале». При обработке результатов один полюс шкалы принимают за 0, другой – за 10 баллов, в этом случае отметка, сделанная испытуемым на каждой шкале, представляла собой определенный балл. В итоге баллы по всем шкалам суммируются.

Второй бланк содержит 9 аналогичных шкал, полюса которых обозначают противоположные характеристики, относящиеся к телу или внешности (красивое лицо – некрасивое лицо, красивые щеки – некрасивые щеки, красивая фигура – некрасивая фигура и т. п. утверждения про бедра, талию, руки, плечи, грудь).

Дается аналогичная инструкция: «Оцените свою собственную внешность...». Подсчет баллов осуществляется так же, как и в первом случае; итоговый балл отражал оценку красоты собственного тела.

Третий бланк аналогичен 2-му, но содержит утверждения, относящиеся к полноте (худое лицо – полное лицо, худые щеки – полные щеки, худая фигура – полная фигура и т. п.). Инструкция и подсчет результатов аналогичны.

Проективная методика «Автопортрет»

Проективная методика «Автопортрет» позволяет выявить индивидуально-типологические особенности человека, его представления о себе, своей внешности и своей личности (Романова, Потемкина, 1991). Здесь предлагаются три интерпретации данного теста: Р. Бернса (США), Потемкиной и Романовой (1991) и по схеме Г. Риды, разработанной на основе типологии К. Юнга.

Цель методики: выявление индивидуально-типологических особенностей человека.

Материалы : карандаш или ручка, лист бумаги размером 10x15 см.

Инструкция : «Нарисуйте свой портрет».

Изучение разнообразных автопортретов в живописи позволяет

выделить следующие их типы:

- лицо как центр картины, очень часто это графическое изображение;
- автопортрет в интерьере, дополняющем и оттеняющем портрет;
- нескольких автопортретов одновременно, различающихся по возрасту, по различным этапам жизненного пути;
- автопортрет-метафора – получил распространение в последнее время как арена для всякого рода психологических экспериментов, рассчитанных на изощренное воображение зрителя: например, изображение молодой женщины в подчеркнуто экстравагантном модном костюме, балансирующей в воздухе на канате;
- сюжетный автопортрет, выполненный в обычной, вполне реальной ситуации, то есть в кругу близких друзей, где автор беседует, ест, пьет, прогуливается и т. д.;
- исключительная, но вполне реальная ситуация, при которой изображается участие в каком-либо важном событии, происходившем в действительности;
- вымышленная, фантастическая ситуация, в которой автор никогда не участвовал.

Интерпретация I

Исследования тестовых автопортретов в разных культурных группах позволили выделить ряд важных критериев, на основании которых по рисунку можно судить о психологии человека.

1. Уровень стереотипизации в подаче «образа самого себя». Сопоставление рисунков из разных регионов России поражает наличием сходных черт в характере вырисовывания, стереотипностью представления наиболее значимых для определенного возраста и пола деталей автопортрета. Акцент в подавляющем большинстве случаев делается на фрагментах лица (глазах), игнорируются конечности (пальцы рук); фигуры статичные, тяжелые, позиции однообразны (изображены в анфас), туловище и конечности укорочены; в образе либо отсутствуют эмоциональные проявления и чувства, либо присутствует «наклеенная» улыбка.

2. Характер эстетической ориентации. Тело воспроизводится в грубой форме, без должного внимания. Для представителей женского пола характерна фиксация внимания на лице (глаза, губы) и одежде, для мужчин значимее все тело, мальчики ориентируются на демонстрацию силы. Редко можно увидеть проработанную пластику тела, динамичного, «летающего» человека; преобладают либо «солдатики» – руки по швам, ноги вместе, либо «полицейские» – руки спрятаны, ноги врозь.

3. Уровень осознания телесной конгруэнтности. Как правило, не выдержаны пропорции между головой и конечностями. Внимание к кистям наблюдается только у художественно одаренных испытуемых с хорошо развитой мелкой моторикой. У большинства – маленькие обрубленные пальцы либо их отсутствие, обрубленные стопы ног, прямая жесткая спина.

4. Уровень рефлексии. Изображение, как правило, носит безличный характер. Испытуемые в большей степени ориентируются на существующие нормы представления себя, а не на отображение своего внутреннего мира. Личностные мотивы подавляет желание лучше выглядеть в глазах зрителей. Поэтому фантазия проявляется скорее в прорабатывании деталей костюма, чем в попытке изобразить особенности своего типа характера.

Тест «Автопортрет» разработан Р. Бернсом (США, Институт человеческого развития, г. Сиэтл), который трактует элементы изображения следующим образом.

Голова . Большая голова обычно предполагает большие интеллектуальные претензии или недовольство своим интеллектом. Маленькая голова обычно отражает чувство интеллектуальной или социальной неадекватности.

Глаза . Большие глаза на рисунке предполагают подозрительность, а также проявление озабоченности и чрезмерной чувствительности по отношению к общественному мнению. Маленькие или закрытые глаза обычно говорят о поглощенности собой и о тенденции к интроверсии.

Уши и нос . Большие уши отражают чувствительность к критике. Акцентированный нос предполагает наличие сексуальных проблем. Выделенные ноздри свидетельствуют о склонности к агрессии.

Рот . Выделенный рот указывает на примитивные оральные тенденции или трудности речи. Отсутствие рта означает либо депрессию, либо низкую интенсивность общения.

Руки . Руки символизируют контакт личности с окружающим миром, скованные руки указывают на жесткую, обязательную, замкнутую личность. Вялые опущенные руки свидетельствуют о неэффективности. Хрупкие, слабые руки предполагают физическую или психологическую слабость; длинные сильные руки – амбициозность и выраженную вовлеченность в события внешнего мира; очень короткие руки – отсутствие амбиций и чувство неадекватности.

Ноги . Длинные ноги отражают потребность в независимости. Большие ноги подразумевают потребность в безопасности. Отсутствие ног на рисунке означает нестабильность и отсутствие основы. Так, дезертиры

часто рисуют людей без ног.

Интерпретация II (интегративно-оценочная)

Все изображения можно классифицировать следующим образом:

1. Эстетическое изображение – выполняется людьми, имеющими художественные способности. По графическим тестам и по тесту «Автопортрет», в частности, всегда можно отличить испытуемых, обладающих «рукой художника». Рисунки этих людей отличаются легкостью, гибкостью линий, выразительностью черт, лаконичностью образа.

2. Схематичное изображение – в виде лица, схемы тела, бюста, нарисованных в профиль и анфас; чаще к такому типу изображения тяготеют лица интеллектуального склада (мыслители по И. П. Павлову), для которых важно получить наиболее общее представление о явлении; частности и детали их интересуют по мере надобности. По-видимому, это изображение соответствует синтетическому когнитивному стилю с тенденцией к обобщению.

3. Реалистическое изображение – выполненное с деталями, то есть прорисовкой лица, волос, ушей, шеи, одежды. Обычно так рисуют люди, отличающиеся педантичностью, склонные к детализации, аналитического когнитивного стиля.

4. Метафорическое изображение – человек изображает себя в виде какого-либо предмета, например чайника или химической пробирки, спортивного снаряда, животного, растения, литературного персонажа и т. д. Такое изображение выполняют лица художественного склада, обладающие развитой фантазией, творческими способностями и, разумеется, чувством юмора.

5. «Автопортрет в интерьере» – человек изображен в окружении каких-либо предметов, на фоне пейзажа, комнаты и т. д. По-видимому, такого рода изображения принадлежат людям, обладающим способностью к сюжетному описанию, а также ориентированным на внешнее предметное окружение.

6. Эмоциональный автопортрет – где человек отразил себя в каком-либо эмоциональном состоянии, часто является шаржем или его напоминает. По-видимому, такого рода изображение создают люди, обладающие более высокой эмоциональностью, рефлектирующие над своим состоянием. Причем переживаемая ими эмоция нередко противоположна той, которая изображена на бумаге. Например, грустный человек часто рисует улыбающееся лицо и т. п.

7. Изображение позы или движения – человек изображает себя в

момент совершения какого-либо действия. Возможно, такой тип изображения свойственен людям с выразительными движениями, увлеченным спортом, танцами и т. п.

8. Автопортрет со спины – вместо лица изображен затылок; обычно это демонстрирует противоречивое отношение к инструкции, экспериментатору и т. д. либо нежелание рисовать лицо.

Выделенные группы рисунков позволяют выполнить первый этап обработки материала. Дальнейшие способы обработки данных могут быть самыми различными – от поверхностного соотнесения с тем или иным типом изображения до сложных и точных измерений и сопоставления с фотографией.

Интерпретация III

Материал, полученный в тесте «Автопортрет», можно также упорядочить по схеме Г. Рида, разработанной на основе типологии К. Юнга.

Типология Юнга опирается на представления об экстраверсии-интроверсии и о доминировании основных психических функций: мышления, интуиции, ощущения и чувства.

Таким образом, Юнг выделяет 8 психологических типов:

- 1) экстравертированный мыслительный тип;
- 2) интровертированный мыслительный тип;
- 3) экстравертированный ощущающий тип;
- 4) интровертированный ощущающий тип;
- 5) экстравертированный чувствующий тип;
- 6) интровертированный чувствующий тип;
- 7) экстравертированный интуитивный тип;
- 8) интровертированный интуитивный тип.

Английский искусствовед, художественный критик, а также теоретик эстетического воспитания Г. Рид (1893–1968), подвергший анализу несколько тысяч детских рисунков, пришел к весьма важному заключению, что все разнообразие форм художественного выражения детей также можно свести к восьми видам, которые он попытался привести в соответствие с типологией личности К. Юнга.

В своем анализе Г. Рид опирался на разнообразие форм художественного выражения детей. Он выделил восемь типов рисунков: эмфатический (импрессионистский), гаптический, ритмический, структурный, органический, перечисляющий, декоративный, имагинарный – и описал их характерные признаки.

1. Эмфатический рисунок (импрессионистский, экспрессивный)

характеризует стремление передать атмосферу непосредственного выражения ощущений, впечатлений.

2. Гаптический рисунок характеризует изображение каких-либо внутренних ощущений, часто болезненных, например: «болит ухо», «голова болит» и т. д.

3. Ритмический рисунок – в нем главное значение приобретает изображение движения: машина едет, человек бежит и т. д.

4. Структурный рисунок – тут главное передать структуру целого. Это может быть как абстрактная фигура, так и сложное целое, например площадь города.

5. Органический рисунок отличается тем, что художник отдает в нем предпочтение органически естественным формам, стремясь изобразить, например, деревья, человека, животных и т. д.

6. Перечисляющий рисунок – изображение различных объектов, которые трудно чем-либо объединить; это отдельные детали или предметы;

7. Декоративный рисунок обычно строится вокруг передачи цвета, это узоры, орнаменты, украшения и т. д.

8. Имагинарный рисунок обычно содержит какой-либо сюжет, заимствованный из книги, персонажа из сказки или из фантазии и т. д.

Схема классификации различных типов рисунков приведена ниже.

Как уже указывалось, Г. Рид нашел эмпирическое соответствие психологических типов (по Юнгу), отражающих особенности личности, формам художественного выражения, что отражено в следующей схеме:

	Личностный тип	Вид рисунка
мыслительный тип	экстраверт интроверт	перечисляющий органический
чувствующий (эмоциональный)	экстраверт интроверт	декоративный имагинарный
ощущающий (сенсорный)	экстраверт интроверт	эмфатический гаптический
интуитивный	экстраверт интроверт	ритмический структурный

Краткое описание типологии К. Юнга

1. Экстравертированный мыслительный тип – перечисляющий рисунок – изображение нескольких предметов, знаков, которые не связаны общим сюжетом, то есть простое перечисление. Это рассудочные люди, действующие исходя из обдуманных мотивов с ориентацией на факты, общепризнанные идеи, идущие от традиций, воспитания, образования. Мышление их позитивно, они находят новые факты или создают обобщающие концепции для объяснения разрозненных данных. Суждение

обычно синтетическое. Как правило, накопление эмпирических данных «не прерывается» до конца, а объяснение сводится к некоей общей интеллектуальной формуле, где все зависит от широты данной формулы. Если она широка, то это реформатор, общественный обвинитель, очиститель нравов, проповедник нововведений; если узка, человек может стать брюзгой, мудрствующим самодовольным критиком, который и себя, и других хотел бы «втиснуть» в свою схему. Чувства людей этого типа поддерживают интеллектуальную установку и приспособляются к ней; функция чувств подавляется, что выражает формула «цель оправдывает средства». Насколько тут широк размах самопожертвования, настолько мелочны, консервативны бывают чувства.

2. Экстравертированный ощущающий тип – эмфатический рисунок – стремление к передаче атмосферы, к непосредственному выражению ощущений. У людей этого типа критерием ценности является сила ощущений. Наиболее сильно вытесняется интуиция. Чрезвычайно развито объективное чувство факта. Чаще это мужчины, для которых ощущение есть конкретное проявление жизни, ее полноты. Это человек деятельный, лишенный склонности к рефлексии и властолюбивых намерений: от примитивного искателя наслаждений до рафинированного эстета. Вытесненная интуиция может проявляться в фантазии ревности или состоянии страха, фобиях, навязчивых симптомах. Неврозы в этом случае труднее всего лечить разумным способом. Для осознания чего-либо человеку данного типа часто необходимо давление аффектов.

3. Экстравертированный чувствующий тип – декоративный рисунок: орнамент, узоры, цветы и т. п. Тип, наиболее часто встречающийся среди женщин, руководимых чувством, которое согласовано с общезначимыми ценностями, что особенно сильно проявляется в выборе объекта любви: она любит подходящего мужчину, отвечающего ее разумным требованиям. То, чего они не чувствуют, они не могут и осмыслить: «Я не могу так думать, потому что этого не чувствую». Чувства утрачивают личный характер при ориентации на общепринятое.

4. Экстравертированный интуитивный тип – ритмический рисунок: изображение движущихся объектов. Мышление, ощущения, чувства людей этого типа вытесняет интуиция, с помощью которой человек стремится реализовать свои возможности. Интуиция – то вспомогательное средство, которое действует автоматически, когда ни одна из других функций неспособна найти выход из положения. Часто объекты представляются преувеличенно ценными, обычно тогда, когда они необходимы для разрешения ситуации, но, сослужив свою службу, они теряют ценность и

отбрасываются как обременительный придаток. Данный тип обладает тонким чутьем к тому, что зарождается и имеет будущее. Пока существует какая-либо потенциальная возможность, он прикован к ней «силой рока». Он мало считается с мнением окружающих, их физическое состояние, как и его собственное, не является для него весомым фактором. Он обладает собственной моралью, расходящейся с общепринятой, и охотно берется за профессии, позволяющие развить его способности.

5. Интровертированный мыслительный тип – органический рисунок – изображение органических форм: растений, животных, человека. Мышление данного типа ориентировано на субъективный фактор. Он собирает данные только как средство доказательства, а не как нечто важное само по себе. Его ценности связаны с развитием глубинного символического образа, воспринимаемого внутренним взором. Человек данного типа хочет загнать все события в рамки своей идеи, претендующей на оригинальность. Обычно он полностью отвергает объект, так что присутствующий человек может чувствовать себя лишним, ненужным или помехой. Такой человек остается нормальным до тех пор, пока Я чувствует себя ниже уровня бессознательного, пока чувства раскрывают нечто более высокое и властное, нежели Я.

6. Интровертированный ощущающий тип – гаптический рисунок – изображение внутренних ощущений: «болит ухо», «болит голова» и т. п. Он преимущественно ориентируется на то, что происходит в данный момент, и на субъективную интенсивность ощущений, вызванных объективным раздражением. Извне нельзя предсказать, что произведет на него впечатление, а что нет. С легкостью он задает вопрос: для чего существуют люди, почему объекты имеют право на существование? Он отличается странностью и субъективностью поступков. На окружающих данный тип действует подавляюще, он сводит все к некоей «правильной» формуле субъективного норматива. Такие люди позволяют управлять собой, за что мстят сопротивлением и упрямством, в некоторых случаях они становятся жертвами агрессии и властолюбия других. При отсутствии художественных способностей самовыражения впечатления уходят вглубь, а при наличии этих способностей выражаются архаически банальными, повседневными фразами. Наиболее сильно вытеснена интуиция, имеющая тут экстравертированный и архаический характер.

7. Интровертированный чувствующий тип – имагинарный рисунок – изображения персонажей, заимствованных из литературы, фантазии, отличающиеся оригинальностью самовыражения. Человек данного типа постоянно ищет образы, не встречающиеся в действительности. Он

стремится к внутренней интенсивности, для которой объекты в лучшем случае только лишь дают внутренний толчок. Он молчалив и труднодоступен, подобно мимозе, «свертывается» от грубости. Он обороняется с помощью отрицательных суждений, чувств или поразительного равнодушия. Его основополагающие идеи: Бог, свобода, бессмертие – имеют ценность чувства. Чтобы передать все богатство чувства, хотя бы приблизительно, ему нужна необычайная поэтическая или художественная выразительность. Если же чувства искажены эгоцентризмом, человек более всего озабочен своим Я и становится несимпатичным. Интровертированному чувствованию противостоит примитивное мышление, находящееся в рабской зависимости от фактов. Случается, что люди этого типа испытывают буквально ощущение паралича от напористой эмоции. Если чувства заняты чем-то более высоким, чем эгоцентризм, человек остается нормальным. При доминировании Я он начинает чувствовать, «что думают другие», подозревая их во всевозможных низостях, злых мыслях и интригах.

8. Интровертированный интуитивный тип – структурный рисунок – изображение целого, состоящее из частей, обычно это один изолированный предмет. Интуиция у данного типа направлена на внутренние субъективные образы. Он со вниманием относится к изменяющемуся объекту, с живейшим сочувствием наблюдая особенности его изменения. Обычно это тип мистика, мечтателя и провидца, с одной стороны, фантазера и художника – с другой. Углубление интуиции часто влечет за собой удаление от осязаемой действительности, тогда человек становится загадкой для ближайшего окружения. Если это художник, то его искусство посвящено вещам, которые бывают одновременно и значительными, и банальными, прекрасными и аляповатыми, возвышенными и причудливыми. Если он не художник, то часто бывает непризнанным гением, чем-то вроде мудрого безумца, фигурой для «психологических романов». На бессознательном уровне этот тип в качестве компенсации приобретает черты «ощущающего экстраверта». Отсюда – его чрезвычайная привязанность к чувственному впечатлению.

Кроме приведенных выше тестов при диагностике нарушений пищевого поведения можно использовать следующие методики:

1. Диагностика потребности в поисках ощущений М. Цукермана.
2. Диагностика состояния агрессии (опросник Басса-Дарки).
3. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний.
4. Личностная шкала проявления тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т. А.

Немчинова).

5. Методика «Ценностные ориентации» Рокича.
6. Методика диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении В. В. Бойко.
7. Методика диагностики коммуникативной установки В. В. Бойко.
8. Методика диагностики мотивации избегания неудач (тест Элерса).
9. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири.
10. Методика диагностики самоконтроля в общении М. Снайдера.
11. Методика диагностики степени готовности к риску Шуберта.
12. Методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей.
13. Методика диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды В. В. Бойко.
14. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана (в модификации В. В. Бойко).
15. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова.
16. Методика Додонова «Предпочитаемые переживания».
17. Методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея в модификации для психосоматических пациентов.
18. Методика самооценки личности (Будасси).
19. Морфологический тест жизненных ценностей.
20. Мотивация успеха и боязнь неудачи (опросник А. А. Реана).
21. Опросник Гарбузова для выявления доминирующего инстинкта.
22. Опросник для выявления депрессии Бека.
23. Опросник межличностных отношений (ОМО).
24. Опросник УСК (уровень субъективного контроля) Роттера.
25. Опросник Шмишека.
26. Оценка уровня общительности (тест Ряховского).
27. Самоактуализационный тест (САТ).
28. Самооценка экстравертности, ригидности и тревожности.
29. Тест «Направленность личности» Б. Басса.
30. Тест «Шкала реактивной и личностной тревожности» (опросник Спилбергера).
31. Тест Кеттела (16PF – Form C).
32. Тест самооценки личности – опросник «Личностный дифференциал».
33. Тест Томаса – типы поведения в конфликте (адаптирован Гришиной).

34. «Уверенность в себе» (тест Райдаса).

35. Шкала депрессии Цунга.

36. Шкала мотивации одобрения.

37. Шкала потребности в достижении.

Данные тесты являются широкодоступными и приведены во многих пособиях по психодиагностике (например, Райгородский, 1998; Столяренко, 2000 и др.).

Компьютеризированные и сетевые версии многих психологических тестов также доступны в Интернете на сайтах:

<http://azpsy.chat.ru/tests.html>

<http://psy.agava.ru/prog02.shtml>

http://www.psyworld.agava.ru/nauka_psydiagnos.html

<http://www.psyserver.narod.ru/metodik.htm>

<http://www1.list.ru/catalog/>

<http://www.private.peterlink.ru/philo/blamet.html>

<http://www.eniostyle.ru/test/>

<http://tarassov.port5.com/psychology/tests/>

<http://www.infamed.com/psy/>

<http://psy.synnegoria.com/cgi-bin/>

<http://bodyandsoul.h1.ru/test/>

<http://www.fortunecity.com/millennium/scooby/454/Psytests/Tests/>

Глава 3 Психотерапия при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении

Психотерапия – это целенаправленная вербальная или невербальная коммуникация с пациентом для воздействия на его болезненное соматическое и психическое состояние. План психотерапии основан на теоретических представлениях о болезни, лечение включает в себя обучение и коррекцию (Бройтигам и др., 1999). Психотерапия есть метод коммуникации, позволяющий изменять соотношения во внутреннем мире символов человека (Кэхеле, 1995).

3.1. Общие вопросы психотерапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения

В психологии выделяют несколько основных источников, эмоционально обусловленных (то есть психосоматических) заболеваний (Радченко, 2001).

Первый источник – это *внутренний конфликт*, конфликт между частями личности, между сознательным и бессознательным в человеке, причем такая борьба приводит к разрушительной «победе» одной части над другой. Например, при переедании можно выделить две части личности, которые формируют разные модели поведения. Одна как бы говорит: «Я хочу себя утешить, умиротворить едой и забыть все эти неприятные переживания». Вторая часть «призывает»: «Немедленно прекрати есть, посмотри, на кого ты похожа, во что превратилось твоё тело!» Обе эти части, как чаши весов, доминируют попеременно, конфликтуя между собой. Задача психотерапии в этом случае состоит в том, чтобы эти части примирить. Подавление одной из частей не поможет устранить лишний вес.

Эффективные техники работы с конфликтом противоположностей (частей личности) предлагает нейролингвистическое программирование (раздел 3.9 настоящей главы) и гештальт-терапия (раздел 3.8 настоящей главы).

Вторая причина – это *мотивация*, или *вторичная выгода*. Это очень значимая причина, потому что симптом нередко выгоден для пациента. При исследовании известных, но до сих пор недостаточно изученных феноменов взаимосвязи избыточного веса и образа жизни человека с точки зрения получения стабильных экзистенциальных, биологических, психологических и социальных выгод были обнаружены специфические мотивационные преимущества (МП) (термин введен В. А. Петровским), фиксирующие лишний вес. МП лишнего веса выступают как дополнительные средства эффективной адаптации к условиям существования, как средства для достижения значимых целей. При этом МП затрудняют терапию и способствуют стабилизации патологического процесса. Если игнорировать МП, лечение может приобрести скорее симптоматический, нежели патогенетический характер.

Существует несколько основных мотивов (вторичных выгод, МП) для поддержания психосоматической болезни. Любая болезнь:

1. позволяет уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы;
2. дает право на заботу, любовь, внимание окружающих;
3. устраняет необходимость соответствовать требованиям окружающих и самого себя.

Например, вторичная выгода ожирения состоит в том, что к людям с избыточным весом предъявляют меньше требований, а сами полные люди обвиняют во всех неудачах свою внешность. Избыточный вес защищает женщину от эксгибиционистских тенденций и мужского внимания, которое воспринимается как опасность и соблазн. Избыточный вес женщины может также выражать протест против общества, где доминируют мужчины, желающие видеть в женщинах стройных и пассивных сексуальных роботов. Тучные мужья избегают домашней работы и секса, прячась в свою полноту как в неприступную крепость.

Кроме того, избыточный вес:

- придает начальникам авторитетную, солидную внешность;
- служит оправданием жизненных неудач;
- защищает человека от нежелательных мыслей, чувств и эмоций;
- помогает забыть о себе и быть полезным для значимых людей;
- помогает казаться добрым и хорошим;
- помогает быть более напористым и агрессивным;
- помогает играть роль «жертвы» и вызывать сочувствие;
- помогает привлечь внимание окружающих;
- помогает реализовать потребность в любви и заботе;
- способствует более легкому взаимопониманию с друзьями;
- устраняет ревность со стороны близкого человека;
- является средством самонаказания;
- способствует снижению ответственности за себя и свою жизнь

(Гаврилов и др., 2006).

Для того чтобы разобраться в проблеме вторичных выгод (мотивационных преимуществ) применительно к проблеме лишнего веса, необходимо решить две основные задачи:

1. определить потребности, которые удовлетворяются благодаря лишнему весу;
2. найти альтернативные (без участия лишнего веса) пути удовлетворения этих потребностей.

Эффективные техники психотерапевтической работы со вторичной

выгодой лишнего веса приведены в разделах 3.4 и 3.6–3.9. настоящей главы.

Следующий источник психосоматических нарушений – *идентификация*, стремление стать похожим на кого-то, на идеал. Постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела. Живя все время в «ауре» другого, он в конце концов начинает от этого страдать. Особенно опасно бессознательное подражание родителям. Реализация родительского сценария, возможно, является одной из причин заболеваний, которые считают наследственными. Генетики могут возразить, что наследственные болезни передаются генами. Но они согласятся с тем, что гены многих заболеваний носят все люди, а болеют далеко не все. Возможно, родительский сценарий и является тем фоном, на котором начинает развиваться наследственная патология. К сожалению, сценарные нарушения плохо поддаются психологической коррекции, быть может, потому их и отнесли к группе наследственных заболеваний: дескать, что заложено в генах, медицина изменить не может.

Эффективные техники работы с родительскими сценариями разработаны в транзактном анализе (раздел 3.10. настоящей главы) и семейной психодраме (раздел 3.11. настоящей главы).

Иногда лишний вес сдерживает развитие другой, более грозной патологии. Понятие *сдвига симптомов* было введено в традиционной медицине и психологии после признания того факта, что симптомы, устраняемые с помощью терапии, внезапно возвращаются в другой форме. Можно было бы даже сказать так: симптомы «блуждают» от органа к органу, а пациент – от специалиста к специалисту.

Следующий возможный источник эмоционально обусловленных заболеваний – это *эффект внушения*. Известно, что если ребенку в детстве часто повторять: «дурочка, дурак, остолоп, жадина» и т. п., то очень часто дети начинают демонстрировать поведение, соответствующее этому ярлыку, и оно автоматически переходит во взрослую жизнь, даже если потом перерабатывается с помощью рационализации.

Еще один источник – это так называемая «*речь органов*». Так, лишний вес может быть физическим воплощением фразы. Например, слова «проглотить обиду», «обрасти заботами», «живот крепче – на сердце легче», «хорошего человека должно быть много» могут превратиться в реальные симптомы.

Еще одним мотивом психосоматической болезни может стать *самонаказание*. Если человек совершает неблагоприятный, по его мнению, поступок, иногда он бессознательно подвергает себя наказанию. Например,

ребенку внушали, что нужно уважать родителей и делать только то, что они считают нужным. А когда он однажды решает поступать по-своему, то совершает неблагоприятный поступок и испытывает чувство вины. А вина ищет наказания. Самонаказание – очень распространенная причина многих травм и соматических нарушений.

Еще одна значимая причина психосоматических расстройств – это болезненный, *травматический опыт прошлого*. Как правило, это психические травмы раннего детства.

Важной причиной психосоматических заболеваний может быть *алекситимия* (см. раздел 1.1.1. главы 1). Свойства алекситимической (психосоматической) личности служат серьезным препятствием при консультировании и психотерапии. Человек с алекситимией «эмоционально безграмотен», неспособен вербализовать свои переживания, ему недостает символического мышления. Больше всего психотерапевта фрустрирует нежелание такого клиента увидеть связь между его соматическими жалобами и конфликтами в эмоциональной сфере, хотя часто психологический контекст этих жалоб очевиден. Очень трудно работать психологическими методами с человеком, который понимает свои эмоциональные проблемы как соматические. Такой клиент много молчит, не проявляет никакого интереса к сотрудничеству, ориентирован на медикаментозное лечение, постоянно принуждает психотерапевта проявлять инициативу. Монотонный, эмоционально бесцветный стиль клиента вызывает у психотерапевта раздражение, потому что последний чувствует себя загнанным в угол. Попытка активно вовлечь клиента в эмоциональные отношения только увеличивает у того тревожность из-за неумения вербализовать чувства. Сопутствующая активизация физиологических реакций позволяет клиенту еще настойчивее жаловаться на соматическое недомогание.

Если у клиента выраженная алекситимия, при консультировании следует применять не конфронтацию, а техники поддержки. Клиента также следует учить артикулировать свои переживания. Для этого можно использовать эмоциональные слова и фантазии, анализировать различные эмоциональные ситуации, переводить умозаключения клиента на четкий язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях эффективна, в определенной степени она помогает осознать эмоциональные проблемы и их вербализовать.

Так как психологический фактор при нарушениях пищевого поведения и возникновении избыточного веса выступает как один из этиологических, в его коррекции важную роль должна играть психотерапия как один из

компонентов лечебного и реабилитационного процесса (Пушкарев и др., 2000). Для работы с перечисленными причинами ожирения и нарушений пищевого поведения могут использоваться различные психотерапевтические техники, которые приведены в настоящей главе.

Коррекционные программы при терапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения в основном решают следующие задачи:

1. Коррекция нарушений пищевого поведения и неадекватного образа жизни.
2. Коррекция образа Я.
3. Достижение объективности самооценки.
4. Реабилитация Я в собственных глазах и обретение уверенности в себе.
5. Коррекция системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие с психофизическими возможностями.
6. Коррекция отношения к другим, увеличение способности к эмпатии и пониманию переживаний других.
7. Приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов.

При работе с психосоматическими пациентами используются все известные психотерапевтические подходы. Однако выбор конкретного метода и тактики терапии зависит от ряда факторов: от клинической картины болезни, особенностей личности пациента, установленных сроков терапии, опыта психотерапевта (владение определенными психотерапевтическими подходами).

Применяемые в психосоматической медицине методы психотерапии можно разбить на две группы: глубинно-психологические методы и методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения. На практике они могут комбинироваться.

Глубинно-психологические методы ставят своей целью раскрытие психологического конфликта, который стоит за психосоматическими симптомами, перестройку личности в целом и ее отношений с окружающим миром. Важно иметь в виду, что устранение симптомов не является первичной целью глубинно-психологических методов терапии – симптомы ослабевают и исчезают по мере достижения перечисленных выше целей. Необходимым условием применения этого подхода является способность пациента к рефлексии и наличие достаточного количества времени для проведения курса психотерапии. Тут используются как

индивидуальные, так и групповые формы терапии.

Кроме того, при психосоматических заболеваниях используют различные виды невербальной психотерапии: телесно-ориентированная терапия, танцевальная терапия, ритмо-двигательная терапия (см. главу 4).

Важным моментом в терапии, особенно при работе с психосоматическими заболеваниями и аддикциями, является заключение терапевтического контракта. Терапевтический контракт – это рабочее соглашение между пациентом и специалистом о целях терапии и средствах их достижения. Контракт обычно обговаривается пациентом и психотерапевтом и является частью процесса терапии. Все вовлеченные в терапевтический процесс стороны должны четко понимать как поставленные цели, так и средства их достижения, поэтому контракт должен формулироваться ясным и понятным языком (Файн, Глассер, 2003).

Э. Берн определил контракт как четко выраженную двухстороннюю приверженность строго определенному плану действий (Берн, 1997).

Контракт включает в себя:

- участвующие стороны;
- то, что они собираются делать вместе;
- сколько это займет времени;
- какова цель или результат этого процесса;
- как они узнают о том, что цель достигнута;
- насколько это будет полезно или приятно клиенту.

Чаще всего контракт заключают устно, и надо удостовериться, что пациент понимает его условия. Сюда может входить также регулярное посещение пациентами сеансов терапии.

Первичный консультативный прием имеет определенную логику. Вначале пациент рассказывает специалисту о причинах своего обращения за помощью и отвечает на его вопросы. Постепенно психотерапевт начинает понимать суть проблемы, которая привела к нему клиента. При этом он также выясняет, каких перемен хотел бы добиться клиент. Слушая клиента, психотерапевт соотносит сказанное: (а) с собственными наблюдениями за клиентом; (б) со своими профессиональными установками; (в) с потенциально возможными методами помощи данному клиенту, с учетом особенностей его проблемы. Учитывая все это, профессионал начинает формулировать соответствующие цели и намечать определенные приоритеты. Он обсуждает с клиентом доступные варианты, возможные цели, объясняет методы работы. Формулируют цели обычно в конце первого приема, но иногда клиент и психотерапевт настолько по-разному понимают проблему или ситуация настолько сложна, что процесс

составления контракта может занять два и более сеанса.

Итак, уходя с первой консультации, клиент должен абсолютно ясно представлять себе цели терапии, согласованные со специалистом. Он должен знать, чего можно достичь на первом этапе, а чего – позднее. Ему нужно также понимать механизм намеченных изменений, то есть те методы и техники, которые психотерапевт будет применять для их достижения. Кроме того, он должен хорошо себе представлять взаимные обязательства.

При работе с избыточным весом и нарушениями пищевого поведения в течение первой консультации необходимо обсудить следующие вопросы и темы:

1. Концепции лишнего веса пациента и его представления о том, как он может влиять на данный симптом.

2. Психологические факторы появления лишнего веса и суть терапии: терапевт доступно, используя метафоры, объясняет патогенез лишнего веса и влияние психического состояния на возникновение симптоматики.

3. Терапевтический контракт: выяснение целей пациента и, в случае готовности пациента (см. пункт 1.), обсуждение проблемы лишнего веса в мировоззренческом аспекте.

Проработка основных патогенных личностных конфликтов проводится только при готовности пациента по его запросу. В беседе с психосоматическим пациентом психотерапевт нередко наталкивается на жесткое сопротивление попытке тщательно исследовать историю жизни и возникновения лишнего веса. Это объясняется несколькими причинами:

1. Затверженная, «выученная» соматическая интерпретация лишнего веса. «Это чисто соматическая проблема» – такая установка комфортнее для пациента, а к тому же глубоко укоренена в общественном сознании и в сознании медиков: «Лишний вес имеет только физиологические причины».

2. Осознание психологической причины болезни заставляет принять ответственность за свои проблемы, а иногда несет стигматизацию.

3. Можно представить себе психосоматическую болезнь как некую форму разрешения душевного конфликта, что с раннего детства замещает собой другие, в том числе вербальные, формы разрешения. Если в терапевтической группе психосоматические пациенты смешаны с невротиками, бросаются в глаза серьезные затруднения, возникающие у первых. Они неохотно раскрывают свои чувства, кажутся отчужденными, у них слабо развита фантазия. Такие пациенты нечетко осознают свои чувства, опасения, желания и почти не могут описать их словами. При критических состояниях словесные реакции у них замещаются действиями: больные вскакивают, убегают, нападают, неспособны

реалистично оценить ситуацию, они ссылаются на какие-то внешние обстоятельства, на мнения и поступки других людей, чтобы оправдать свое поведение. Можно говорить об «эмоциональной безграмотности» психосоматических пациентов, их эмоциональной необразованности. Психосоматический пациент говорит и оперирует «телесными» формулировками, на языке психосоматических симптомов.

3.2. Психотерапия нервной анорексии

Для лечения анорексии предлагается большое множество различных терапевтических подходов (Garner, Garfinkel, 1997; Jasper, Maddocks, 1992; Vandereycken et al., 1987; Cash, 1997). Этот факт, как и противоречия между отдельными рекомендациями, отражает неуверенность в успехе и отсутствие специфического метода. Обычно рекомендуют проводить лечение в специальных центрах с хорошей профессиональной командой персонала, где применяется комбинация различных терапевтических мероприятий (Kohle, Simons, 1979). Психотерапевты ставят перед собой две задачи. В первую очередь они стремятся как можно быстрее откорректировать неправильное питание, угрожающее здоровью человека. А затем пытаются выявить те психологические и ситуационные факторы, которые привели к появлению таких проблем. Родственники и друзья также способны помочь человеку избавиться в процессе терапии (Sherman, Thompson, 1990).

Специалисты по поведенческой терапии, работая с нервной анорексией, перешли от оперантного кондиционирования к интегрированному воздействию. Этот подход включает на первом этапе применение поведенческой и обучающей техники, а на втором – лечение, направленное на психосоциальные проблемы (Basler, 1979). Первый контакт затрудняет холодная, пассивная и часто настороженная позиция пациентов. Фрейд считал, что амбулаторное лечение в данном случае недопустимо, поскольку «эти близкие к смерти больные имеют способность так овладевать аналитиком, что тот не в состоянии преодолеть фазу сопротивления». Терапия затруднена, в том числе из-за отсутствия сознания болезни у клиентов. Происходит «обмен ударами» с психотерапевтом, где клиенту легко добиться «победы» с помощью снижения веса (Ziolko, 1967). В стационаре следует больше внимания обращать не на самого пациента, а на трудности в его отношениях с другими пациентами, с персоналом и специалистами. Эти трудности усиливаются с течением времени, при этом все более яркое противоборство полярных импульсов производит впечатление капризности и злобности. Раньше лечение почти всегда проходило в стационаре, в настоящее время чаще встречается амбулаторная терапия (Battle, Brownell, 1996; Treasure, et al., 1995).

Лечение методом поведенческой терапии начинается с фазы

компенсаторного питания. Если пищевое поведение не удастся изменить с помощью поведенческих методов, следует использовать питание зондом по жизненным показаниям. Терапия основана на принципе оперантного кондиционирования. Больных изолируют, ситуация питания меняется из-за присутствия терапевта. В начале лечения пациента награждают за каждую прибавку веса, на последующей стадии вознаграждение дается за сохранение рекомендованного веса (Schaefer, Schwarz, 1974).

Наряду с поведенческими подходами применяются телесно-ориентированные методы лечения, которые позволяют провести коррекцию искаженных представлений о своей внешности, оптимальном весе, режиме питания и физической активности. Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, танцевальной терапии (Малкина-Пых, 2004а).

Однако наиболее эффективна лечебная программа, ориентированная на разные аспекты нарушения. План терапии должен учитывать первичные и вторичные соматические последствия дистрофии, причину болезни (что предполагает использование индивидуального и группового психотерапевтических подходов, поведенческой, когнитивной и семейной терапии) и нарушение схемы тела конкретной пациентки. Неудачи терапии связаны с недоучетом какого-то из этих аспектов. Налаживание питания часто необходимо, но каузальной терапией не является. Столь же неоправданна ориентация исключительно на психотерапию в надежде, что питание нормализуется само собой после решения психологических проблем. Непременным предварительным условием является устранение опасных для жизни последствий дистрофии, включая дегидратацию и нарушения баланса электролитов, а также достижение того минимального веса, который позволил бы стабильно проводить психотерапию.

Учитывая, что в начале мотивация у пациентов, как правило, отсутствует, для формирования установки на лечение необходимо найти такие терапевтические цели, с которыми бы согласилась пациентка, например: устранение депрессивных симптомов, нарушений сна, улучшение концентрации, которой мешают постоянные мысли о еде и весе тела, улучшение физического самочувствия и налаживание отношений с окружающими. В процессе психотерапии ее осложняет типичная для этих пациентов установка на поверхностное сотрудничество с демонстрацией мнимых успехов, за чем скрывается устойчивое сопротивление глубокой проработке проблемного материала. При наличии такой установки амбулаторное ведение пациентов малоперспективно, поскольку в этих условиях трудно контролировать их поведение. Амбулаторная терапия

показана лишь для мотивированных пациенток с рестриктивной формой анорексии при длительности течения расстройства не свыше 6 месяцев и при наличии родителей, готовых к сотрудничеству.

В стационарных условиях оптимальным форматом является психотерапия в диагностически гомогенных группах. Следует подчеркнуть, что она неэффективна, если используется как единственный метод лечения (то же самое можно сказать и о любом другом методе). Курс должен быть интенсивным (4–5 сеансов в неделю) и достаточно продолжительным (не менее 9 месяцев). Слишком короткие курсы позволяют добиться временного успеха, но не приводят к глубокой перестройке патогенных личностных механизмов.

Параллельно с пациентами следует проводить специальный тренинг, направленный на коррекцию нарушений схемы тела. Используют также разнообразные формы подкрепления успехов в нормализации пищевого поведения (переход от начального строго постельного режима к расширению физической активности, свободный выход из отделения и т. д.). Поведение поощряют лишь при суточном приросте веса не менее 0,1 кг для подростка. При обсуждении хода терапии с пациентом плодотворнее ориентироваться на объективный показатель веса, нежели на характеристики приема пищи. Пациентки с булимической формой обязательно находятся в наблюдаемом помещении в течение 2–3 часов после еды, присутствие окружающих существенно снижает побуждение спровоцировать у себя рвоту.

Тренировка пищевого поведения предусматривает прием дозируемых количеств сбалансированного питания по строгому расписанию с точным учетом калорийности пищи. Для поддержания имеющегося веса обычно достаточно принимать 1500–2000 килокалорий в сутки, рацион же пациентов в начале лечения должен превышать этот уровень примерно на 500 килокалорий. В течение суток пища вводится в шесть равноценных приемов, начинать лечение целесообразно с жидких пищевых смесей, в меньшей мере вызывающих негативную реакцию пациентов. Взвешивание должно производиться ежедневно рано утром после опорожнения мочевого пузыря, ежедневно регистрируются количества потребляемой жидкости и выделяемой мочи. При булимической форме анорексии необходимо регулярно следить за уровнем электролитов сыворотки из-за риска развития гипокалиемии. Запоры обычно проходят при регулярном приеме пищи, допустимо при необходимости назначение средств, размягчающих стул, но не слабительных. Диарея обычно означает, что больная тайно принимает слабительные.

Специальные программы когнитивной терапии с успехом применяются как в индивидуальной, так и в групповой терапии. Пациенту предлагают постоянно описывать свое состояние в дневнике, в полученном материале выявляются систематические неосознаваемые искажения в интерпретации своей проблемы (см. раздел 3.6. настоящей главы).

На последних этапах лечения психотерапевт старается помочь пациентке осознать потребность в независимости и учит ее более приемлемым формам самоконтроля (Dare, Crowther, 1995; Robin et al., 1995). Психотерапевт также помогает пациентке понять свои внутренние импульсы и научиться доверять им (Furumoto, Keating, 1995).

Изменения в процессе психотерапии масштабнее, если пациентка меняет ошибочные концепции и установки относительно питания и веса. Когнитивный подход помогает избавиться от таких мыслей, как «Я всегда должна быть совершенной» или «Мой вес и фигура определяют мою ценность» (Freeman, 1995; Garner, Bemis, 1982, 1985). Психотерапевт может помочь пациентке осознать искаженные представления о своей фигуре, показав, что такие ошибочные оценки типичны при анорексии (Mitchell, Peterson, 1997; Garner, Bemis, 1982). Это учит реалистичному восприятию своего тела в дальнейшем.

У большинства женщин с анорексией при восстановлении нужного веса восстанавливаются и менструальные циклы (Fombonne, 1995; Crisp, 1981), исчезают и многие другие проблемы здоровья (Iketani et al., 1995). Однако около половины пациенток даже после излечения от анорексии годами не могут избавиться от эмоциональных проблем: депрессии, тревоги, боязни общества. Чаще этими проблемами страдают пациентки, не восстановившие нормальный вес (Halmi, 1995; Hsu et al., 1992). Семейные проблемы сохраняются примерно у половины пациентов с анорексией (Hsu, 1980).

Чем больше потеря веса и чем продолжительнее течение анорексии, тем хуже прогноз лечения (Steinhausen, 1997; Slade, 1995). Статистика показывает, что пациентки с психологическими, поведенческими и сексуальными проблемами выздоравливают реже (Burns, Crisp, 1985). Подростки выздоравливают чаще, чем люди взрослые (Steinhausen, 1997; АРА, 1994). Мужская анорексия хуже поддается лечению. У женщины с истерическими и депрессивными чертами прогноз благоприятнее, чем у больных с выраженной шизоидной структурой. Готовность в процессе лечения устанавливать психотерапевтические отношения и способность анализировать конфликты относится к благоприятным прогностическим критериям.

Таким образом, последовательность процесса лечения можно описать следующим образом (Старшенбаум, 2005):

1. Обсуждение диеты, страхов, межличностных проблем, инструкции по самоконтролю. Заключение терапевтического договора:

а) об улучшении самочувствия, сна, настроения и отношений с окружающими;

б) о достижении определенной массы тела (обычно 50 кг, по 500 г за неделю) с помощью постельного режима и контроля персонала клиники за поступлением и выведением пищи.

2. Соматически ориентированная терапия, то есть тренировка пищевого поведения. Больные получают 2000–2500 килокалорий в сутки в виде жидкой пищи. Пища дается 3–6 раз в сутки и при необходимости вводится через зонд или в виде питательных растворов внутривенно. Персонал наблюдает за пациентом во время приема пищи и в течение 2–3 часов после еды для предотвращения искусственной рвоты.

3. Тренинг для коррекции нарушения схемы тела и оперантное кондиционирование с поощрением адекватного пищевого поведения (при очередном повышении веса тела на 100 г – отмена постельного режима, еда в столовой, просмотр телепередач, свидания с родными, прогулки, выход из отделения и т. п.). При отсутствии позитивных сдвигов пациента переводят на постельный режим, изолируют от других пациентов.

4. Индивидуальная и групповая когнитивная терапия: обсуждение дневников самонаблюдения пациентов, выявление неосознаваемых когнитивных искажений.

5. Интенсивная динамическая терапия в диагностически однородной группе, направленная на осознание своих чувств и потребностей, в первую очередь – потребности в независимости.

6. Семейная терапия или (если родители пациента от нее отказываются) проработка взаимоотношений с ними в других формах терапии.

Как и в иных сложных семейных ситуациях, семейный психотерапевт встречается одновременно со всеми членами семьи, выявляет слабые места семейного взаимодействия и помогает произвести нужные изменения (Dare, Eisler, 1995; Vanderlinden, Vandereycken, 1991). В частности, семейный психотерапевт старается помочь пациенту с анорексией отделить свои чувства и потребности от чувств и потребностей других членов семьи. Исследования показывают, что семейная терапия (или по меньшей мере изменение тактики поведения родителей) способствует выздоровлению от анорексии (Dare, Eisler, 1995; Russell et al., 1992).

Согласно С. Минухину (1998), при анорексии семейный терапевт:

- пытается ослабить сильную психологическую зависимость, предоставив пациентке большее индивидуальное пространство, разрывая связи между нею и членами семьи, между родителями и детьми;
- нейтрализует гиперпротекцию и чрезмерную озабоченность ребенком;
- отвергает тактику избегания конфликтов, отказываясь от роли арбитра;
- борется с ригидностью семейной системы.

Таким образом, первый шаг при лечении нервной анорексии – увеличение числа потребляемых калорий для быстрого восстановления веса. Второй шаг – работа с лежащими в основе болезни психологическими и семейными проблемами не только в форме терапии, но и в форме разъяснительной работы. Около 75 % людей, страдающих анорексией, успешно выздоравливают. Однако позже возможны рецидивы, кроме того, многие продолжают беспокоиться о своем весе и внешнем виде, у половины пациентов остаются нерешенные эмоциональные или семейные проблемы. И все же в большинстве случаев лечение способствует возвращению к нормальной жизни.

3.3. Психотерапия нервной булимии

Как и при любом другом психосоматическом заболевании, выбор адекватного лечения в каждом отдельном случае булимии следует делать, учитывая особенности пациента: его возраст, длительность болезни, мотивацию, способность к адекватной самооценке, физическое и психическое состояние, тяжесть расстройства личности, злоупотребление алкоголем, риск суицидов и т. д.

Булимия поддается лечению, которое позволяет восстановить функционирование организма и нормальный вес. Безусловно, диагностика и лечение заболевания на его ранней стадии проходят намного легче и быстрее. Терапия булимии на поздних сроках часто требует медикаментозного вмешательства и разработки сложного плана оздоровления, более жесткого контроля за питанием, интенсивной психологической поддержки, в некоторых случаях – стационарного лечения.

Представители разных школ сообщают об эффективности самых разных подходов: от классического психоанализа до семейной терапии, от поведенческой терапии до индийской медитации, от феминистических групп до стационарной или пролонгированной амбулаторной терапии. Сравнительные данные о показаниях и прогнозах при различных методах лечения представлены во многих работах (Lacey, 1985; Fairburn et al., 1991; Fairburn et al., 1992; Ricca et al., 2000).

Амбулаторное лечение, при котором клиент остается в обычных условиях, показано большинству пациентов. Стационарное лечение следует применять только в тех случаях булимии, когда на первый план выступают аномальные черты личности, суицидальные тенденции, злоупотребление алкоголем и т. п.

При пищевом поведении, причиняющем ущерб организму, нельзя игнорировать симптомы и ограничиваться чистой психодинамикой. Как и при других нарушениях питания или аддикциях, непрямая раскрывающая психотерапия в данном случае противопоказана. Методом выбора являются системные и структурированные вмешательства, включающие конфронтацию, и активное ведение лечения, направленное на быстрое преодоление симптомов. Успех лечения стабилизируют последующие формы работы, при необходимости – раскрывающая психотерапия. Контролируемые методы когнитивно-поведенческого лечения, по данным

катамнестического исследования, показали тут лучшие результаты, чем другие методы (Fairburn, 1981; Fairburn et al., 1986; Fairburn et al., 1993; Spangler, 1999; Wilson 1999; Ricca et al., 2000) (см. раздел 3.6.).

Первостепенная задача лечения – предотвращение привычного поведения «переедание – искусственная рвота», составление регулярного сбалансированного режима питания и физической нагрузки (но не чрезмерной) и анализ актуальных причин расстройства (настроение, тревога, стрессы и т. д.).

Далее вступают в действие индивидуальная, групповая или семейная терапия. Как правило, используются методы когнитивной поведенческой терапии (Davis et al., 1997; Button, 1983). Многие программы комбинируют несколько стратегий излечения, включая индивидуальную инсайт-терапию, групповую и поведенческую терапию (Mitchell, Peterson, 1997; Wakeling, 1995). Лечебные препараты прописывают при выраженных депрессивных состояниях, при повышенной тревоге, когда пациент неспособен реагировать на психосоциальное лечение. Лекарственная терапия может также предотвращать рецидивы булимии.

Люди с расстройствами питания часто не осознают своего заболевания. В результате они довольно долго и решительно отказываются от лечения. Члены семьи и другие люди, которым они доверяют, могут помочь им осознать необходимость в квалифицированной терапии и реабилитации. В некоторых случаях лечение может быть довольно длительным, так что необходимо к этому подготовиться заранее.

В психотерапию обычно входят следующие этапы:

1. В одной или нескольких диагностических беседах терапевт исследует общую ситуацию жизни клиента и его нынешнее пищевое поведение, большей частью хаотичное и скрываемое от других и от себя, во всех его деталях: число приемов пищи, ее количество, приготовление к еде, ситуации, в которых возникает проблемное поведение, и прежде всего – предшествующее этому настроение, а также эмоциональный фон нынешней жизненной ситуации с ее трудностями и конфликтами, внешними и внутренними обстоятельствами.

2. Клиенту предлагают новый режим приема пищи в форме письменной программы, где четко определены частота и время приема, количество и вид пищи. Для этого в дневнике, который ведет клиент, ежедневно отмечаются все детали питания.

3. На специальной странице дневника описываются важнейшие события дня, настроение и особенно ситуации, в которых возникают рецидивы булимии, а также их связь с эмоциональным состоянием.

4. Динамику жизненной ситуации, конфликты, а также симптоматику рецидивов булимии обсуждают один раз в неделю в индивидуальной получасовой беседе с психотерапевтом. План питания и других мероприятий на следующую неделю составляют с учетом физиологической потребности клиента. Он взвешивается в присутствии психотерапевта, который, таким образом, «документирует» ответственность за его массу тела и состояние здоровья.

5. Далее можно подключить групповую работу, в группу входят другие клиенты с булимией.

Данный этап лечения длится более 10 недель; работа ведется после обеда или вечером, индивидуально или в группах, а иногда эти методики сочетают. После 10-недельной интенсивной программы необходимо продолжать индивидуальную работу с клиентом, постепенно увеличивая интервалы между встречами (через несколько недель, затем – месяцев), но всегда в твердо установленные сроки. То обстоятельство, что кто-то интересуется проблемой и разделяет ответственность за нее в случае рецидивов, служит большой поддержкой клиенту. Как показывают многочисленные наблюдения, рецидивы булимических приступов могут возникать при кризисных ситуациях.

Семейная терапия, как и в случае нервной анорексии, дает положительные результаты.

Иногда применяется «терапия испытанием»: клиента помещают в условия соблазна или шока: отправляют в ресторан или магазин, набитый лакомствами, заставляют примерять купальники в бутиках и активно делать все то, что обычно вызывает у него приступы обжорства, но не поддаваться искушению. Если клиент устоит перед искушением, он обретает силы противостоять желаниям и в дальнейшем.

Психотерапия межличностных отношений – это работа с межчеловеческим фактором булимии. Терапевт исследует, как саморазрушительные пищевые привычки помогают клиенту справляться со стрессом. Если приступ обжорства возникает в тот момент, когда человек должен был бы испытывать гнев, значит, он «заедает» свои чувства вместо того, чтобы их выразить (поскольку открытое проявление гнева кажется опасным или невозможным). Рвота может заменять выражение чувств, загнанных внутрь.

Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии, нейро-лингвистического программирования, позитивной психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии (Малкина-

Пых, 2004 г).

В настоящее время большинство программ по лечению булимии включают групповую терапию, где людям дают возможность поделиться своими мыслями, тревогами и переживаниями с другими (McManus, Waller, 1995; Lewis, Chatoor, 1994). Больные начинают понимать, что их расстройство не уникально и не должно вызывать отвращения, они находят взаимную поддержку и понимание – причем тут работает и обратная связь, и интуиция (Manley, Needham, 1995). Группа помогает им избавиться от боязни быть отвергнутыми окружающими и от страха критики. Исследователи полагают, что групповая терапия приносит пользу по меньшей мере в 75 % случаев булимии. Причем в комбинации с индивидуальной терапией эффективность группы возрастает (McManus, Waller, 1995; Wilfley et al., 1993).

Булимия может тянуться годами, то затихая, то усиливаясь (APA, 1994). Как и при анорексии, рецидивы обычно инициируются новыми стрессами, такими как приближающийся экзамен, смена работы, лишний вес, женитьба или развод (Abraham, Llewellyn-Jones, 1984).

Примерно 40 % пациентов с булимией демонстрируют прекрасные результаты после лечения: переедание и искусственная рвота практически исчезают, вес нормализуется. Еще 40 % демонстрируют умеренные результаты: количество эпизодов переедания и очистки желудка уменьшается. Оставшиеся 20 % демонстрируют малозаметные улучшения в сфере пищевого поведения (Keel, Mitchell, 1997; Button, 1993).

Рецидивы могут быть проблемой даже после успешного лечения (Keel, Mitchell, 1997; Lewis, Chatoor, 1994). Было установлено, что примерно у одной трети выздоровевших клиентов в течение двух лет вновь развивается булимия – чаще это происходит в первые шесть месяцев после окончания лечения (Olmsted et al., 1994). Вероятность рецидива выше у больных, которые часто прибегали к искусственной рвоте, и тех, кто продолжает чувствовать недоверие к другим людям.

Было также установлено, что такое лечение нередко помогает людям надолго избавиться от многих психологических и социальных проблем (Yager et al., 1995). После курса терапии больные булимией реже впадают в депрессию (Halmi, 1995). Примерно у трети бывших пациентов наладились взаимоотношения и дома, и на работе, и в общественной жизни, а еще у одной трети наладились взаимоотношения в двух из этих трех областей (Hsu, Holder, 1986).

3.4. Психотерапия компульсивного переедания и избыточного веса

В последние десятилетия прошлого века проблема ожирения и избыточной массы тела приобрела огромную актуальность во всем мире, в том числе и в России. Большинство исследователей признают полиэтиологичную природу данного состояния и выделяют следующие основные факторы, влияющие на избыточное потребление пищи: социальные, алиментарные, генетические факторы и низкая физическая активность (Татонь, 1981; Беюл, 1986; Балаболкин, 1991). Согласно современным представлениям, переедание возникает не только на основе физиологических потребностей, а как ответ на психоэмоциональное напряжение, и оно отражает культуральные, национальные, социальные и личностные особенности индивидуума (Вейн, 1979; Креславский, 1985; Гаврилов, 1998). Проблема коррекции питания с целью снижения избыточной и сохранения нормальной массы тела требует разработки новых подходов, привлечения к этой работе психотерапевтов и психологов, так как чисто диетологический подход к проблеме малоэффективен (Калинина, 1991). Рассматривая психологические, а иногда и психопатологические аспекты ожирения и избыточного веса, авторы приводят противоречивые сведения об эффективности применения когнитивно-поведенческой, транстеоретической и бихевиоральной модели изменения поведения в программах, ориентированных на снижение массы тела, но сходятся во мнении о необходимости дальнейшего изучения данного вопроса (Braet, 1997).

В отечественной литературе эмоционально-личностные и психосоциальные особенности пациентов с ожирением рассматривают и как следствие, и как причину наступившего ожирения. Психосоматический характер данной патологии порождает закономерные трудности при терапии и реабилитации страдающих избыточным весом пациентов, а долгосрочная эффективность лечения тут составляет, по различным оценкам, от 5 до 20 % (Бройтигам и др., 1999). Вызывает озабоченность и то обстоятельство, что многочисленные методы и техники контроля массы тела лишь временно активизируют пациентов, а окончательные результаты лечения остаются неудовлетворительными (Калинина, 1991; Корешкин, 1998). Поэтому перспективными являются исследования, посвященные

соотношениям психических и соматических факторов в генезе различных патологических состояний (Александровский, 1993; Судаков, 1997; Семке, 1999), а также выявление психологических факторов, влияющих на поддержание нормальной массы тела (Гаврилов, 1998).

В то же время большинство исследований, посвященных коррекции избыточной массы тела, недостаточно четко выявили соотношение физиологических систем организма с психической деятельностью. Кроме того, слабо определена роль психотерапии в профилактике рецидива избыточного веса, особенно в отдаленные сроки после окончания лечения.

По мнению ведущих экспертов по ожирению (Беюл, Попова, 1990), в настоящее время актуально не столько углубление в этиологические и патогенетические основы тучности, сколько решение проблемы борьбы с ожирением. Практически каждая область медицины имеет свой набор методов и техник, помогающих человеку снизить массу тела (Марова и др., 1981; Конев, 1988; Терещенко и др., 1993). Обычно ближайшие результаты лечения ожирения (в пределах года) достаточно хорошие, но этого нельзя сказать об отдаленных результатах (Егоров, 1964; Шурыгин, 1980; Баранов, 1981; Татонь, 1981). Снижение массы тела в период лечения достигается легко, но через 5-10 лет результат сохраняется не более чем у 10 % пациентов (Вязицкий, 1980; Беюл, 1986). Как правило, в процессе нормализации веса специалисты отодвигают на второй план особенности личности и микросоциума пациента, без изменения или коррекции которых невозможно достичь стойкого положительного результата. Поэтому лечение ожирения требует системного подхода, где необходимо работать с психоэмоциональной сферой (Гаврилов, 1999; Ротов и др., 2001).

По мнению А. В. Ротова и соавт. (1999), психокоррекционная работа по снижению избыточного веса должна базироваться на выявлении и коррекции личностных характеристик, способствующих перееданию, выяснении роли психосоциальных факторов в становлении гипералиментации, формировании более адекватных механизмов психической адаптации и научении более конструктивному поведению в микро- и макросоциальной среде. Она также должна ориентироваться на мотивационную сферу пищевого поведения, при которой пациент воспринимает нормокалорийную диету не как ограничение, а как единственно возможный, естественный рацион питания. Согласно Б. Тушен-Каффье и И. Флорин (Клиническая психология, 2003), психотерапия нарушений пищевого поведения должна опираться на три принципа: перестройку питания, изменение отношений, вызывающих негативные чувства касательно своей фигуры, и изменение функциональной связи

между повседневными перегрузками и пищевым поведением.

Некоторые исследователи считают, что в отношении проблемы избыточного веса правильнее говорить не о лечении, а об обучении «индивидуальной превентивной медицине», когда человек поддерживает свое здоровье по собственной инициативе (Stunkard, 1979). Поэтому «наиболее эффективные подходы к снижению веса лежат вне медицины и связаны с изменением стиля жизни» (Гурвич, 1999).

Необходимо помнить, что прием пищи тесно связан с потребностью в любовной заботе, а также является коммуникативным процессом. Сам по себе прием пищи уже предполагает регулярную работу других людей. Кроме того, большинство людей предпочитает есть в обществе. Психотерапевт должен это учитывать, когда он предлагает пациенту отказаться от некоторых гастрономических привычек: эти привычки – составная часть жизни пациента, его радости, которых, быть может, у пациента в целом немного. Тот, кто вынужден ограничивать себя в еде или придерживаться определенной диеты, нередко чувствует себя неполноценным человеком, отлученным от пиршественного стола полной жизни. Поэтому необходимо постоянно разъяснять пациенту, ради чего тот приносит подобные жертвы. Лучше всего вызвать у пациента желание достичь этой цели. Советы терапевта должны быть точными и ясными; лучше всего давать указания в письменном виде и не в стандартной форме, а с именем пациента и составленными специально для него замечаниями.

Важнейшей задачей психокоррекции при избыточном весе является повышение у клиента уровня осознания собственной способности контролировать события и ситуации своей жизни, отношения с другими людьми и состояние своего здоровья, в том числе – массу тела. При проявлениях алекситимии у пациента перед психотерапевтом стоит задача развития способности различать чувство голода и состояния эмоционального дискомфорта, способности концентрироваться в большей степени на своих внутренних ощущениях, чем на внешних событиях, адекватно определять свои эмоциональные состояния.

У пациентов с избыточным весом необходимо развивать гибкость установок не только в сфере пищевого поведения, но и в сфере межличностного общения. В особенности заслуживает внимания повышенный уровень подозрительности и обидчивости у полных людей и тенденция приписывать собственные недоверие и враждебность окружающим.

При любом методе лечения ожирения (низкокалорийной диете, фармакотерапии, хирургическом вмешательстве) основная задача

психотерапевта – помочь пациенту изменить образ жизни: ограничить потребление пищи и увеличить физическую активность (Бессесен, Кушнер, 2004).

Курсы похудения, как правило, при ожирении оказываются неэффективными, если не удастся побудить пациента к смене инстинктивно-эмоционального поведения, при котором отпала бы необходимость в гиперфагии и избыточном весе. Скромные успехи терапии можно объяснить тем, что специалисты игнорируют баланс наслаждений пациента, для которого в целом комфортнее сохранять избыточный вес, чем разбираться со своими проблемами. В ходе диетического лечения свыше 50 % пациентов демонстрируют такие симптомы, как нервозность, раздражительность, повышенная утомляемость, широкий круг депрессивных проявлений, которые могут также проявляться в виде диффузного страха.

Можно выделить следующие причины относительно малой эффективности психотерапевтического лечения ожирения:

- Чисто симптоматически ориентированный подход и работа только с органическими и функциональными нарушениями неадекватны проблеме пациента с ожирением, а также нередко приводят к тому, что в конце концов человек ощущает себя не столько пациентом, сколько неразумным и отвергнутым существом.

- Отсутствие тщательного анализа поведения, его условий и мотивов при лечении поведенческого нарушения.

- Не удастся преодолеть социальные факторы, например – семейные или национальные традиции употребления высококалорийной пищи.

- Клиенты гораздо чаще, чем принято думать, не выполняют назначения психотерапевта. Именно такое поведение пациентов раздражает терапевта, в особенности потому, что воспринимается как неготовность к сотрудничеству. Однако многие исследования показывают, что пациент часто не в состоянии понять или запомнить указания терапевта, поскольку они слишком сложны, но он не осмеливается просить их разъяснить или повторить.

Необходимо мотивировать пациента к сотрудничеству и к соблюдению терапевтических предписаний. Активное участие пациента в терапии чрезвычайно важно. Для этого психотерапевт должен сначала установить контакт с пациентом; чем лучше он сможет понять пациента, тем легче ему это удастся.

Затем необходимо создать план индивидуального лечения с учетом личных и производственных обстоятельств. Клиенту следует предоставить

возможность отрабатывать непривычные для него формы пищевого поведения.

Существует транстеоретическая модель изменения образа жизни человека при различных формах аддикции (алкоголизм, курение, переедание, наркомания), причем этапы этого изменения не зависят от того, проходит человек терапию или нет (Prochaska et al., 1992). Выделяют следующие этапы такого изменения:

1. Предварительный этап.
2. Этап обдумывания.
3. Этап планирования.
4. Этап действия.
5. Этап поддержания достигнутых изменений.
6. Этап срыва.

Для оценки этапа изменения образа жизни у данного пациента психотерапевту нужно выяснить особенности его образа жизни и их влияние на самочувствие. Если требуется изменить диету, необходимо оценить пищевое поведение за последние 2–3 суток. При изучении уровня физической активности вначале выясняют интенсивность физической нагрузки за последние 2 недели. После этого психотерапевт оценивает, намерен ли пациент обсуждать методы изменения образа жизни. После беседы рекомендуется кратко записать положения, важные для данного этапа изменения образа жизни; это облегчит психотерапевту работу при последующих визитах пациента, сделает ее более целенаправленной и продуктивной.

Предварительный этап. Первой является стадия, предвещающая рассмотрение проблемы, или стадия предварительных размышлений (англ. – *precontemplation*). На этом этапе человек лишен намерений изменить поведение в обозримом будущем. Многие еще не осознали своей проблемы, в отличие, например, от членов их семей, друзей или коллег по работе. На этой стадии человек часто обращается к психотерапевту из-за давления окружающих.

Если клиенту трудно оценить характер питания и вспомнить, что он ел за последние дни, вероятнее всего, он находится на предварительном этапе. Нужно выяснить, понимает ли пациент связь между состоянием своего здоровья и характером питания. Если нет, это говорит о предварительном этапе.

Основная задача психотерапевта, консультирующего такого пациента, состоит в том, чтобы в благожелательной форме убедить представить клиенту связь питания и здоровья, кроме того, психотерапевт может помочь

ему изменить некоторые привычные формы пищевого поведения. Подобный подход часто используют при консультировании пациентов, пытающихся отказаться от курения. Психотерапевт не осуждает поведение пациента, но доказывает ему, что курение угрожает его здоровью и что отказ от курения позволит существенно улучшить состояние здоровья, и затем предлагает ему свою помощь в работе над проблемой. По той же схеме можно построить беседу с пациентом, страдающим ожирением, но еще не решившимся изменить пищевое поведение.

Этап обдумывания. Вторая стадия – рассмотрения, или размышления (англ. – *contemplation*), когда человек знает о существовании проблемы и серьезно думает о ее преодолении, но еще не пытается что-либо предпринять по этому поводу. Эта стадия может продолжаться длительное время. Другим важным аспектом стадии обдумывания является оценка «за» и «против» проблемы и ее разрешения. Углубленное размышление над разрешением проблемы становится центральным элементом этой стадии.

На этапе обдумывания пациент уже понимает, что характер его питания может отрицательно сказаться на здоровье, однако находит множество препятствий, стоящих на пути к изменению. В этом случае бесполезно давать пациенту детальные инструкции о количестве и частоте приемов пищи; вначале нужно помочь ему устранить препятствия к изменению образа жизни. Следует выяснить, кто в семье пациента занимается закупкой продуктов; питается ли пациент вне дома; насколько реалистичны представления пациента о здоровой диете. Подробный анализ этих вопросов поможет пациенту перейти к непосредственному планированию изменений в диете.

Этапы планирования и действия. Следующей является стадия *подготовки* (англ. – *preparation*), где играют роль как намерения, так и действия. Люди на этой стадии, например, планируют что-то предпринять в следующем месяце или совершали безуспешные попытки в прошедшем году. Они еще неспособны действовать эффективно, например – полностью устранить переедание, но намерены предпринять это в ближайшем будущем. Эту стадию можно также назвать этапом принятия решений.

Четвертая – стадия *действий* (англ. – *action*). В этот период человек изменяет свое поведение, свои переживания или окружение для того, чтобы разрешить проблему. Даже профессионалы часто ошибочно приравнивают такие действия к изменениям, а потому игнорируют работу, которая готовит к осуществлению изменения, и усилия, необходимые для совершения изменений. Пациент находится на этой стадии, если он успешно изменил аддиктивное или проблемное поведение на период от одного дня до шести

месяцев. Модификация нарушенного поведения в соответствии с принятыми критериями и значительные видимые усилия, направленные на изменение, служат отличительным признаком этой стадии.

На этом этапе пациент уже понимает, что его питание неправильное и негативно влияет на здоровье, и готов изменить диету. Основная задача психотерапевта при этом – помочь пациенту в разработке четкого плана изменений образа жизни. Лечение будет значительно эффективнее, если психотерапевт поможет пациенту выявить возникающие трудности и найти способы их преодоления. Важно разделить план на небольшие, легко выполнимые шаги. Терапевт должен тут поддерживать благожелательную атмосферу, отмечая и поощряя любой успех пациента.

У некоторых пациентов на этом этапе уже имеются твердые убеждения, что и как надо делать. Например, пациент намерен придерживаться диеты Эткинса, ибо «тот знает, о чем говорит», а предлагаемая психотерапевтом безжировая диета ему никогда не помогала. Не стоит сразу же ставить под сомнение рациональность подобного решения. Важнее всего, что пациент уже довольно далеко продвинулся в своем намерении перейти к здоровому образу жизни, и теперь надо помочь ему сохранить энтузиазм. Ради этого можно на время согласиться с решением пациента, а затем предоставить ему объективные данные о влиянии избранной им диеты на состояние здоровья.

Этап поддержания достигнутых изменений. Пятой является стадия сохранения (англ. – *maintenance*), когда человек работает для предотвращения рецидива и сохранения выгоды, полученной во время этапа действий. Сохранение традиционно рассматривается как статичная стадия, однако она представляет собой развитие, а не отсутствие изменений. Способность избегать проблемного поведения и сохранять новое позитивное поведение в течение более шести месяцев служит критерием данного этапа. Его отличительными признаками являются стабильные изменения поведения и отсутствие рецидивов.

На этапе поддержания достигнутых изменений пациент уже привык к новому режиму питания, опробовал новый образ жизни и открыл для себя его преимущества. Однако опыт показывает, что затруднения обычно возникают не при самом изменении диеты, а при поддержании изменений. Цель консультации на этом этапе – подбодрить клиента, напомнить ему о необходимости поддерживать новый образ жизни длительное время, предупредить о трудностях, которые могут возникнуть. Праздники или юбилеи могут спровоцировать переизбыток; пациент может просто устать от соблюдения чрезмерно строгих диетических ограничений. Если пациент

разработает план действий на случай трудностей, это придаст ему уверенность в успехе.

Этап срыва. Хорошо известно, что люди далеко не всегда сохраняют результаты первых попыток избавиться от проблемного поведения. Во время рецидивов они возвращаются на одну из ранних стадий и затем вновь могут стремиться к освобождению от зависимости. Линейный прогресс тут наблюдается редко, более адекватна реальности спиральная модель изменений.

Большинство людей, пытающихся снизить массу тела путем изменения образа жизни, приходят к успешному результату лишь после нескольких неудачных попыток. Аналогичная ситуация наблюдается и при отказе от переедания. Важно понимать, что срывы – обычное, может быть, даже неизбежное явление после изменения образа жизни. Психотерапевту нужно научиться выявлять пациентов, приближающихся к этапу срыва, и очень продуманно выбирать им лечение. Пациенты часто испытывают разочарование и ощущение бесперспективности лечения, жалуются, что уже перепробовали множество диет, но без пользы, и что им вообще не удастся изменить привычное поведение.

Беседа на данном этапе начинается с разговора о том, что при лечении диетой такое состояние встречается часто и что оно вполне закономерно. Можно обсудить с пациентом биологическую природу ожирения; трудности, связанные с изменением образа жизни; проанализировать его прошлый опыт соблюдения диет, обратив внимание на эффективные попытки. Часто выясняется, что пациенту в прошлом удавалось существенно снизить массу тела. Желательно использовать эти попытки в качестве примера, чтобы ободрить пациента, а при этом выяснить, почему благоприятные изменения образа жизни оказались неустойчивыми: насколько реалистичными были ожидания пациента о степени снижения массы тела; не был ли срыв спровоцирован каким-либо событием в жизни; может ли пациент, с учетом прошлого опыта, предложить новые способы поддержания правильного образа жизни. Если во время консультации удастся перевести пациента с этапа срыва обратно – на предварительный этап, ее результат можно считать исключительно удачным. С другой стороны, благоприятным результатом может также стать решение отложить повторные попытки изменения образа жизни и воздержаться от непродуманных рекомендаций. Крайне важно в этой ситуации поддержать самооценку пациента. Иногда нужно убедить его, что наиболее правильным решением в настоящее время будет сохранение массы тела, а не ее изменение. Главное вмешательство психотерапевта в этой ситуации –

помочь пациенту изменить самооценку, не связывая ее с внешностью и массой тела.

Позднее те же авторы (Prochaska et al., 1994) добавили к своей классификации еще одну фазу – фазу завершения (англ. – *termination*), на которой человек не испытывает искушения вернуться к прежнему поведению. Способность избавиться от зависимости напрямую зависит от стадии, на которой человек находился до лечения. Поэтому попытка лечить всех пациентов так, как будто они одинаковы, наивна, тем не менее это традиционно происходит при реализации большинства лечебных программ.

Классификация этапов изменения позволяет понять, когда происходят изменения в отношениях, намерениях и поведении. Процесс изменения – вторая важная концепция, позволяющая понять, как эти перемены происходят. Процесс изменения – это наблюдаемые и скрытые формы деятельности и переживаний, свойственные людям, которые стремятся модифицировать проблемное поведение. Выделяют десять аспектов процесса изменения:

1. Улучшение осознания: увеличение информации о себе и проблеме.
2. Переоценка себя: новая оценка себя в свете собственных проблем.
3. Самоосвобождение: выбор и выполнение действий или убеждений, связанных с изменением.
4. Контрбусловливание: альтернативное поведение, замещающее поведение проблемное.
5. Контроль стимулов: избегание или противодействие стимулам, которые активизируют проблемное поведение.
6. Подкрепляющее управление: вознаграждение (от самого себя или других) за перемены.
7. Помогающие взаимоотношения: открытость перед другими, обсуждение с ними своих проблем.
8. Психодраматическое освобождение: осознание и выражение чувств, относящихся к проблемам и решениям.
9. Переоценка окружения: оценка того, как проблема связана с физическим окружением.
10. Социальное освобождение: увеличение числа альтернатив проблемному поведению, допустимых в обществе.

Исследования также показывают, что процесс изменения связан со стадией изменений: на определенной стадии могут происходить только определенные процессы изменений (Абабков, Перре, 2004). Улучшение осознания, психодраматическое освобождение и переоценка окружения

происходят на стадиях рассмотрения и размышления; переоценка себя происходит на стадиях размышления и подготовки; самоосвобождение – на стадиях подготовки и действий; подкрепляющее управление, помогающие отношения, контробусловливание и контроль стимулов – на стадиях действия и сохранения.

Обсуждая с пациентом вопросы изменения образа жизни, полезно предложить ему объективно оценить свои представления о том, какой образ жизни он ведет сейчас и к какому хочет перейти. Можно составить таблицу, в которой столбцами будут преимущества и недостатки данного образа жизни, а строками – их перечень для прежнего и нового образа жизни (табл. 3.1.). Если пациент не спешит менять свои привычки, можно предположить, что преимущества прежнего образа жизни перевешивают преимущества нового либо недостатки нового образа жизни кажутся весомее, чем недостатки прежнего. Четко взвесив положительные и отрицательные стороны прежнего и нового образа жизни, пациент сможет сделать выбор с большей объективностью.

Таблица 3.1

Изменение образа жизни

	Преимущества	Недостатки
Прежний образ жизни	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
	4.	4.
	5.	5.
Новый образ жизни	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
	4.	4.
	5.	5.

Например, пациент может придерживаться привычного пищевого поведения, поскольку соблюдать такой режим проще и привычная пища вкуснее предлагаемой диеты (преимущества). В то же время пациент осознает, что его диета способствует увеличению массы тела и неблагоприятно влияет на здоровье (недостатки). Он понимает также, что переход к новой диете может улучшить состояние здоровья (преимущества), но при этом не всегда хорошо представляет, насколько значительным будет это улучшение. Новая диета может потребовать дополнительных расходов; быть менее вкусной; не утолять чувство голода (недостатки). Пациент начнет соблюдать рекомендуемую диету только

после того, как ее преимущества перевесят преимущества прежней диеты, а недостатки окажутся меньше. Если убедить пациента изложить все эти «за» и «против» на бумаге, в дальнейшем будет проще обсуждать с ним соответствующие вопросы и помогать ему в изменении образа жизни.

В последнее время все больше авторов склоняется к амбулаторному проведению коррекции избыточной массы тела. Такое лечение часто сопряжено с выработкой правильных диетических привычек не только у пациента, но и в его семье, что играет значимую роль в достижении стойких результатов лечения (Гаврилов, 1999).

Таким образом, патогенетическое лечение экзогенно-конституционального ожирения прежде всего должно быть направлено на устранение причин, вызывающих нарушение пищевого поведения (внутренние и социальные конфликты, стрессогенные факторы, относящиеся к социальной сфере, и др.). Основное внимание при лечении пациента с избыточным весом должно быть направлено на ощущение внутреннего благополучия пациента.

Автором настоящего справочника была разработана программа интегративной терапии пищевого поведения и коррекции веса, которая предполагает индивидуальную работу по коррекции пищевого поведения, физической активности и стереотипов, с помощью которых пациент справляется со своими жизненными проблемами. Программа интегративной терапии пищевого поведения включает следующие блоки.

Блок 1. Диагностический. Сюда входит определение типа характера и соответствующих базовых психологических проблем пациента; а также исследование: 1) смысла переедания (гиперфагических реакций); 2) вторичных выгод от лишнего веса; 3) индивидуальных стратегий поддержания лишнего веса – пищевых стратегий; 4) представлений пациента о том, что ему поможет снизить вес; 5) мотивации на снижение веса. Результатом данного блока является составление индивидуальной программы коррекции лишнего веса.

Пациента просят вести дневник, в котором он ежедневно описывает свое пищевое поведение, фиксирует ощущения голода и сытости, чтобы контролировать чувства, «запускающие» приступы обжорства. Анализ этих записей помогает установить, какое настроение, какая ситуация вызывает потребность в приеме пищи. Они позволяют выявить стимулы и ситуации, которые провоцируют переедание (например, просмотр телепередач) (Кушнер, 2005).

Дневник нужен по следующим причинам:

– Он помогает пациенту сделать свои бессознательные привычки

осознанными, что повышает осознанность поступков.

- Он демонстрирует пациенту серьезность его намерений.
- Он подкрепляет изменения, которые пациент планирует совершить.
- Он представляет собой инструмент планирования, потому что пациент начинает думать, перед тем как что-нибудь съесть или найти время для занятий спортом.
- Он обладает терапевтическим действием. Человек ест меньше, когда знает, что все это будет записано.

Многие пациенты сначала категорически отказываются вести какие-либо записи, потому что считают, что это лишний труд. Им необходимо порекомендовать сделать попытку и вести дневник хотя бы в течение 2–3 дней. Пациенты, которые ведут дневник, сбрасывают излишний вес успешнее, чем те, которые от него отказываются, потому что даже в разгаре самого напряженного дня он помогает им сконцентрироваться на своем поведении и ощущениях. И что еще важнее, он усиливает все изменения, потому что их так легче контролировать.

Поскольку главный секрет успешной терапии ожирения заключается в том, чтобы начать с того места, на котором находится пациент, ему рекомендуют в начале программы описывать в дневнике как минимум два рабочих дня и один выходной, только последовательно, чтобы он смог понять, меняются ли его привычки в зависимости от графика и окружения. А потом периодически (сначала еженедельно, потом – ежемесячно) возвращаться к этим записям, пользуясь ими как барометром своих успехов.

Начинать записывать необходимо с самого утра в соответствии со следующей инструкцией: "Запишите, пожалуйста, когда вы поели или попили, что вы ели и пили, сколько вы съели и выпили (если возможно, величину порции, измеренную домашними средствами, или оцените ее на глаз), где вы ели и пили, почему вы ели и пили (тут отмечайте любые эмоциональные моменты: печаль, одиночество, тревогу, ссору с супругом, конфликт на работе; возможно, вы проезжали мимо ресторана быстрого питания или прошли мимо кухни) и насколько голодны вы были перед тем, как поесть или попить (по шкале от 0 до 4 баллов). Внизу записывайте все запланированные занятия спортом, которые имели место. Каждый вечер подсчитывайте количество съеденных калорий, используя таблицу калорийности продуктов (см. Приложение к настоящей главе). В идеале Ваш суточный рацион питания не должен превышать 1200–1500 ккал («коридор калорийности»).

Чтобы получить лучшие результаты, делайте записи в «реальном

времени», то есть тогда, когда вы едите, а не в конце дня, потому что к концу дня не все помнится точно. Кроме того, имеет смысл записывать то, что вы собираетесь съесть, перед тем как вы это съедите. Это дает возможность дважды подумать, стоит ли есть мороженое, пончик или третий кусок пиццы. Чем больше вы расслабляетесь и чем больше получаете удовольствия от этих записей, тем больше вы узнаете о себе, о своем отношении к еде и о влиянии на вас вашего окружения".

Блок 2. Психотелесная коррекция (танцевальная терапия, ритмо-двигательная терапия). Методики и техники данного блока позволяют комплексно решить следующие задачи: 1) повысить уровень физической активности пациента, 2) через работу с телом помочь пациенту узнать, что он чувствует, понять, почему он это чувствует, дать возможность выразить то, что он чувствует, чтобы он мог поступать на основе своих подлинных чувств, усилить ощущение благополучия путем установления тесного контакта со своим телом (см. главу 4 настоящего справочника).

Блок 3. Психологическая коррекция. Использование техник нейролингвистического программирования, транзактного анализа, гештальт-терапии, когнитивно-поведенческой терапии, позитивной терапии, семейной психодрамы (см. разделы 3.6.-3.11. настоящей главы).

В данном разделе представлены общие техники, позволяющие:

- определить причины нарушений пищевого поведения, появления и поддержания избыточного веса;
- прояснить их смысл;
- выявить позитивную функцию нарушений пищевого поведения.

Приведенные ниже техники взяты из следующих основных источников: Ковалев, 1999; Саймонтон, Саймонтон, 1996; Кинг, Цитренбаум, 1998; Фанч, 1997 а, б; Радченко, 2001; Гаврилов и др., 2006; Боборовский и др., 2006.

Техника «Список того, что я терплю»

Упражнение можно выполнять как в индивидуальном, так и в групповом варианте.

Участникам раздают листы бумаги и авторучки или карандаши. Им предлагают перечислить все то, что приходится терпеть в жизни: дождь (или солнце) за окном, холод (или жару) помещения, не тот цвет носков, маленький (или высокий) рост партнера по браку, отсутствие денег, плохое место работы (слово «плохое» необходимо уточнить: удаленность от дома, напряженный рабочий день, вредный начальник и т. д.), собственную лень, мужа-алкоголика, политические проблемы, пожары в Африке или Сибири, перхоть в волосах и т. д. Ограничений нет. Участников предупреждают, что

все написанное остается у них и никем не будет прочитано. На составление списка дается 5 (реже – 10) минут.

По окончании этой работы участникам предлагают на этом же или на другом листе бумаги разделить все написанное на 2 группы, необязательно равные, с заголовками:

1. Это я терплю и буду терпеть, потому что...
2. Это я терплю, но не хочу терпеть, потому что...

Рекомендуется при работе по классификации проговаривать про себя каждую фразу и завершать ее.

По окончании данного этапа продолжается работа со второй группой. Ее также предлагают разделить на 2 подгруппы:

- 2.1. Это я терплю, но не хочу терпеть и знаю, как изменить.
- 2.2. Это я терплю, но не хочу терпеть и не знаю, что делать.

Далее продолжается работа со второй группой утверждений. Участникам предлагают ответить на вопросы:

Каким образом лишний вес помогает вам терпеть то, что вы не хотите терпеть и не знаете, как изменить?

Почему вы выбрали именно лишний вес себе в помощь – от кого вы этому научились?

Затем участникам дается пять минут на то, чтобы, используя любых членов группы, любые подручные предметы в зале, создать «скульптуру» своего лишнего веса.

Дальнейшие техники приведены в виде инструкций, которые психотерапевт дает пациенту.

Техника «Выявление главных преимуществ лишнего веса»

Несмотря на очевидный факт существования целого букета причин лишнего веса, среди них всегда присутствует некое главное преимущество, являющееся своеобразным метатриггером, запускающим и накопление лишнего веса, и преимущества-следствия. При этом главное преимущество является своеобразным ядром вторичных выгод лишнего веса, и зачастую одно лишь его переопределение приводит к исчезновению связанных с ним преимуществ-следствий.

Попробуйте определить свое собственное главное преимущество, чтобы его-то и проработать в первую очередь. Только учтите, что на самом деле вам нужно определить не одно, а два главных преимущества:

- возникновения лишнего веса;
- сохранения лишнего веса.

Сплошь и рядом случается так, что лишний вес возникает в силу какой-то одной вторичной выгоды (например, ухода от ответственности).

Но, возникнув и укоренившись, она сохраняется уже ради какого-то другого преимущества (например, привлекает внимание близких). Так что попробуйте разобраться и с тем, и с другим.

Оцените преимущества возникновения и сохранения лишнего веса по десятибалльным шкалам, от 1 – «маловероятно» до 10 – «весьма вероятно».

Преимущества лишнего веса	Вероятность того, что это преимущество выступает в качестве причины:	
	<i>возникновения моего лишнего веса</i>	<i>сохранения моего лишнего веса</i>
1. Уход от неприятной ситуации или решения сложной проблемы	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
2. Поиск заботы, любви и внимания окружающих	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
3. Обретение энергии, необходимой для решения проблем, для переориентации или переоценки ситуации	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
4. Получение возможности и стимулов для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
5. Устранение необходимости соответствовать требованиям и высоким стандартам, которые предъявляю я сам себе или предъявляют окружающие	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
6. Другое (вписать).....	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

Преимущества, которые бессознательное оценит как наиболее вероятные причины возникновения и сохранения лишнего веса (по отдельности), скорее всего, и окажутся теми самыми главными преимуществами, с которыми вам надлежит разобраться в первую очередь.

Техника «История моего лишнего веса»

Для того чтобы работа по исследованию преимуществ лишнего веса оказалась успешной, желательно сначала вспомнить особенности того жизненного периода, который вы переживали непосредственно перед возникновением лишнего веса. Скорее всего, он был весьма трудным, и для того чтобы преодолеть эти трудности, вам чего-то не хватало – либо собственных сил и времени, либо помощи окружающих, либо еще чего-нибудь важного. Теперь представьте себе, что лишний вес оказался для вас благом, позволившим вам «на законных основаниях» как-то преодолеть неприятную ситуацию. Так в чем же заключались преимущества, которые давал ваш лишний вес?

- 1) Определите в своем прошлом 3–6 случаев, когда у вас:
 - а) возникала периодически повторяющаяся и преследующая вас ситуация с перееданием;
 - б) происходила существенная прибавка веса за достаточно короткий

период времени.

2) Теперь, начиная с самого первого случая, приступайте к заполнению таблицы. Ответы должны быть достаточно пространными.

	Случаи нарастания или возвращения лишнего веса (укажите даты периодов)		
1. Что предшествовало возникновению лишнего веса? Что вас к нему подвело или привело? Что явилось триггером переедания и возникновения лишнего веса?			
	Случаи нарастания или возвращения лишнего веса (укажите даты периодов)		
2. Что вы делали в этот период? Какие меры предпринимали? Как отдыхали? От чего удалялись и к чему стремились?			
3. Чему вы научились в этой ситуации? Что для себя определили? Какие выводы сделали?			
4. В чем была ценность того, чему вы научились? В чем заключалась ценность полученного опыта и сделанных выводов?			

Данная техника полезна по двум причинам.

Во-первых, она помогает выявить циклы и «петли» вашей жизни. Жизнь любого человека состоит из определенных циклов, возникающих с четкой периодичностью. Внутри каждого цикла мы решаем определенный класс проблем, обучаясь неким новым жизненным навыкам. Но если проблемы цикла не разрешаются и мы не обучаемся тому, чему должны были обучиться, возникает «петля» – тогда одни и те же проблемы будут снова и снова возникать в жизни, не давая вам двигаться дальше. В подавляющем большинстве случаев лишний вес – это именно следствие такой вот «петли», незавершенного цикла или неосвоенных навыков.

Во-вторых, пункты 3 и 4 таблицы помогут вам понять, чему вы научились там и тогда (или чему вы должны были научиться), и определить, в чем заключалась (или должна была заключаться) ценность

опыта, который, по-видимому, до сих пор так и не освоен вами.

Техника «Определение смыслов и выгод лишнего веса»

Возьмите лист бумаги и максимально честно ответьте на следующие вопросы относительно вашего лишнего веса, как бы «разворачивающие» психические аспекты этого явления в плоскость «смысл и потребности»:

1. Что лишний вес значит для вас?
2. Что означает для вас избавиться от лишнего веса?
3. Как лишний вес помогает вам, какие выгоды вы от него получаете?
4. Каким образом лишний вес придает вам силу и уверенность?
5. Как лишний вес помогает вам чувствовать себя в безопасности?
6. Чего лишний вес помогает вам избежать?
7. Каким образом лишний вес дает вам возможность получать больше внимания и любви?
8. Какие чувства помогает вам выразить лишний вес?
9. Каким вы были до того, как появился лишний вес?
10. Что происходило в вашей жизни, когда появился лишний вес?
11. Как все изменилось после того, как появился лишний вес?
12. Что с вами произойдет, когда лишнего веса не будет?
13. Какой будет ваша жизнь через год (через 5, 10, 20 лет) после исчезновения лишнего веса?
14. У кого еще из значимых для вас людей когда-нибудь был или есть сейчас лишний вес?

Теперь возьмите другой лист бумаги и перечислите семь главных преимуществ, которые вам дает лишний вес (преимуществ может оказаться и больше).

Преимущества от моего лишнего веса:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Просмотрите составленный вами список и подумайте, какие потребности лежат в основе преимуществ, которые предоставил вам лишний вес: ослабление стресса, любовь и внимание, возможность высвободить свою энергию и т. д. Затем попытайтесь определить те правила и представления (убеждения, фиксированные идеи), которые мешают вам удовлетворить эти потребности, не прибегая к увеличению

массы тела.

Потом подумайте о том, как это «хорошее» можно получить другим способом. Речь идет о подсознательных мотивах набора массы тела, которые при волевом усилии становятся доступны для сознания. Именно это усилие и желательно сделать, заполнив следующую таблицу:

В чем плюсы излишнего веса?	Чем это можно заменить?
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

Техника «Определение целей»

Прежде чем вы приступите к снижению веса, вам необходимо ответить себе на вопрос не как худеть, а зачем худеть. Тут мы подходим к формулированию целей, ради которых вы худеете. Причем важно их не просто придумать, а попытаться прожить, мысленно перенесясь в тот день, когда вы достигнете желаемого результата.

Существует несколько правил формулирования целей.

Первое правило – следует сформулировать цель и записать полученную формулировку. Человек воспринимает информацию об этом мире через три канала: зрение, слух и ощущение. Именно по этой причине свои цели необходимо записывать. Когда вы пишете, вы видите написанное (зрение), проговариваете внутренним голосом (слух) и, наконец, чувствуете, как вы пишете (ощущение). Таким образом, тут задействованы все три канала восприятия. И поэтому записанное вами глубоко входит в ваш внутренний мир.

Второе правило – цели должны быть сформулированы только вами и только своими словами.

Третье правило – простота и четкость формулировки, конкретность описания.

Четвертое правило – цель следует формулировать в позитивном ключе. Все то, от чего вы уходите, сбрасывая лишние килограммы, – это негатив, а все то, к чему вы стремитесь как к желанному результату, – это позитив. Исходя из этого ваши цели следует формулировать только в позитивном

ключе.

Пятое правило – составьте список ресурсов, которые вам помогут. У всех нас много таких ресурсов, о которых мы редко задумываемся. Ресурсы делятся на три основные группы. Личные качества – ваши умения и навыки, которые помогали вам добиваться других целей в жизни. Люди – это те, кто вам могут помочь, напрямую или косвенно. Материальные ресурсы – очевидные примеры: деньги, книги, компьютер, машина.

Шестое правило – думать о здоровье, а не о лишнем весе. Достаточно часто основная цель снижения веса формулируется следующим образом: «Похудев, я обрету здоровье». Такой ответ неконкретен. На предложение рассказать о своем здоровье подробнее мы получаем ответы: «Болят ноги, мучает одышка, высокое давление...» То есть люди говорят о всевозможных страданиях от лишнего веса, но не о здоровье! Им свойственно не замечать здоровье, а замечать лишний вес. Это понятно: пока давление в норме, его не чувствуешь. Но если у вас появилось желание поставить целью улучшение здоровья, то пишите об этом, достаточно ясно и подробно излагая свои мысли: «Когда я похудею, мое артериальное давление будет 120 на 80 мм рт. ст.»

Итак, составьте следующий список.

Что хорошего я получу, сбросив лишние килограммы:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Создание формулировки в соответствии с вышеизложенными принципами позволит вашему подсознанию вместо ностальгии о «лакомых кусочках» начинать думать о приятном: «Как хорошо иметь стройную талию, свободное дыхание, легкую походку, красиво одеваться, иметь прекрасное настроение...»

Техника «Отделение голода и аппетита»

Аппетит и голод можно легко различать на физическом уровне. Все, что локализуется выше диафрагмы – душевные переживания, мысли о том, что пора бы подкрепиться, «воспоминания» вкусовых рецепторов, – это аппетит, а то, что ниже – ощущения в желудке, слабость в ногах, сексуальное безразличие, – это голод.

Возьмите блокнот и разделите чистый лист на два столбца. В левой

части листа напишите не менее семи ответов на вопрос: «Какие обстоятельства усиливают мой аппетит?» В правой – также не менее семи ответов на вопрос: «Как у меня проявляется чувство голода?».

Какие обстоятельства у меня усиливают аппетит	Как у меня проявляется чувство голода
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
Какие обстоятельства у меня усиливают аппетит	Как у меня проявляется чувство голода
5.	5.
6.	6.
7.	7.

Техника «Откровенный разговор с аппетитом»

Намереваясь приступить к трапезе, призовите на помощь воображение и мысленно отделите от себя аппетит. Иными словами, вычлените из своей личности часть, отвечающую за переедание, и «разместите» ее рядом с собой. А теперь «поговорите по душам» со своим аппетитом. Какие доводы приводит аппетит в свою пользу? Почему, по его мнению, так приятно переедать? Какие эмоции при этом возникают? Поиграйте со своим аппетитом в вопросы и ответы.

Вы получили ответ на интересующие вопросы? А теперь предоставьте слово той части личности, которая страстно желает похудеть. Что она говорит в пользу освобождения от лишних килограммов? Что она может, помимо желания похудеть, противопоставить повышенному аппетиту? Как уговаривает аппетит оставить вас в покое? А какие контраргументы выдвигает аппетит?

Здесь важно посмотреть на «дискуссию» между аппетитом и желанием стать стройным со стороны, и при этом не принимать чью-либо сторону и оставаться самим собой. Как будто вы смотрите по телевизору дебаты Жириновского с Явлинским. Выполнив это упражнение, вы наверняка узнаете много нового о себе, в частности о желаниях, скрытых за повышенным аппетитом.

Техника «Прощание с избыточным весом»

Уделите себе несколько минут в спокойной домашней обстановке, может быть, предварительно приняв ванну, и попробуйте с любовью и признательностью еще раз увидеть, почувствовать свое большое тело и

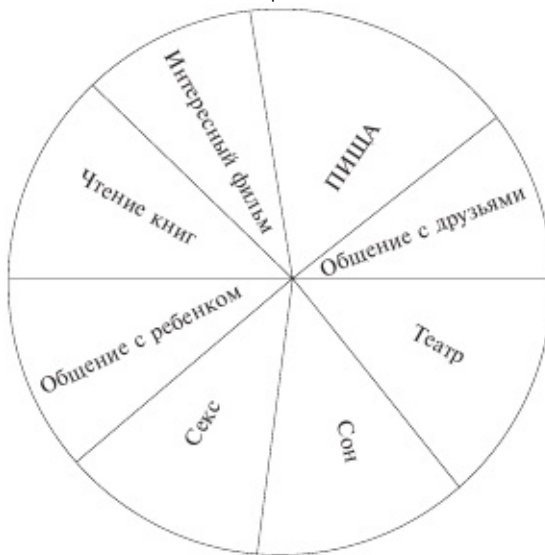
сказать лишним килограммам спасибо. Они действительно оберегали вас. Скажите спасибо и расстаньтесь с перееданием как с чем-то детским, ностальгически приятным, но мешающим вам во взрослой жизни.

Постарайтесь, чтобы это прощание и благодарность были искренними. Проститесь с весом спокойно, без ненависти – наоборот, поблагодарите его за то, что когда-то он принес вам пользу. Поверьте, это на самом деле так. Сегодня вы – как маленький ребенок, который выписывается из больницы домой к родителям и с благодарностью навсегда прощается с врачом и нянечкой, заботившимися о нем во время болезни.

Возможно, переедание и лишний вес выполняют в вашей жизни положительную функцию до сих пор. В этом случае придумайте не менее трех способов получения подобных «плюсов» без использования пищи.

Техника «Круг удовольствий»

В своем блокноте нарисуйте свой собственный «круг удовольствий». Разделите его на сектора, соответствующие времени и интенсивности получаемых удовольствий. Какую часть круга занимает удовольствие от приема пищи? И самый важный вопрос: чем заполнить оставшуюся часть? Заполнить по своему усмотрению, полагаясь на свои предпочтения и потребности. Важно найти не менее трех способов замещения удовольствий от пищи.



Техника «Замена перееданию»

Для каждой из ситуаций повышенного аппетита (если вы пока еще не можете удовлетворить свои истинные желания, скрывающиеся за ним) придумайте не менее трех типов нового поведения вместо «заедания».

Эти типы поведения должны соответствовать следующим критериям.

Во-первых, их доступность. Важно, чтобы новыми типами поведения

можно было воспользоваться в любой необходимый момент. Пусть все три эти вида поведения (а лучше – еще больше) всегда будут под рукой.

Во-вторых, эффективность. Это означает, что приносимый ими результат должен удовлетворять вас не меньше, чем прием пищи.

В-третьих, разнообразие. То есть у вас должна быть возможность воспользоваться в данной ситуации чем-то новым.

Например, после эмоционально травмирующей ситуации на работе вместо обильной еды, приносящей успокоение, я могу:

- нарисовать карикатуру на обидчика на листке, а потом смять и разорвать лист бумаги;
- сделать себе подарок в виде билета на интересный фильм вечером;
- отпроситься и пойти прогуляться в ближайший парк.

К тому же мудрое подсознание и сообразительный сознательный разум прекрасно знают, что вас ждет при достижении вожаемой стройности.

Техника «Обретение собственного опыта»

Удобно устройтесь в кресле, включите любимую медленную мелодию и, закрыв глаза, совершите мысленное путешествие в тот день, когда уйдет последний лишний килограмм.

Вообразите себя перед экраном телевизора, по которому идет фильм о вашем похудении, начиная со дня обретения стройности и до дня сегодняшнего. То есть в обратном порядке.

Да, это не совсем обычный фильм.

Побудьте немного в стройном теле, заметив то, как изменилась ваша жизнь.

Затем прокрутите фильм назад, в то время, когда до стройности осталось всего два килограмма. Когда уже есть уверенность в своих силах, когда уже новая одежда подчеркивает достоинства вашей фигуры. И оттуда, из своего будущего образа, скажите что-то себе сегодняшней...

И продолжайте медленное возвращение, просматривая фильм в обратном порядке.

Внимательно наблюдайте в этом фильме за тем, как будет идти процесс.

Как вы вели себя в гостях, где было много соблазнов и много желающих вас обильно накормить?

Как изменилось ваше пищевое поведение и какова реакция на это коллег, родных, друзей?

Что вы предпринимаете, чтобы, несмотря на искушения, соблюдать все необходимые рекомендации?

Каким образом вам удастся преодолевать любые барьеры и

препятствия на пути к стройному телу?

Какие ошибки вы совершаете и что делаете, чтобы их исправить? (К слову сказать, человек на чужих ошибках не учится, поэтому учитесь на вымышленных собственных ошибках, дабы избежать их в реальной жизни.)

При этом всегда помните, что вы начали смотреть фильм с того момента, когда избавились от последнего лишнего килограмма.

Вы должны по-настоящему визуализировать все это, увидеть своим внутренним взором настолько ясно, как если бы это происходило в реальности.

Представьте, что вы ощутите в тот день, когда, встав на весы, увидите заветную цифру.

Техника «Разгрузка лишнего веса»

Разгрузка заключается в использовании списка специальных ключей для прояснения какой-то запутанной или затуманенной области. К ним относятся, например, «работа», «семья», «женщины» и многое другое. В данном случае таковой общей темой для вас является «лишний вес».

Список «ключей разгрузки» – это великолепная схема для проведения диалога: с самим собой или с кем-то другим. Она позволяет либо просто прояснить тему, либо выявить то, что нуждается в дополнительном прояснении или проработке.

Список ключей разгрузки:

Известно; мысли; идеи; мнения; чувства; реакции; решения; неразрешимо; попытки; интересно; загадочно; скрыто; удивительно; положительно; отрицательно; полезно; постоянно; меняется; многообещающе; любопытно; желательно; навязано; сдерживается; не существует; осталось без ответа; неправильно понято.

Осуществляя работу разгрузки, вы должны составить серию вопросов на основании каждого из этих ключей и ответить на них. Так, для вашего случая (причины лишнего веса) эти вопросы могут выглядеть, например, следующим образом.

1. Что мне *известно* о причинах моего лишнего веса?
2. Какие *мысли* у меня есть по этому поводу?
3. Какие *идеи* имеются на этот счет?
4. Какие *мнения* существуют по поводу причин моего лишнего веса?
5. Какие *чувства* вызывает у меня вопрос об этих причинах?
6. Какие *реакции* возникают при этом вопросе?
7. Какие *решения* есть у меня по поводу причин моего лишнего веса?
8. Что *неразрешимо* в этом вопросе?

9. Какие *попытки* я делал, чтобы обнаружить причины лишнего веса?
10. Что *интересно* в причинах моего лишнего веса?
11. Что для меня *загадочно* в этих причинах?
12. Что *скрыто* от меня и других в причинах моего лишнего веса?
13. Что *удивительно* в этих причинах?
14. Что в них *положительно* ?
15. Что *отрицательно* ?
16. Что *полезно* ?
17. Что *постоянно* ?
18. Что *меняется* ?
19. Что *многообещающе* ?
20. Что *любопытно* ?
21. Что *желательно* ?
22. Что *навязано* ?
23. Что *сдерживается* в причинах моего лишнего веса?
24. Чего *не существует* в этих причинах?
25. Что *осталось без ответа* в вопросе о причинах моего лишнего веса?
26. Что *неверно понято* в этом вопросе?

Техника «Разблокировка нормализации веса»

Разблокировка – это также использование в диалоге специальных слов-ключей для высвобождения чего-либо положительного. Эти ключи дают вам возможность составить список содержательных вопросов, которые по своей сути и природе как бы способны разблокировать любую область.

Эту работу необходимо начинать с чего-то положительного: намерения, способности или области жизни, в которой человек достиг успеха. Это положительное надо (хотя бы расплывчато) определить или назвать, причем вы должны быть тут причиной, а не следствием. Именно поэтому ниже мы используем термин не «лишний вес», а «нормализация веса».

Список ключей разблокировки – это в основном те факторы, которые могут мешать вам достичь положительного результата лечения.

Список ключей разблокировки

Сдерживать; препятствия; ресурсы; попытки; неудачи; последствия; оценки; внутренние запреты; неудержимое; навязчивое; ошибки; беспокойство; мешать; игнорировать; неправильно понимать; изменяться; подавлять; скрывать; забывать; возражать; не хватает; достигать; учиться; убеждения.

Для техники разблокировки порядок ключей не важен. Важен вопрос, который составляется по каждому ключу. Конкретная формулировка не важна – она зависит от вашего подхода к теме. Она может быть прямой, косвенной, опосредованной и т. п. Например, ключ «неправильно понимать» может породить как минимум четыре вопроса:

1. Может быть, я неправильно понимаю что-то относительно нормализации веса?

2. Может быть, я неправильно понимаю себя в отношении нормализации веса?

3. Может быть, кто-то неправильно понимает меня в связи с нормализацией веса?

4. Может быть, я неправильно понимаю, что такое нормализация веса?

Задавать эти вопросы (себе и другим) следует как в прошедшем, так и в настоящем времени, хотя главный интерес для вас представляет категория «настоящего для будущего». Учтите, что тема может проясниться в любой момент, после чего дальнейшая ее проработка окажется просто ненужной и вы можете прекратить задавать вопросы. Если же тема не прояснилась, вернитесь обратно и продолжайте двигаться по списку.

Как было сказано выше, формулировка вопросов зависит от того, над чем вы работаете и какой подход кажется вам самым подходящим. Ниже приводятся примеры вопросов, касающихся нормализации веса, с каждым ключом; это поможет вам создать собственные формулировки.

1. Может быть, я как-то *сдерживаю* нормализацию своего веса?

2. Есть ли какие-то *препятствия* к нормализации веса?

3. Какие *ресурсы* у меня есть для нормализации веса?

4. Какие *попытки* я делаю для нормализации веса?

5. Бывали ли у меня какие-то *неудачи* с нормализацией веса?

6. Какие могут быть *последствия* нормализации моего веса?

7. Делает ли кто-то какие-то *оценки* насчет нормализации моего веса?

8. Есть ли у меня какие-то внутренние *запреты*, связанные с нормализацией веса?

9. Есть ли у меня неудержимое *желание* относительно нормализации веса?

10. Может быть, у меня есть *навязчивые* мысли насчет нормализации веса?

11. Делаю ли я какие-то *ошибки* в отношении нормализации веса?

12. Может, меня что-то *беспокоит* по поводу нормализации веса?

13. *Мешает* ли мне (кто-то или что-то) что-то делать для нормализации веса?

14. *Игнорирую ли я что-то в нормализации веса?*
15. Может быть, я или другие *неправильно понимаем* что-то о нормализации веса?
16. *Изменилось ли что-то в вопросе нормализации моего веса?*
17. *Подавляю ли я что-то в отношении нормализации веса?*
18. Может быть, кто-то что-то *скрывает* насчет нормализации моего веса?
19. Не *забыл ли я* чего-то относительно нормализации веса?
20. *Возражаю ли я* против чего-то относительно нормализации веса?
21. Может быть, мне чего-то *не хватает* в связи с нормализацией веса?
22. *Достигну ли я* чего-то в сфере нормализации веса?
23. Какие *уроки я* извлекаю из процесса нормализации веса?
24. Есть ли у меня какие-то *убеждения* насчет нормализации моего веса?

Техника «Изменение образа жизни»

Ответьте на приведенные ниже вопросы

1. Что значит для меня моя жизнь сейчас?
2. Что она могла бы значить?
3. Что моя жизнь значит для других сейчас?
4. Что она могла бы значить для других?
5. Что является для меня действительно важным? (Укажите пять вещей, явлений и т. д., которые вы цените больше всего в жизни.)
6. Каковы мои ценностные приоритеты? (Расположите их в порядке значимости.)
7. Насколько мой нынешний образ жизни отображает те ценности, которые для меня важны?
8. Какие три действия я могу совершить, чтобы изменить жизнь к лучшему?
9. Что еще я для этого сделаю?
10. Какие обязательства придают моей жизни смысл?
11. Какие переживания придают моей жизни смысл?
12. Какие достижения придают моей жизни смысл?
13. Что заставляет мое сердце петь?
14. Что служит для меня неизменным источником радости?
15. Что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым?
16. Что просто доставляет мне регулярное удовольствие?
17. Насколько сейчас мой образ жизни вмещает и включает:
1 то, что придает моей жизни смысл?

1 то, что заставляет мое сердце петь?

то, что служит для меня источником радости?

1 то, что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым?

1 то, что регулярно доставляет мне удовольствие?

18. Какие три действия я могу совершить, дабы в моей жизни стало больше того, что придает моей жизни смысл?

19. Какие три действия я могу совершить, дабы в моей жизни стало больше того, что заставляет мое сердце петь?

20. Какие три действия я могу совершить, дабы в моей жизни стало больше того, что делает меня по-настоящему счастливым?

21. Какие три действия я могу совершить, дабы в моей жизни стало больше того, что служит для меня неизменным источником радости?

22. Какие три действия я могу совершить, дабы в моей жизни стало больше того, что регулярно доставляет мне удовольствие?

В процессе работы, даже при выполнении всех требований программы, после некоторого периода интенсивного снижения, вес может достаточно долго «стоять на месте». Причины этого могут быть следующие (Гаврилов и др., 2006):

1. Когда «коридор калорийности» соблюдается.

А) Физиологическая остановка веса, или так называемая «ступенька». Эта причина встречается чаще всего. Максимальная длительность остановки – 4 недели.

Эта остановка необходима для адаптации практически всех органов и систем организма к новой массе тела. Поэтому похвалите свое тело за оптимальную скорость сбрасывания веса. Вспомните народную мудрость: «когда вес стоит на месте, тогда стройнеет душа».

- Устройте себе 1 или 2 разгрузочных дня.
- Перечитайте цели, ради которых вы худеете.
- Уделите внимание поиску новых удовольствий.

Б) Отсутствие или задержка стула.

Если стул отсутствует более двух дней, имеет смысл принимать слабительные средства. Начать можно с чаев и настоек, обладающих слабительным эффектом. Можно использовать клизмы.

В) Менструации.

Остановка снижения веса и даже его незначительное (до 1,5 кг) повышение обусловлено задержкой жидкости в организме. Это естественная ситуация, не требующая принятия никаких мер.

Г) Употребление сильно соленой пищи.

В этом случае вес может даже немного увеличиться за счет задержки

воды. Это естественная реакция организма. Снизьте потребление соли.

Д) Употребление большого количества жидкости.

Если количество выпитой жидкости составляет более 1,5 литра в холодное время года и более 2 литров в жаркую погоду, то остановка и даже временное увеличение массы тела обусловлены задержкой жидкости в организме. Это временное явление.

Е) Вес стоит на одном месте, а объемы уменьшаются.

Внимательно прочитайте предыдущие пункты, скорее всего, причину вы найдете среди них.

- Проверьте правильность напольных весов.
- Нередко во время «ступеньки» уменьшение объемов является предвестником снижения веса.

Ж) Погрешность в подсчете калорий, подсчет «на глаз». Субъективно кажется, что калорийность соблюдается, но на самом деле это не так.

В течение трех или четырех дней уделите подсчету калорий особое внимание. Следует учитывать калорийность каждого съеденного кусочка пищи, а сами калории считайте с точностью до десятых долей.

З) Проблемы со здоровьем.

Ряд заболеваний, в частности даже банальная простуда, может сопровождаться отечностью и увеличением массы тела за счет жидкости. Прием гормональных противозачаточных препаратов тоже иногда способствует увеличению массы тела. В этом случае рекомендуем обратиться к врачу.

2. Когда «коридор калорийности» не соблюдается.

А) Высокое чувство голода и низкое насыщение.

Обратите внимание на принципы сбалансированного питания.

Б) Сильный аппетит.

- Найдите новые удовольствия в жизни.
- Перечитайте и, если нужно, заново сформулируйте цели похудения.
- Чаще себя хвалите, проявляйте искреннюю заботу о себе.

В) Стрессовые ситуации.

Напомним, что серьезный стресс может приостановить снижение веса. Уделите внимание преодолению возникших трудностей.

Г) Употребление алкоголя.

Это также возможная причина остановки снижения веса.

Д) Отсутствие желания продолжать выполнение программы.

Снижение или отсутствие мотивации говорит о малой значимости поставленных целей (давно ли вы в них заглядывали?), ради которых вы худеете. Кроме того, тут играет роль и «вторичная выгода» от излишнего

веса.

Е) Снижение массы тела ниже физиологической нормы.

Определите индекс массы тела. Для этого массу тела в килограммах разделите на рост в метрах, возведенный в квадрат. Показатель менее 25 свидетельствует о нормальной массе тела.

Ж) Проблемы со здоровьем.

Некоторые заболевания заставляют человека выйти из «коридора калорийности». В таких случаях следует обратиться за консультацией к специалисту.

3.5. Консультирование и психотерапия различных типов клиентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением

Система целей и задач психокоррекционной работы при ожирении зависит от возрастных, личностных, социально-психологических и мотивационных факторов. Лечение должно базироваться на выявлении и коррекции тех личностных характеристик, которые способствуют гипералиментации и гиподинамии, которые в этом случае представляют собой патологическую реакцию на стресс. Необходимо исследовать роль психосоциальных факторов в становлении ожирения, содействовать формированию адекватных механизмов психической адаптации и обучать пациентов конструктивному поведению. Программа терапии должна преимущественно ориентироваться на мотивацию пациента, чтобы он воспринимал нормокалорийную диету не как ограничение, а как единственно возможный естественный рацион питания.

Успеху лечения способствует осознание пациентом связи между особенностями своей личности и избыточным весом, это влияет и на эффективность коррекции массы тела, и на отдаленные результаты терапии. Во второй главе настоящего справочника подробно рассматривались такие вопросы, как уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и т. д.). Оценка уровня развития и типологии личности психосоматического пациента позволяет планировать объем дальнейших психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. Тип организации характера говорит о том, что данному человеку свойствен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности человека, может привести к декомпенсации в виде соответствующего расстройства.

3.5.1. Консультирование и психотерапия клиентов невротического, пограничного и психотического уровней развития

Психотерапия проходит быстрее и эффективнее при работе с людьми более высокого уровня развития личности. Это касается всех видов и

направлений терапии. Системная семейная терапия, рационально-эмотивная терапия, поведенческая терапия, гуманистическое консультирование или фармакологическая поддержка – все это действует эффективнее при сотрудничестве пациента (Мак-Вильямс, 1999). В силу многих причин психотерапию легче проводить с более здоровыми пациентами, чем при пограничной или психотической организации, особенно на раннем этапе работы. Пользуясь терминами Эриксона, благоприятными факторами для успешной психотерапии следует считать наличие у пациента базового доверия, высокой степени автономии и стабильного чувства идентичности. Целью терапии можно считать устранение бессознательных препятствий для достижения полного удовлетворения в любви, работе и развлечении. Исследование самого себя доступно людям невротического уровня, поскольку их самооценка достаточно эластична, чтобы можно было открывать некоторые неприятные истины о себе.

Другое качество пациентов невротического уровня позволяет эффективно работать с ними в формате краткосрочной терапии. Настойчивое внимание к конфликтной области может оказаться непереносимым для некоторых людей с пограничной или психотической структурой. В отличие от них, человек невротического уровня может воспринимать такое фокусирование продуктивно, как стимул к работе. Подобным же образом клиенту невротического уровня помогает работа в группе и семейный вариант терапии, в то время как при пограничном и психотическом уровнях эти формы работы часто не приносят облегчения. Пациенты низшего уровня поглощают так много эмоциональной энергии группы или членов семьи, что другие стороны безнадежно застревают между чувством обиды на то, что постоянно находятся в центре внимания, и чувством вины за это, поскольку человек с более серьезными нарушениями, очевидно, и страдает больше.

Для понимания пациента, функционирующего на симбиотическом уровне, даже если без явных признаков психоза, важно помнить, что такой человек находится в состоянии паники. Пациенты, склонные к психотической дезорганизации, испытывают чувство незащищенности и всегда готовы поверить в неизбежность распада. Применять терапевтические подходы, допускающие некоторую долю двусмысленности, – все равно что подливать бензин в пламя психотического ужаса. Соответственно, методом выбора при лечении подобных пациентов обычно является поддерживающая психотерапия.

При поддерживающей работе терапевт должен продемонстрировать

свою надежность. Люди психотического уровня часто бывают уступчивыми, но это вовсе не означает, что они доверяют терапевту. На деле их податливость означает нечто совершенно иное: она выражает страх, что авторитетная фигура их убьет за их желания. Терапевт всегда должен помнить о своей задаче – он должен показывать свое отличие от примитивного образа враждебного и всемогущего авторитета, на которых фиксирован пациент психотического уровня.

При работе с человеком невротического уровня, находящимся в паранойальном состоянии, достаточно проинтерпретировать перенос: объяснить, как пациент смешивает терапевта с негативной фигурой из своего прошлого или как он проецирует на него какую-то негативную часть самого себя. При тяжелых нарушениях интерпретация подобного рода бесполезна; пациент, скорее всего, воспримет ее как дьявольскую хитрость. Вместо этого необходимо постоянно действовать таким образом, чтобы это поведение опровергало пугающие ожидания пациента. Чтобы невротический пациент почувствовал себя комфортно, достаточно принять выражение лица, передающее расположение. Если же ваш пациент – человек с риском психоза, необходимо активно демонстрировать его принятие как равного в моральном смысле человека.

Кроме того, для демонстрации надежности терапевт должен вести себя с безусловной эмоциональной искренностью. В общении люди психотического уровня требуют значительно большей эмоциональной открытости, чем другие пациенты. Если же этого не будет, они просто замкнутся в своих фантазиях.

Важно дать психотическому пациенту прямые обоснования своего метода работы, причем такие обоснования, которые будут ему эмоционально понятны. Люди невротического уровня часто хорошо понимают терапию, и если что-то им кажется необоснованным, они обычно об этом спрашивают. Напротив, психотически уязвимые люди носят в себе всевозможные тайные мысли и могут весьма своеобразно понимать значение денежного обмена – не в форме фантазий, которые сосуществуют с более разумными представлениями, но в форме личных убеждений.

Страх пациента перед тем, что он находится в руках могущественного, отстраненного и, возможно, карающего другого, настолько велик, что открытое поведение терапевта оправданно, несмотря на содержащийся тут риск. А если какое-либо открытие по поводу терапевта провоцирует психотический отклик, с ним можно работать; непроницаемость же в любом случае плохо действует на пациента. На деле периодические срывы при работе с серьезными нарушениями неминуемы, их нельзя избежать с

помощью «правильной» техники.

Таким образом, с людьми психотического уровня следует вести себя более авторитетно (но не авторитарно), чем с менее тяжелыми пациентами. Оставаясь партнером, хотя и профессионально более компетентным, терапевт позволяет напуганному пациенту почувствовать защищенность. Естественно, терапевт должен быть по-настоящему уверен в тех вопросах, о которых говорит авторитетным тоном. Со временем, по мере продвижения терапии, даже люди с самыми серьезными нарушениями начинают чувствовать себя достаточно безопасно и не боятся выражать свои особые мнения, а терапевт тут вправе гордиться тем, что помог пациенту добиться некоторой степени подлинной психологической независимости.

Вторым аспектом поддерживающей терапии является просветительская роль терапевта. У людей психотического уровня существуют зоны сильного когнитивного замешательства, связанные с эмоциями и фантазиями. Поэтому психотикам часто нужно давать четкие разъяснения: что чувства – это естественные реакции; чем чувства отличаются от действий; как они вплетаются в фантазии; насколько универсальны те явления, которые, по мнению человека психотической организации, составляют его непереносимую и запутанную драму.

В такое образование входит нормализация. Чтобы помочь симбиотически фиксированному человеку, необходимо добиться, чтобы тот раскрыл и выразил все свои тревоги, заботы, и показать ему, что это естественная часть жизни чувствительного человека.

Такая активная образовательная позиция благотворно влияет на эмоциональное равновесие психотически тревожного человека, поскольку смягчает ужас пациента перед сумасшествием. Кроме того, она вводит пациента в более сложный психологический мир и косвенно приглашает его «присоединиться к роду человеческого». Многим людям с психотически-симбиотической структурой личности с детства навязывали жесткую роль – сначала в семье, а потом в других социальных системах, которые рассматривали их как «чокнутых». Доброжелательное участие само по себе оказывает на пациента корректирующее воздействие. В образовательной беседе важнее передать общую надежду на возможность понимания, чем быть предельно точным. Поскольку терапевт никогда ничего не может знать точно, лучше смягчать формулировки, называя подобного рода объяснения «наилучшими догадками» или «предварительными гипотезами».

Третий принцип поддерживающей терапии касается фокуса

интерпретации, которая при такой работе направлена в первую очередь на чувства и жизненные стрессы, а не на защиты. При этом иногда терапевту следует игнорировать то обстоятельство, что он как бы разделяет искаженные представления пациента, а порою надо даже активно принимать систему представлений пациента. Иногда только при таком единстве пациент будет чувствовать достаточно понимания, а потому сможет воспринять последующую интерпретацию (Federn, 1952). Обычно стоит пациенту выпустить пар, как на смену его параноидальным идеям постепенно приходит более реалистичное понимание происходящего. Иногда терапевт способен помочь, мягко задавая вопросы о других возможных объяснениях реальности, но только после того, как пациенту дали возможность выговориться.

Термин «пограничный» (borderline) имеет разнообразные значения, а внутри самой категории пограничного состояния существует широкий диапазон степеней тяжести, простирающийся от полюса невроза к полюсу психоза (Grinker и др., 1968). В целом людям пограничного уровня организации личности больше показана экспрессивная психотерапия.

Целью терапии при пограничной структуре личности является развитие целостного, надежного, комплексного и позитивно значимого ощущения Я. Наряду с этим развивается способность полноценно любить других людей, несмотря на их изъяны и противоречия. Человек пограничной организации способен постепенно продвигаться от неустойчивой реактивности к стабильному приятию своих чувств, ценностей и реальности; хотя такой пациент представляет значительные трудности для терапевта, особенно на ранних стадиях лечения.

Экспрессивная терапия имеет много общего как с поддерживающей, так и с раскрывающей терапией: пациента просят говорить обо всем, что приходит ему на ум; терапевт помогает ему в этом разобраться; обе стороны ожидают, что в результате череды инсайтов и налаживания благоприятных дружеских отношений будет происходить изменение и рост личности. Но такая работа обладает существенными особенностями, потому что пограничная личность, по определению, не имеет интегрированного наблюдающего Эго, которое бы воспринимало объекты так же, как их видит терапевт. Вместо этого пограничная личность подвержена хаотичному метанию между различными состояниями Эго, не обладая способностью собрать их воедино.

Несмотря на то что пациенты в пограничном состоянии в большей мере способны доверять, чем люди психотической организации, и не требуют от терапевта постоянно подтверждать тот факт, что в его кабинете

они находятся в безопасности, можно потратить несколько лет на установление такого терапевтического альянса, который при работе с невротиком возникает через несколько минут первой встречи. В то время как психотик скорее стремится психологически слиться с врачом, а невротик – сохранить свою независимую идентичность, пограничная личность мечется, «дезориентируя себя и других», между симбиотической привязанностью и агрессивной независимостью.

Ввиду нестабильности состояния Эго, решающим моментом терапии таких пациентов является формирование стабильных условий терапии – того, что Роберт Лангс (Robert Langs, 1973) назвал терапевтическими рамками. Сюда входят не только время и оплата, но и многочисленные правила по поводу границ взаимоотношений, которые редко приходится принимать при работе с другими клиентами. Эта тема находит свое выражение в форме вопросов, а иногда и в виде поступков, когда пациент исследует границы взаимоотношений (например, терапевт находит пациента спящим на полу в приемной). У пограничного пациента возникает бесконечное количество подобных вопросов, и терапевту важно знать, что главное не то, какие правила будут установлены (они могут варьироваться в зависимости от личности пациента и предпочтений терапевта), а то, чтобы они были установлены, постоянно утверждались и подкреплялись особыми санкциями, если пациент выходит за рамки.

Пограничные пациенты часто реагируют гневом на установленные терапевтом границы, но в любом случае они получают следующую терапевтическую информацию: (1) терапевт рассматривает пациента как взрослого человека и уверен в его способности справиться с фрустрацией; (2) терапевт отказывается от того, чтобы его эксплуатировали, и поэтому служит моделью самоуважения. Нередко история жизни людей пограничного уровня показывает, что в прошлом они испытывали на себе противоречивые воздействия: им потворствовали во время регрессии (и, как правило, игнорировали, когда они находились в соответствующем их возрасту состоянии), их призывали подчиниться эксплуатации, и они позволяли себя эксплуатировать.

Следующее обстоятельство, на которое следует обратить внимание при работе с пограничными клиентами, связано с формулировкой интерпретаций. При работе с невротиками комментарии терапевта должны звучать не чаще, чем это требуется для поддержания внимания пациента (чем реже, тем лучше); интерпретация должна быть лаконичной и эмоционально сжатой (Fenichel, 1941; Colby, 1951; Hammer, 1968). В таких случаях невротик понимает, что терапевт раскрыл часть их субъективного

опыта, который они держат в тайне сами от себя. Поскольку такой пациент способен оценить ненавязчивость терапевта, а также то, что тот не настаивает на истинности своей интерпретации и иллюзорности рационализаций пациента, благодаря такому вмешательству невротик чувствует, что его восприятие расширилось. Пациент чувствует себя понятым, хотя и слегка задетым. Но подобное вмешательство люди пограничного уровня воспринимают как критику и унижение, поскольку главное, что они услышат, будет состоять в следующем: «Вы полностью заблуждаетесь по поводу своих истинных чувств». Это непонимание проистекает из тенденции пограничной личности переходить от одного состояния Эго к другому, без комплексной идентичности, которая бы позволила переносить неопределенность и амбивалентность ситуации.

Третьей важной характеристикой эффективной терапии пациентов пограничного уровня является интерпретации примитивной защиты по мере того, как она проявляется во взаимоотношениях. Тут пограничный пациент резко отличается как от психотиков, так и от невротиков. Защищаясь с помощью проекции, психотик в значительной степени лишен контакта с реальностью, так что его мало беспокоит соответствие его фантазии реальности. Невротик же наделен наблюдающим Эго, которое способно заметить, что это проекция. Пограничный пациент не может избавиться от ощущения проецирования, не может равнодушно относиться к тому, насколько реалистично его восприятие, поскольку, в отличие от психотика, связь с реальностью у него не нарушена. Пограничный пациент не может доверить эту функцию бессознательной части Эго, поскольку, в отличие от невротика, тут отсутствует дифференциация наблюдающего и переживающего Эго. Поэтому он продолжает беспокоиться о проекциях, а одновременно чувствует потребность найти согласие с реальностью, чтобы не чувствовать себя сумасшедшим.

Четвертой особенностью работы с пограничными пациентами является обращение к пациенту за помощью при решении дилемм «или/или», с которыми, как правило, сталкивается терапевт. Пограничному пациенту свойственна установка «все или ничего», именно на этом и основан данный подход, где пациент становится как бы консультантом терапевта. Пациент стремится создать у терапевта ощущение, что в данной ситуации существуют два взаимоисключающих решения, оба из которых по разным причинам неадекватны. Обычно это проверка терапевта: какой бы полюс конфликта пациента терапевт ни выбрал, он потерпит поражение. Данный метод снижает чувство замешательства терапевта и, что более важно, демонстрирует образец притяжения неопределенности, укрепляет

чувство собственного достоинства и творческое начало, а также напоминает обеим сторонам о кооперативной природе их совместной работы.

Подводя итоги, можно сказать, что пациенты, находящиеся на симбиотически-психотическом уровне развития, обычно нуждаются в поддерживающей терапии, где важнейшими принципами являются безопасность, обучение и внимание к влияниям конкретных стрессов. Пациентам, находящимся на пограничном уровне, показана экспрессивная терапия – стиль работы, при котором решающее значение имеют установление границ отношений, где необходимо исследовать контрастные состояния Эго и интерпретировать примитивные защиты. Пациентам же невротического уровня показана раскрывающая терапия, в данном случае можно ожидать, что психотерапия окажется эффективной.

3.5.2. Консультирование и психотерапия при различных типах характера

В данном разделе приводятся общие рекомендации по психотерапии и консультированию пациентов с различными типами характера (Кочюнас, 1999; Мак-Вильямс, 1999).

Психотерапия нарциссических пациентов. Первейшим условием работы с нарциссическим пациентом является терпение: никому из тех, кто пытался изменить психологию нарциссического пациента, не удавалось сделать это быстро. Хотя модификация любого типа структуры характера является долгосрочным предприятием, в случае нарциссических нарушений вопрос терпения стоит острее, чем с другими типами клиентов. Тут терапевту приходится переживать контрпереносные реакции скуки и деморализации.

Даже самый надменный пациент с ярким нарциссизмом испытывает сильнейший стыд, столкнувшись с тем, что ему кажется критикой. Поэтому терапевт должен уметь ощутить и принять эту боль, чтобы быть чутким в своих вмешательствах. Альянс с такими пациентами всегда является хрупким, поскольку те не выносят ситуации, которая снижает их и без того непрочное самоуважение.

Люди с неустойчивым самоуважением обычно упорно не желают признать своей ответственности за собственные жизненные неудачи. В отличие от людей, которые легко чувствуют вину и направляют усилия на исправление ошибок, при нарциссизме люди бегут от своих ошибок и скрываются от тех, кто может эти ошибки обнаружить. Терапевт сталкивается со сложнейшей задачей: ему необходимо помочь нарциссическому пациенту осознать и с большей честностью относиться

к своему поведению. При этом терапевт не должен стимулировать стыд, потому что иначе пациент или прервет лечение, или станет скрывать свои секреты от терапевта. Ключевой вопрос терапевта в контексте жалобы пациента и его критицизма звучит так: «Выражали ли вы свои потребности прямо?» Такой вопрос основан на том, что человек с нарциссизмом глубоко стыдится о чем-либо попросить; ему кажется, что признание любой своей потребности обнажает дефект его Я. Поэтому он попадает в межличностные ситуации, несущие в себе унижение, так как другой человек с трудом угадывает их потребности и не может понять, чего же они хотят. В результате пациент пытается убедить терапевта в том, что его проблема сводится к бесчувственности и невниманию окружающих. Вопрос о вербализации потребностей вплотную подводит к убеждению пациента о том, что нуждаться стыдно, а также открывает возможность объяснить пациенту феномен человеческой взаимозависимости.

Особенности нарциссической личности заставляют терапевта применять определенные принципы и тактики при работе с пациентами данного типа (Соколова, Чечельницкая, 2001).

Главный принцип психотерапии пациентов с расщепленным образом Я на начальных этапах заключается в отсутствии конфронтации с бессознательными манипулятивными усилиями грандиозного Я (Соколова, Чечельницкая, 2001).

Когда в структуре самосознания пациента доминируют фантазийно-компенсаторные паттерны (ФКП) «богоподобно-грандиозный я – ничтожный другой», наиболее адекватная тактика психотерапии заключается в использовании чувственного потенциала фантазийного пространства «если бы». Так, терапевт может обратиться к пациенту с предложением: «Давайте попробуем какое-то время побыть вместе так, как если бы мы обладали фантастической способностью к пониманию друг друга. Чем бы вы тогда хотели со мной поделиться?» Кроме того, терапевт может демонстрировать толерантность к отвержению и поддерживать усилия пациента по нахождению оптимальной психологической дистанции.

Когда в структуре самосознания пациента доминирует ФКП «необыкновенно-грандиозный я – восхищающийся другой», наиболее адекватны следующие тактики психотерапии: «отзеркаливание» потенциальных способностей и реальных успехов пациента; демонстрация уважения к усилиям пациента по созданию «имиджа необыкновенности»; поддержка стремления к индивидуации; открытое выражение терапевтом чувств изумления, удивления и восхищения.

Когда в структуре самосознания пациента доминирует ФКП

«агрессивно-грандиозный я – испуганный другой» (критически-требовательная форма), наиболее адекватными тактиками психотерапии являются следующие: терапевт признает свою тревогу за будущее психотерапии; выражает уважение к потенциальной силе Я пациента, облаченной в агрессивную форму; заявляет о принципиальном отказе от любого насильственного «вторжения», нарушающего границы между Я и другим, хотя бы и с благими целями.

Когда в структуре самосознания пациента доминирует «агрессивно-грандиозный я – испуганный другой» (индуцирующе-страдательная форма), наиболее адекватны следующие тактики психотерапии: общение «лицом к лицу», демонстрация способности к «контейнированию» чувств; облегчение выражения агрессии пациентом; при этом терапевт должен показывать стабильность своего душевного состояния, предотвращая тем самым возникновение у пациента чувства вины за «разрушение» психотерапевта.

Когда в структуре самосознания пациента доминирует ФКП «альтруистически-грандиозный я – беспомощный другой», наиболее адекватными тактиками являются следующие: противостоять отреагированию вовне фантазий альтруистического всемогущества, отказываясь от любых услуг пациента; использовать следующую форму обращения к пациенту: «Чтобы я мог лучше понять вас и то, что вас заботит, может быть, вы... (расскажете о... поразмышляете над... поделитесь своими чувствами, опишете свои телесные ощущения и т. д.)».

Психотерапия шизоидных пациентов. Особенности шизоидной личности затрудняют установление и поддержание контакта. Терапевт часто чувствует, что у шизоида иная «длина волны» (Storr, 1980). В отношениях с такими пациентами важнее заинтересованность и желание помочь, чем диагностический подход.

Терапевту следует помнить о глубокой изоляции шизоидного пациента. Первый контакт должен быть достаточно интеллектуальным. Шизоидного пациента легко напугать попыткой непосредственно проникнуть в его эмоциональную жизнь. Терапевт также должен принимать во внимание противоречие между желанием пациента быть с людьми и страхом перед окружающими. Преждевременное установление близкого контакта с пациентом может спровоцировать его бегство. Однако если терапевт будет слишком нейтрален и далек от пациента, тот может почувствовать себя отвергнутым. Не надо забывать, что оптимальная дистанция во взаимоотношениях – лучший подарок шизоидному пациенту.

Терапевт должен помнить, что на консультировании шизоидный

пациент ведет себя так же, как и в других жизненных ситуациях, например в семье. Эти пациенты часто неосознанно стремятся пробудить чувство вины у окружающих. Шизоидный пациент относится к терапии с той же смесью сензитивности, честности и страха поглощения, которая окрашивает и другие его отношения. На ранних фазах терапии для такого пациента характерно косноязычие и ощущение пустоты и растерянности. Терапевту приходится переносить долгие периоды молчания, пока пациент не интернализует безопасность взаимодействия. Часто шизоид очень чувствителен к своим внутренним реакциям и испытывает благодарность за возможность находиться там, где проявления его личности не вызывают тревоги, пренебрежения или насмешек. Терапевт должен иметь в виду, что отстраненность шизоидного пациента представляет собой распознаваемую защиту, но не является непреодолимым барьером для отношений. Терапевт, работающий с шизоидным пациентом, должен быть готов к такому уровню аутентичности и степени осознания эмоций и представлений, который у пациентов с иным типом характера появляется только после нескольких лет работы.

На ранних фазах терапии следует избегать интерпретаций, так как пациент испытывает страх вторжения в его внутреннюю жизнь. Комментарии и случайные реакции он может принять с благодарностью, но попытки добиться от шизоидного пациента большей экспрессии приведут его в замешательство, вызовут противодействие и усилят тенденцию к уходу. Терапевтические замечания должны учитывать словарь и образный ряд пациента, это укрепит его чувство реальности и внутренней целостности. Важной частью терапии тут является нормализация.

Даже тем шизоидным личностям, которые уверены в надежности своего восприятия, безразлично то, какой эффект они оказывают на людей. Терапевт, который показывает шизоиду, что его внутренний мир доступен пониманию, помогает пациенту интернализировать опыт принятия без подчинения требованиям другого человека. Со временем пациент, обретая самоуважение, начинает понимать, что его трудности не всегда связаны с причудливостью его эмоциональной жизни, но часто отражают ограничения других.

Самым типичным препятствием для терапевтического прогресса с шизоидным пациентом – при условии, что созданы крепкие терапевтические отношения и продолжается работа осознания, – является общая для терапевта и пациента тенденция устроить себе своего рода эмоциональный кокон, где они прекрасно понимают друг друга, так что оба участника ожидают терапевтической сессии как передышки от требований

внешнего мира. Шизоидам свойственна тенденция, которую невольно может перенять и терапевт: сделать терапевтические отношения скорее заменой жизни, чем основой для решения проблем за пределами терапевтического кабинета. Терапевт сталкивается с дилеммой: он должен развивать у пациента способность лучше функционировать в социальной и личной жизни, но при этом боится напоминать пациенту о том, что они не добиваются этих целей, потому что пациент может почувствовать при этом вторжение, контроль и неуважение к его потребности сохранять дистанцию.

Психотерапия параноидных пациентов. Встретившись с параноидным пациентом, терапевт должен быть готов к недоверию и враждебности. Такие люди постоянно «проверяют», насколько можно доверять терапевту. Работая с параноидными пациентами, следует соблюдать определенную дистанцию, потому что слишком быстрое или чрезмерно глубокое вторжение вызывает у них неприязнь.

Прежде всего терапевту необходимо установить стабильный рабочий альянс. Его спокойствие перед лицом сильной враждебности помогает пациенту чувствовать себя защищенным от возмездия, уменьшает страх разрушительной ненависти, а также демонстрирует, что те аспекты Я, которые пациент воспринимал как зло, являются обычными человеческими качествами.

Терапевт должен стремиться к глубинному пониманию пациента, чтобы помочь ему осознать неизвестные аспекты Я и, насколько возможно, принять свою человеческую природу. Тут можно опираться на чувство юмора. Юмор необходим в терапии – в особенности с параноидными пациентами, поскольку шутка позволяет безопасным образом разрядить агрессию. Чтобы получать от юмора удовольствие вместе, терапевт может посмеяться над собственными фобиями, претензиями и ошибками. Параноидные люди ничего не упускают из виду: ни один изъян терапевта не защищен от их испытующего взгляда. Способность давать доступ Эго к фантазии о всемогуществе с помощью толики разумной насмешки над собой очень ценна для пациента (особенно после установления надежного рабочего альянса, на что могут уйти месяцы или годы работы).

Терапевт может также «присоединиться» к сложной параноидной защите от аффекта. Кроме того, пациенту, страдающему от усиления параноидных реакций, можно помочь, исследуя источники его стресса в ближайшем прошлом. Обычно это ситуации разделения (ребенок пошел в школу, уехал друг, родитель не ответил на письмо), неудачи или – как это ни парадоксально – успех (неудачи унижают; успех активизирует вину

всемогущества и страх наказания). Терапевт учит пациента замечать рост своего возбуждения и искать его причины, что иногда вообще предотвращает развитие параноидной реакции.

Обычно не следует применять прямую конфронтацию относительно содержания параноидной идеи. Такие пациенты остро воспринимают эмоции и отношение. Они путаются, когда интерпретируют значение конфронтации (Sullivan, 1953; Shapiro, 1965; Meissner, 1978). Если их представления оспаривают, они, скорее всего, услышат: «Ты псих, раз видишь то, что видишь» – вместо: «Ты неправильно истолковал смысл явления». Работая с параноидными пациентами, следует избегать любых вмешательств, которые приглашают их к явному принятию или отторжению идей терапевта. В их представлении принятие равно унижительному подчинению, а отторжение провоцирует возмездие.

Также можно постоянно напоминать пациенту о разнице между мыслями и действиями, демонстрируя наиболее ужасающие фантазии в качестве примера замечательного, восхитительного, творческого проявления человеческой природы. Способность терапевта получать удовольствие от враждебности, алчности, похоти и тому подобных далеко не блестящих тенденций без отреагирования вовне снижает страх пациента перед его неподконтрольной «злой сущностью».

Кроме того, терапевт должен крайне внимательно относиться к границам отношений. Параноидный пациент все время боится того, что терапевт отступит от своей роли и будет использовать его для каких-то своих целей, не имеющих отношения к работе.

Последовательность в поведении терапевта имеет решающее значение для создания чувства безопасности у параноидного пациента, непоследовательность стимулирует его фантазии всемогущества. Конкретные правила относительно границ (как терапевт относится к тому, что пациент не приходит на назначенную встречу или звонит терапевту домой) имеют меньшее значение, чем то, насколько надежно они соблюдаются. Параноидный пациент может злиться и огорчаться по поводу рамок в отношениях, но это не так страшно, как его беспокойство о том, что терапевта можно соблазнить, напугать или вывести из себя.

Психотерапия психопатических (асоциальных) пациентов. Устанавливать контакт с асоциальными пациентами очень трудно, потому что они приносят свой повседневный стиль жизни и общения в работу с терапевтом. С самой первой встречи такие пациенты склонны обманывать терапевтов или консультантов, особенно неопытных, используя внешнее обаяние и мнимую доброжелательность, умение подольститься. В своем

стремлении помочь терапевт может выйти за рамки рабочего альянса и сделаться объектом манипуляции пациента.

Асоциальная личность склонна избегать ответственности за неприемлемое поведение с помощью рационализации и перекладывать вину на других (проекция). Продолжительное общение с таким человеком всегда начинает вызывать неудовлетворенность, напряжение и раздражение. При работе с асоциальными пациентами терапевту очень важно в любой момент идентифицировать свои чувства и полагаться на них, потому что это единственное средство избежать манипуляции со стороны пациента и выполнять работу, не обращая внимания на серьезные трудности.

Если говорить о переносе, психопатический пациент главным образом проецирует на терапевта своего «внутреннего хищника»: ему кажется, что терапевт намерен использовать пациента для своих эгоистических целей. Лишенный эмоционального опыта любви и эмпатии асоциальный пациент неспособен понять подлинный человеческий интерес терапевта и ищет, где тут «крючок». Если у пациента есть основания думать, что терапевт может быть полезен для достижения каких-то целей, он начинает вести себя настолько обаятельно, что неопытный терапевт может попасть в ловушку. Асоциальные люди не понимают эмпатии, они понимают только манипуляцию другими. И потому пациент испытывает не признательность, а садистическую радость триумфа над терапевтом, который отклоняется от установленных ранее правил лечебного контракта. Таким образом, любой аспект терапии, который можно интерпретировать как слабость и уязвимость терапевта, будет истолкован именно так.

В отличие от терапии пациентов с другими типами характера, при работе с психопатическим пациентом терапевт должен занять позицию «независимой силы, граничащей с безразличием». Ему не следует эмоционально выкладываться ради изменения пациента, поскольку, как только тот заметит эту потребность терапевта, он тут же начнет саботировать психотерапию, чтобы доказать слабость терапевта.

В ходе терапии, по мере того как настойчиво анализируются свойственные психопатической личности всемогущий контроль, проективная идентификация, зависть и саморазрушительное поведение, пациент будет меняться. Любой переход от использования слов для манипуляции к их использованию для честного самовыражения является существенным успехом, которого можно достичь лишь в результате регулярной практики выражения себя перед другим человеком, который в достаточной мере интегрирован. Любой эпизод, когда пациент сдерживает

свой импульс и испытывает гордость за осуществление самоконтроля, следует рассматривать как важнейшую веху лечения психопатической личности. Ведь даже небольшое продвижение такого пациента в сторону человеческой привязанности предотвращает огромное количество страданий его окружения.

Психотерапия обсессивных-компульсивных пациентов. Человек обсессивного типа изо всех сил старается не говорить о своих эмоциональных проблемах. Он прилагает огромные усилия, чтобы скрыть свои эмоциональные трудности, хотя таким образом лишь их демонстрирует. Такой пациент постоянно старается контролировать беседу, чтобы избежать эмоционального контакта с терапевтом или консультантом. Поэтому беседа становится волнообразной: как только терапевт пытается продвинуться вглубь, пациент стремится убежать и нейтрализовать терапевтические усилия. Когда терапевт чувствует, что перед его носом захлопнулась дверь, это значит, что он приблизился к самым существенным проблемам пациента. Бегство от погружения в свой внутренний мир проявляется в склонности к интеллектуализации. Объяснения и интерпретации консультанта обсессивный пациент воспринимает головой, а не сердцем. Он многословен, но не ради точного выражения чувств, а ради отмежевания от них. Повествование такого пациента перегружено деталями, он пытается ничего не пропустить в своем рассказе, но при этом не раскрывает своей личности. Беседы с обсессивными пациентами обычно трудны и на них уходит много времени. Для исследования вытесненного материала иногда имеет смысл расспросить пациента о его сновидениях. Помогает также использование тестов в виде рисунков вместо вербального обсуждения проблем.

Обсессивный пациент любит приходить к терапевту с подробным перечнем проблем или со списком вопросов, которые необходимо обсудить во время сессии. Очевидно, это отражает желание контролировать ситуацию работы и избежать прямого эмоционального контакта с консультантом. Когда пациенту не разрешают пользоваться заранее подготовленными текстами или придерживаться установленного им порядка вопросов-ответов, он приходит в замешательство. Такое поведение терапевта является для него сюрпризом, а обсессивная личность не терпит сюрпризов; спонтанность тут провоцирует тревогу. Подготовка к встрече с терапевтом направлена на пресечение неожиданностей, способных вывести из равновесия. Терапевт может спросить пациента: «Почему вы придаете такое большое значение подготовке к нашей встрече?» Ответ пациента открывает доступ к его внутреннему миру. И конечно, работая с

обсессивными пациентами, консультант сам не должен пользоваться подобного рода вспомогательными средствами (записями и т. п.).

При работе с такими пациентами перед терапевтом стоит двойная задача (Storr, 1980). Во-первых, он должен помочь пациенту выразить побуждения, от которых тот защищается. Во-вторых, сам терапевт должен быть человеком, готовым экспериментировать, чтобы пациент мог потренироваться устанавливать отношения, свободные от субординации. Если реакции терапевта на обсессивную личность адекватны, психологической защитой пациента выступает злость. Такую ответную реакцию следует рассматривать не как следствие ошибки, а скорее как признак прогресса в работе. Терапевту не стоит сглаживать агрессию злящегося пациента, напротив, необходимо позволить ему выразить скрытые чувства. Не следует поощрять желание пациента немедленно подавить свою злость. Реальная работа может начаться лишь тогда, когда терапевт шаг за шагом связывает злость пациента с ее побудительными причинами и исследует подоплеку обсессивного стиля отношений с другими людьми. Это позволяет хотя бы отчасти освободить обсессивного пациента от бремени невыраженных эмоций.

Первым требованием к работе с обсессивными и компульсивными пациентами является соблюдение обычной доброжелательности. Эти люди, как правило, сердят окружающих, не вполне понимая причины своего поведения, и чувствуют благодарность, когда их не наказывают за качества, раздражающие других людей. В первую очередь требует понимания и интерпретации их уязвимость для чувства стыда. Отказ терапевта давать советы, его критическое отношение к защитами пациента (таким как изоляция, уничтожение сделанного или реактивное образование) продвигают процесс вперед и оживляют терапию лучше, чем техники с более интенсивной конфронтацией.

Другим важным элементом успешной работы с пациентами данного типа (особенно это актуально при выраженных обсессивных тенденциях) является отказ от интеллектуализации. Интерпретации, апеллирующие к когнитивному уровню, не принесут пользы, пока не снят запрет на аффективные ответы.

Третий компонент правильного лечения обсессивных и компульсивных пациентов – готовность психотерапевта помочь им выразить гнев и критическое отношение и к терапии, и к терапевту. Обычно пациенты не могут сделать это прямо, но терапевт подготавливает почву для того, чтобы пациент со временем обрел способность осознавать и выражать такие чувства. Важно не только идентифицировать аффект, но и

научить пациента получать от него удовольствие. Терапия предполагает не только превращение бессознательного в сознательное: необходимо, чтобы пациент перестал относиться к тому, что становится сознательным, как к чему-то постыдному.

Психотерапия пациентов истерического типа. Пациенты истерического типа при терапии или консультировании, особенно с консультантом противоположного пола (классический вариант – женщина-пациент и мужчина-консультант), стремятся внести в отношения эротические, сексуальные тона. Такое поведение, скажем, клиентки довольно специфично – если консультант выказывает хоть незначительный интерес эротического характера, она сейчас же отступает, объясняя, что имела в виду совсем другое.

Еще одна особенность истерического поведения, встречаемого в консультировании и терапии, заключается в том, что пациентка играет роль бессильного и зависимого существа, жаждущего заботы и внимания со стороны сильной отцовской фигуры. В таких случаях терапевту уготована роль заместителя отца. В сущности истеричной клиентке не нужен любимый, ей нужен хороший отец. Вот почему она шокирована, получив адекватную реакцию на свое провокативное поведение. Следует отметить, что по отношению к лицам своего пола истерическая пациентка зачастую антагонистична и склонна к соперничеству, она усматривает в других женщинах конкуренток в борьбе за внимание окружающих.

Поведение истерической личности может вызвать у терапевта контрперенос. Поэтому, работая с такими пациентами, терапевт должен постоянно контролировать свои чувства.

Истерики чаще всего обращаются с проблемами, связанными с семейными отношениями и сексуальной жизнью. Несмотря на внешнюю сексапильность, большинство людей данного типа неспособны к нормальной сексуальной реализации. Женщины, как правило, жалуются на фригидность, которая является реакцией на страх перед своей сексуальностью. Мужчины-истерики нередко страдают импотенцией и склонны к гомосексуализму.

Истерическая личность использует различные формы психологической защиты, о чем надо знать терапевту. Довольно характерно вытеснение сексуальности, в результате чего возникает бледность сексуальных переживаний, а из памяти исчезают некоторые события. Люди данного типа склонны к фантазированию – только в воображаемом мире они получают любовь и внимание. Символическое удовлетворение потребностей для них более приемлемо, потому что это не затрагивает

таящиеся в бессознательном конфликты. У истериков действительность часто смешивается с фантазией, они сами верят в свои выдумки. В их поведении встречается и регрессия в сочетании с отрицанием, которое позволяет не отдавать себе отчет в мотивах собственных поступков.

Для большинства истеричных пациентов, особенно женщин, характерна долгая история лечения у многих врачей и психотерапевтов. Как известно, при истерическом неврозе часто встречается феномен конверсии, описанный Фрейдом. В этом случае внутренний психологический конфликт выражается через соматический симптом, который становится его символом. Поэтому такие люди беспрерывно лечатся от самых разных соматических нарушений. Обычно конверсионные симптомы принимают форму потери чувствительности: анестезия конечностей, слепота, глухота и т. п. Большинство истеричных пациентов во время консультирования очень эмоционально рассказывают о своих болезнях в прошлом.

Важно помнить, что невротические симптомы несут в себе вторичную выгоду для пациента. Этого пациент не осознает или осознает лишь частично. Истерические симптомы служат трем основным целям:

- 1) «наказывают» людей, к которым пациент испытывает вражду;
- 2) помогают избежать неприятных, пугающих, потенциально унижающих ситуаций;
- 3) помогают возбудить симпатию окружающих или обратить на себя внимание.

Поэтому нередко возникает очевидное противоречие между высказанными пациентом желаниями и чувствами и тем, о чем говорят его симптомы. Это противоречие вызывает у терапевта подозрение, что пациент неискренен и прибегает к симуляции. Разобраться в ситуации терапевту помогает интуиция, которую не следует игнорировать. Полагаясь на интуицию, можно не только идентифицировать истеричного пациента, но и избежать разнообразных ловушек, таящихся в работе с ним.

В начале терапии следует установить эмоциональный рабочий альянс и обговорить ответственность обеих сторон в ходе терапевтического контакта; это быстрый и легкий процесс с относительно здоровым пациентом благодаря общей склонности истериков к контактам. Затем терапевт, который ведет себя ненавязчиво, но тепло и избегает самораскрытия, тем самым дает сформироваться переносу. Как только проблемы пациента начинают всплывать в ходе терапии, терапевту следует тактично интерпретировать чувства, разочарования, желания и страхи – по мере того как они появляются на сессии.

Критически важно, чтобы истерический пациент осознавал свои

проблемы самостоятельно. Поспешность интерпретации может только испугать людей с истерической чувствительностью, это будет воспринято пациентом лишь как свидетельство большей власти и ума терапевта. Комментарии терапевта, в которых косвенно звучит утверждение: «Я знаю вас лучше, чем вы сами», порождают во внутреннем мире истерического пациента образ кастрации или пенетрации. Лучше задавать осторожные вопросы, бросать случайные замечания, когда кажется, что пациент завяз, и постоянно возвращать его к тому, что он чувствует и как это понимает, – вот к чему сводится эффективная техника работы с такими пациентами.

Психотерапия мазохистических пациентов. Пациенты мазохистического типа склонны воспроизводить при работе с терапевтом драму ребенка, который нуждается в заботе, но получает ее, только когда страдает. Терапевта они могут воспринимать как родителя: его нужно заставить спасти и утешить пациента, который слишком слаб, запуган и беззащитен, чтобы справляться с требованиями жизни без посторонней помощи. При более мягких вариантах пациент все равно демонстрирует свою беспомощность перед лицом житейских невзгод, хотя и признает, что единственный способ справиться с трудностями состоит в том, чтобы быть терпеливым, стойким или даже бодрым перед лицом неудач.

Таким образом, субъективная задача пациента – убедить терапевта, что пациент: (1) нуждается в спасении и (2) спасения заслуживает. За этими целями стоит страх того, что терапевт – невнимательный, рассеянный, эгоистичный, критичный или жестокий человек, обладающий авторитетом. Он будет разоблачать пациента, возлагать на него вину за то, что тот стал жертвой преследования, и наконец, прервет с ним отношения. Эти фантазии и опасения могут быть как сознательными, так и бессознательными, эго-синтонными или эго-дистонными – в зависимости от уровня личностной структуры пациента. Кроме того, такие люди живут в состоянии плохо осознаваемого страха, что их недостатки заметят и они будут отвергнуты за свою греховность. Чтобы бороться с этими страхами, они пытаются показать свою беспомощность и свои попытки быть хорошими.

Так как мазохистическая личность остро нуждается в модели здорового самоутверждения, то человеческие особенности терапевта, отражающиеся в том, как он структурирует терапевтическое сотрудничество, самый важный фактор терапевтического успеха именно для данного типа пациентов. Способность терапевта противостоять попыткам его эксплуатировать или способность помогать, не испытывая негодование при неудачах, открывает совершенно новые возможности для

того, кто в силу воспитания привык жертвовать всеми своими интересами ради других. Следовательно, первое правило при работе с таким пациентом – не служить моделью мазохизма.

Пациенту мазохистического типа не принесет пользы ощущение, что его терпят при покладистом поведении. Ему нужно почувствовать, что его принимают даже тогда, когда он выходит из себя. Более того, ему необходимо понять, что гнев естествен, когда не удастся получить того, что ты хочешь, и что это легко понимают другие люди. Большинство опытных терапевтов советуют не выражать сочувствия мазохистическим пациентам (Nydes, 1963; Hammer, 1990). Правильнее всегда подчеркивать способность пациента улучшить свое положение. Такие неинфантилизирующие реакции терапевта, обращенные к Эго, способны вызвать раздражение у пациента, который полагает, что можно добиться теплого отношения к себе единственным способом – продемонстрировав свою беспомощность. Таким образом, эти интервенции дают терапевту возможность поддерживать выражение нормального гнева и показать свое понимание негативных чувств пациента.

Кроме того, что поведение терапевта должно противоречить патологическим ожиданиям мазохистических пациентов, он должен активно исследовать иррациональные, но имеющие большую ценность для пациента убеждения: «Если я достаточно пострадал – я получу любовь»; «Лучший способ борьбы с моими врагами – показать, насколько они жестоки»; «Единственная причина, по которой со мной случалось что-то хорошее, заключается в том, что я себя в должной мере наказал». Для такого пациента характерны магические убеждения, которые связывают защиту своих прав или самоуверенность с наказанием, а самоунижение – с конечным триумфом.

Человек мазохистического типа должен понять: именно борьба за свои права, а не беспомощное страдание вызывает тепло и принятие, и терапевт, в отличие от родителей, обращавших внимание на ребенка, только когда тот страдал, не очень-то интересуется подробностями невзгод пациента.

Психотерапия маниакально-депрессивных пациентов. Наиболее важным условием терапии депрессии и депрессивно организованной личности является атмосфера принятия и уважения, а также терпеливое желание понять пациента. Поскольку такие люди имеют «радар» для тончайшей проверки своих опасений касательно критики и отвержения, терапевт должен стремиться не осуждать пациента и быть устойчивым в своих эмоциях к нему. Главная цель в работе с депрессивными пациентами – это исследование и интерпретация их реакции на отделение, хотя бы на

отделение от терапевта при кратком эпизоде молчания. Длительного молчания тут следует избегать: оно вызывает у пациента чувство собственной непривлекательности и малой ценности, ощущение безнадежности и растерянности. Депрессивные люди глубоко чувствительны к тому, что их покидают, и несчастливы в одиночестве. Еще важнее тот факт, что для них потеря – обычно неосознанно, но люди, близкие к психотическому уровню, иногда это осознают – доказывает, что они плохие: «Должно быть, вы покидаете меня, потому что испытываете ко мне отвращение», или: «Вы оставляете меня, чтобы избежать моего ненасытного голода», или: «Вы проводите время со мной, чтобы наказать меня за мои грехи». Все это вариации на одну и ту же тему. Очень важно с пониманием относиться к беспокойству депрессивных пациентов по поводу потерь, но не менее важно и то, что терапевт интерпретирует эти чувства.

Если контакт депрессивных пациентов с гневом и другими негативными чувствами поощряется, они все равно во многих случаях боятся заметить свою враждебность по отношению к терапевту: «Как я могу разгневаться на того, кто мне настолько необходим?» Очень важно, чтобы терапевт не поддерживал подобных представлений. Вместо этого следует обратить внимание на стоящее за таким вопросом убеждение, что гнев приводит к расставанию с людьми. Такой пациент может сделать настоящее открытие: оказывается, свободное выражение негативных чувств увеличивает интимность, в то время как фальшь и отсутствие контакта с данными чувствами приводит к изоляции. Гнев противоречит нормальной зависимости только в том случае, если человек, от которого ожидается зависимость, реагирует на это патологически, – именно это в детстве испытали многие депрессивные пациенты. Однако это правило не является верным для отношений с более зрелыми людьми.

Терапевт часто обнаруживает, что его усилия, направленные на нейтрализацию ощущения собственной «плохости» у депрессивных пациентов, или игнорируют, или воспринимают парадоксально. Чтобы справиться с этой ситуацией, терапевту рекомендуется не поддерживать Эго пациента, а атаковать его Супер-Эго.

Кроме того, депрессивному пациенту необходимо постепенно отходить от позиции ребенка и учиться смотреть на терапевта как на обычного человека со своими недостатками. Сохранение идеализации неизбежно поддерживает неполноценный образ самого себя.

Важной первоначальной задачей при работе с гипоманиакальными людьми является профилактика прерывания терапии. Если терапевт не

обсудит этот момент на первой сессии и не достигнет контракта с пациентом, предложив тому продолжать работу в течение некоторого времени даже после того, как у него появится импульс убежать, риск неудачи неизбежен. Специфической защитой такого пациента является бегство от значимых привязанностей (что обычно показывает история его жизни), и эту тему необходимо проработать. Постоянное внимание к отрицанию печали и негативных эмоций в целом является неотъемлемой частью терапии.

Поскольку маниакальные люди испытывают сильный страх перед печалью и фрагментацией собственного Я, темп терапии должен быть медленным. Терапевт, который демонстрирует осмотрительность и осторожность, предлагает своему «вертящемуся» пациенту другую модель того, как жить в мире чувств. Лечение следует проводить в прямой манере. Большинство маниакальных людей, стремясь избежать психической боли, обучается говорить, чтобы не работать. Их эмоциональная аутентичность всегда рождается в борьбе с самими собой. Поэтому терапевт должен периодически исследовать, является ли то, о чем они говорят, правдой – или же они приспособливаются к обстоятельствам, оправдываются и развлекают терапевта.

3.6. Когнитивно-поведенческая психотерапия

Большинство современных лечебно-реабилитационных программ для пациентов с нарушениями пищевого поведения включает в себя приемы и методы когнитивной и поведенческой психотерапии (Крылов, 1995), которые направлены на нормализацию пищевого поведения. Эти программы стимулируют анализ пациентами своих представлений и убеждений относительно стиля приема пищи, меняют дисфункциональные установки и поддерживают развитие новых паттернов мышления и интерпретации, в том числе – в отношении своего Я и окружающего мира.

Теоретической предпосылкой поведенческой психотерапии является постулат о позитивном и негативном подкреплении патологического поведения. Эффективность терапии часто зависит от мотивации пациента: пациент с ожирением будет лечиться до тех пор, пока он худеет, при стабилизации массы тела мотивация продолжать лечение снижается или исчезает, поэтому терапевту необходимо изобретать новые приемлемые для пациента мотивы. Поведенческие терапевты стремятся к тому, чтобы пациенты играли активную роль в определении целей лечения и выполнении терапевтической программы, для чего используются процедуры самоконтроля. В качестве целей и стандартов, управляющих поведением, пациент и терапевт могут совместно устанавливать уровень ежедневного потребления калорий. Успешное достижение конкретных целей ведет к самоподкреплению, что, в свою очередь, усиливает вероятность сохранения саморегуляции в дальнейшем (Александров, 2004).

Когнитивная терапия при нервной анорексии преследует определенные цели. Пациент должен научиться регистрировать свои мысли и сделать их восприятие более четким. Он должен осознавать соотношение между определенными дисфункциональными мыслями, неправильным поведением и эмоциями, анализировать свои убеждения и проверять их правильность, формировать реалистичные и адекватные интерпретации и постепенно видоизменять неверные представления. Терапия особенно эффективна при выраженной тенденции к хроническому течению заболевания, она сфокусирована на дисфункциональных идеях, касающихся внешности, питания и веса. Одновременно корректируются когнитивные основы заниженной самооценки, чувства неполноценности и

дефицитарного восприятия себя. Например, если пациентка говорит: «Все считают, что худощавые люди привлекательнее и удачливее», ей задают такие вопросы:

1. Действительно ли большинство считает худощавых людей более интересными?

2. Идет ли при этом речь о линейной зависимости: чем меньше вес человека, тем он привлекательнее?

3. Разделяют ли такие взгляды все люди или только те, кто некритично воспринимает тенденции моды?

4. Употребляя слова «интересный», «желанный» или «удачливый», думает ли большинство людей одновременно о худощавой фигуре?

Поведенческие подходы часто используются в случаях булимии вместе с индивидуальной терапией или групповой терапией. Пациентов могут, например, попросить вести ежедневный дневник наблюдений за своим пищевым поведением, фиксировать моменты, когда они ощущают голод и сытость, и так далее (Mitchell, Peterson, 1997; Goleman, 1995). Этот подход помогает страдающим булимией посмотреть на свой режим питания объективно и распознать, какие эмоции «запускают» у них переедание.

Когнитивные терапевты стараются помочь людям с булимией распознать и изменить неадекватные установки относительно питания, веса и фигуры (Freeman, 1995). Как и при лечении анорексии, психотерапевты, как правило, учат клиентов определять, какие мысли обыкновенно подталкивают их к перееданию: «Я не контролирую себя», «Я выгляжу толстым» и т. д. (Mitchell, Peterson, 1997; Fairburn, 1981). Психотерапевты также помогают страдающим булимией избавиться от чувства беспомощности, повысить самооценку и перестать стремиться во что бы то ни стало быть во всем совершенными (Freeman, 1995; Mizes, 1995).

Разработана структурированная когнитивно-поведенческая программа для лечения нервной булимии и компульсивного переедания (Ricca et al., 2000). Эта программа при лечении нервной булимии опирается на представление о том, что когнитивные и поведенческие факторы играют основную роль в поддержании расстройства. С когнитивно-поведенческой точки зрения булимические симптомы отражают порочный цикл голодания, переедания и очищения, типичный для нервной булимии (Fairburn et al., 1993; Spangler, 1999). Главная психопатологическая особенность этого состояния – это озабоченность массой тела и фигурой в результате низкой самооценки. Пониженная самооценка вызывает поляризацию образа тела, что и приводит к ограничениям в еде с целью контроля над массой тела и

фигурой. Компульсивное переедание в рамках данной модели рассматривается как результат психологической и физиологической восприимчивости, которая развивается вследствие голодания и компенсаторных механизмов (рвоты), используемых для контроля над массой тела после эпизодов переедания. Ограничения, пищевые кутежи и последующее компенсаторное поведение составляют сеть порочных циклов, которые поддерживают клинические симптомы расстройства. Например, искусственная рвота уменьшает опасения относительно увеличения веса после переедания, а также снижает чувство насыщения, что облегчает начало наступления следующего пищевого кутежа. В то же время переедание и очищение ведут к психологическому дистрессу, приводящему к еще более жестким ограничениям питания.

Основанная на этой модели когнитивно-поведенческая терапия нервной булимии направлена на устранение эпизодов переедания в первую очередь за счет смягчения пищевых ограничений. Такая терапия ставит перед собой следующие цели: (1) восстановление нормального пищевого стереотипа вместо патологического; (2) развитие адаптивных стратегий совладания, позволяющих избегать переедания и компенсаторного поведения; (3) коррекция когнитивных искажений, связанных с образом тела.

Программа когнитивно-поведенческой терапии при лечении нервной булимии занимает 19 сессий по 50 минут каждая и проводится в течение 20 недель. Процесс лечения состоит из трех отдельных фаз (Ricca et al., 2000).

На первой фазе терапевт разъясняет пациенту, какие когнитивные факторы поддерживают нарушение пищевого поведения, и предлагает ему использовать некоторые поведенческие методы (альтернативные действия, контроль стимулов) с целью устранения эпизодов переедания. В этой фазе также вводится самоконтроль.

Кроме того, терапевт дает пациенту информацию о массе тела и ее возможных физиологических колебаниях. Масса тела регистрируется еженедельно, поскольку показатель изменения веса важен для пациентов, которые начинают менять свое пищевое поведение. Подробно разъясняются также последствия чрезмерных диетических ограничений, искусственной рвоты, использования мочегонных и слабительных средств (если это имеет место). Пациента просят соблюдать регулярный пищевой режим: 3 основных приема пищи и 2 перекуса.

Вторая фаза главным образом посвящена когнитивному аспекту. Особое внимание направлено на выявление искаженных представлений о питании; поведенческие эксперименты и когнитивные техники

используются для модификации таких представлений:

1) Диета: пациента просят подготовить список «запрещенных» пищевых продуктов, ранжированных в порядке серьезности ограничения. Затем эти пищевые продукты постепенно вводят в нормальный пищевой рацион, начиная с тех, которые кажутся пациенту менее опасными. Этот метод основан на принципе прогрессивной экспозиции, он позволяет устранить дисфункциональные представления и усилить эффективность поведения. Пациенту также рекомендуется принимать пищу в обстоятельствах, которых он обычно избегает как потенциально опасных.

2) Развитие способности решать проблемы.

3) Когнитивное реструктурирование дисфункциональных отношений и мыслей (Beck et al., 1979).

Другие поведенческие методы (например, рекомендация носить облегающую одежду, чтобы иметь возможность наблюдать за собственным телом) также можно использовать для коррекции когнитивных искажений, связанных с массой тела и фигурой.

Третья фаза лечения посвящена предотвращению рецидивов; терапевт вместе с пациентом старается выявить потенциальные будущие сложности и сформировать адекватные стратегии для их преодоления.

Эффективность применения когнитивно-поведенческой терапии для лечения нервной булимии достаточно хорошо исследована, соответствующие результаты приведены во многих работах. Обычно критерием эффективности лечения булимии является процент уменьшения эпизодов переизбытка и компенсаторного поведения, что оценивается разными авторами как 36–94 %. Кроме того, оценивается снижение ограничений в диете, снижение озабоченности массой тела и фигурой, снижение уровня депрессии, повышение самооценки и способности к социальному функционированию (Compas et al., 1998; Walsh et al., 1997; Craighead, Agras, 1991; Fairburn et al., 1992; Agras et al., 1989; Fairburn et al., 1991; Agras et al., 1992; Garner et al., 1993; Wilson et al., 1991; Rossiter et al., 1988; Fairburn et al., 1986; Fairburn et al., 1993; Agras et al., 1994; Fairburn et al., 1995). Все указанные параметры обычно измеряют через 6 месяцев, 1 год и 6 лет после окончания терапии.

Однако некоторые авторы (Ricci et al., 2000), опирающиеся на ряд экспериментальных исследований и клинических наблюдений, утверждают, что традиционная модель – порочный цикл «ограничение – переизбыток – очищение» – не в состоянии объяснить симптоматику булимии. Они показали, что существует определенная зависимость между отрицательными эмоциями (включая эмоции, связанные с низкой

самооценкой) и булимическим поведением, независимо от пищевых ограничений. Поэтому в терапевтическую программу лечения нервной булимии обязательно должна входить работа и с порочным циклом «ограничение – переедание – очищение», и с циклом «отрицательные эмоции – эмоциогенное пищевое поведение» по индивидуальному для каждого пациента плану.

Поведенческие подходы также используют метод демонстрации и предупреждения ответной реакции для того, чтобы помочь разорвать порочный цикл «переедание – очистка желудка». Этот метод заключается в следующем: людям демонстрируют ситуации, которые обычно вызывают тревогу, и затем удерживают их от привычного исполнения навязчивых действий, убеждая, что эта ситуация безопасная и компульсивные действия тут лишены смысла. Людям, страдающим от булимии, предлагают съесть определенное количество пищи, а затем предупреждают вызов рвоты, помогая им понять, что пища безвредна и даже нужна, так что нет необходимости от нее избавляться (Rosen, Leitenberg, 1985, 1982). Исследования показали, что такой метод часто снижает тревогу, связанную с приемом пищи, уменьшает частоту эпизодов переедания и рвоты (Kennedy et al., 1995; Wilson et al., 1986). Используются также техника десенситизации в отношении мыслей и чувств, испытываемых пациентом перед приступом переедания (Менделевич, Соловьева, 2002), техника контроля стимулов, которая снижает вероятность столкновения с внешними факторами, провоцирующими приступы переедания, методика поведенческих альтернатив, то есть выработка у пациента навыков конкурирующего поведения при столкновении с факторами, вызывающими приступ (Крылов, 1995).

Программа когнитивно-поведенческой терапии для лечения булимии была модифицирована для лечения компульсивного переедания (Ricca et al., 2000). Модификация связана в первую очередь, с тем, что, согласно диагностическим критериям данного расстройства (APA, 1994), никакие компенсаторные методы для контроля массы тела тут не используются. Другая отличительная особенность компульсивного переедания заключается в том, что у пациентов с этим расстройством иногда трудно регулировать рацион питания, потому что компульсивному перееданию часто сопутствуют переедание обыкновенное (без потери контроля), эмоциогенное питание и другие нарушения пищевого поведения (Marcus, 1997; Eldredge, Agras 1996). Кроме того, структура диетических ограничений тут отличается от таковой у пациентов с булимией. В частности, попытки ограничить питание у пациентов с компульсивным

перееданием необязательно предшествуют пищевому кутежу (Marcus et al., 1995; Mussel et al., 1995; Spurrel et al., 1997). Согласно одной гипотезе, негативные эмоции могут играть главную роль в патогенезе компульсивного переедания у пациентов, не совершающих попыток ограничить свой рацион (Levine, Marcus, 1998). Пациенты с компульсивным перееданием в целом реже прибегают к пищевым ограничениям, чем пациенты с нервной булимией (Marcus et al., 1992; Rossiter et al., 1992), кроме того, они чаще терпят неудачу в попытках себя ограничить (Marcus, 1997).

Исследования показывают, что когнитивные нарушения у пациентов с компульсивным перееданием подобны таковым и у пациентов с булимией, и у пациентов с ожирением без компульсивных эпизодов. Сюда входит, например, подверженность влиянию социальных стереотипов относительно избыточного веса, что может вести к снижению самооценки. Пациенты с компульсивным перееданием, как и пациенты с ожирением, часто обращают чрезмерное внимание на размеры тела.

Необходимо учитывать, что большинство пациентов с компульсивным перееданием страдают также и ожирением (Marcus, 1993; Yanovsky, 1995), поэтому снижение веса должно быть обязательным элементом терапии компульсивного переедания. Необходимо также учитывать, что, хотя когнитивно-поведенческая терапия весьма эффективна в лечении компульсивного переедания, она может оказаться менее эффективной при коррекции ожирения (Levine, Marcus, 1998). Большинство пациентов с компульсивным перееданием испытывают сильное чувство стыда и неловкости, гнев, чувство беспомощности и неполноценности, а также опасения относительно отрицательного отношения окружающих (Gilbert et al., 1994). Эти чувства, основанные на контрасте между дисфункциональными идеями относительно питания и неудачами в попытке похудеть, терапевт обязательно должен учитывать, поскольку они заставляют пациента скрывать эпизоды компульсивного переедания.

Сказанное выше объясняет, почему программа терапии компульсивного переедания должна включить в себя две добавочные цели по сравнению с программой лечения булимии: (1) повышение физической активности пациента, что облегчает снижение веса; (2) коррекцию дисфункциональных мыслей, связанных с избыточным весом.

Дальнейшая терапия ожирения проводится только после исчезновения эпизодов компульсивного переедания. Кроме того, психотерапевтический контекст позволяет получить подробную информацию о пищевых предпочтениях и образе жизни пациента, что полезно при планировании

дальнейшей терапии. В рамках когнитивно-поведенческой терапии пациенту представляют информацию о патофизиологии ожирения и о пищевой ценности различных продуктов. Техники когнитивно-поведенческой терапии также используются для увеличения физической активности пациентов, поскольку большинство из них ведут малоподвижный образ жизни (Marcus, 1993).

Программа когнитивно-поведенческой терапии компульсивного переедания включает 22 сессии в течение более чем 24 недель и состоит из следующих элементов (в дополнение к аналогичной программе лечения нервной булимии) (Ricca et al., 2000):

1. Терапевт поддерживает эмпатические отношения с пациентом, стараясь не попадать под влияние своих собственных предубеждений относительно избыточного веса и потери контроля над питанием. С другой стороны, терапевт придерживается «практического» подхода, подчеркивая важность поведенческих заданий; сопротивление выполнению этих заданий используется как возможность осознать боль и чувство стыда, которые пациент испытывает в связи с компульсивным перееданием. Пациент должен чувствовать, что его понимают и поддерживают, чтобы он мог работать над своим чувством стыда.

2. Пациенту необходимо дать определенную информацию об ожирении. В частности, терапевт должен объяснить многофакторный патогенез ожирения, а также роль диеты и физической нагрузки, подчеркнув, что снижение массы тела исключительно путем диетических ограничений не дает стабильного результата.

3. Важно постоянно подчеркивать значение физической нагрузки для лечения избыточного веса. Физическую активность можно ввести в качестве деятельности, несовместимой с едой в ситуациях высокого риска переедания. Упражнения являются также полезным инструментом для преодоления психологического дистресса. Кроме того, пациент должен узнать, что увеличение расхода энергии, которое достигается с помощью регулярных физических нагрузок, является важным компонентом долгосрочных программ снижения веса (Grilo, 1994).

4. Пациентам нужно также предоставить информацию о пищевой ценности продуктов, настоятельно рекомендуя снизить потребление жиров и увеличить потребление углеводов и растительных волокон (Hill et al., 1993). Необходимо подчеркивать, что здоровая диета и адекватная масса тела несовместимы с хаотическим потреблением десертов или гиперкалорийной пищи.

5. Необходимо восстановить здоровое пищевое поведение, помогая

пациенту справляться с отрицательными эмоциями. Стоит помнить, что пациенты с компульсивным перееданием часто снижают эмоциональный дистресс любого вида с помощью потребления пищи. Подсчет калорий, хотя некоторые авторы эту технику и не приветствуют, может помочь пациенту понять, каким должен быть нормальный рацион питания и какое количество калорий съедается за один эпизод пищевого кутежа. На фоне подсчета калорий пациенту предлагают придерживаться гипокалорийной диеты (25–30 ккал/кг идеальной массы тела), вычисленной на основе метаболической нормы индивидуального пациента и его активности, избегая как чрезмерных ограничений, так и переедания.

6. Особого внимания заслуживают некоторые дисфункциональные идеи. Предубеждения пациента по поводу тучных людей следует выявить и заменить на реалистичные представления о размере тела. Большинству пациентов с компульсивным перееданием также свойственны иррациональные идеи о вреде определенных пищевых продуктов. Например, пациент может думать, что конфеты опасны, потому что они якобы способствуют возникновению зависимости, и потому он их избегает. Согласно принципам когнитивно-поведенческой терапии, человек всегда способен контролировать потребление любых продуктов, поэтому пациента просят привести реалистичные подтверждения его идеям по поводу «опасных» пищевых продуктов, а также его убеждают не избегать никаких продуктов. Если какие-то продукты ранее были исключены, их постепенно снова вводят в нормальный рацион питания.

7. Пациенту нужно помочь принять себя таким, какой он есть. Следует обратить внимание на то, как низкая самооценка поддерживает расстройство пищевого поведения. Пациенту предлагают носить одежду его реального размера. Следует обратить внимание на положительные аспекты тела, даже если пациент обладает очевидно избыточным весом. Терапевт должен также помочь пациенту выявить те ситуации, которых тот избегает из-за избыточного веса, и работать над уменьшением социальной тревоги, связанной с массой тела.

Эффективность когнитивно-поведенческой терапии компульсивного переедания исследована не так широко, как в случае с нервной булимией. Кроме того, в случае компульсивного переедания у пациентов чаще всего существует также проблема лишнего веса, которая, строго говоря, не является терапевтической мишенью при лечении компульсивного переедания. Существует ряд работ, описывающих положительные результаты когнитивно-поведенческой терапии компульсивного переедания, которая при этом не оказалась эффективной для

одновременного снижения веса (Fichter et al., 1998; Marcus et al., 1988; de Zwaan et al., 1992; Yanovsky, 1993; Telch et al., 1990; Wilfley et al., 1993; Agras et al., 1994; Porzelius et al., 1995; Wilson, 1999; Devlin, 1996; Stunkard et al., 1996; Hudson, et al., 1998). Однако ряд авторов свидетельствует об эффективности поведенческой психотерапии, направленной на изменение неадекватных поведенческих стереотипов при лечении алиментарного ожирения (Бройтигам и др., 1999).

У клиентов с лишним весом, которые переедают, типичной моделью является негативное подкрепление. Они испытывают такие негативные эмоции, как тревога, страх, депрессия или гнев, и потом успешно нейтрализуют эти чувства с помощью питания (обусловливание отстранения). После многократных повторений они обучаются не испытывать отрицательных эмоций, для чего заранее необходимо съесть что-либо вкусное (обусловливание избегания).

Переедание может быть чисто выученным поведением. Люди учатся перееданию, имитируя значимых других из своего раннего окружения. Перееданию часто предшествуют психологические нарушения, такие как генерализованная тревога или депрессия, низкая переносимость фрустрации, слабый контроль над импульсами. Тут часто встречаются критические негативные события (обычно сексуальное или физическое насилие), произошедшие в детстве и подростковом возрасте.

Существует программа поведенческой психотерапии алиментарного ожирения, включающая пять элементов (Uexkull, 1990):

1. *Описание поведения во время еды.* Пациенты должны подробно записывать, что они ели, сколько, в какое время, где и с кем это происходило, как они при этом себя чувствовали, о чем говорили. Первая реакция пациента на эту утомительную и отнимающую много времени процедуру – ропот и недовольство. Однако обычно спустя две недели они отмечают положительный эффект от ведения подобного дневника.

2. *Контроль стимулов, предшествующих акту еды.* Эта техника предполагает выявление и устранение стимулов, вызывающих желание поесть: запасов высококалорийной еды, сладостей. Количество «опасных» продуктов в доме необходимо ограничивать, а доступ к ним сделать трудным. На случай, когда невозможно противостоять желанию что-то съесть, под рукой должны быть низкокалорийные продукты, такие как сельдерей или сырая морковь. Стимулом может быть также определенное место или время суток. Например, многие люди едят, сидя перед телевизором. Как и в экспериментах Павлова по выработке условного рефлекса у собак, включение телевизора служит для них своеобразным

условным стимулом, ассоциирующимся с едой. Чтобы контролировать излишние условные стимулы, пациенту советуют есть только в одном месте, даже если речь идет всего лишь об одном кусочке или глотке. Чаще всего таким местом служит кухня. Целесообразно создать также новые стимулы и усилить их воздействие. Например, пациенту рекомендуют использовать для еды специальную изысканную посуду, серебряные столовые приборы, салфетки бросающегося в глаза цвета. Пациента просят использовать эту посуду даже для самых скромных приемов пищи и перекусов. Некоторые пациенты даже берут свои столовые приборы с собой, если едят вне дома.

3. *Замедление процесса еды.* Пациента учат навыку самостоятельно контролировать прием пищи. Для этого его просят считать во время еды каждый глоток и кусок. После каждого третьего куса нужно отодвинуть столовый прибор, пока кусок не будет пережеван и проглочен. Постепенно паузы удлиняются, достигая сначала минуты, а затем и дольше. Лучше начинать удлинять паузы в конце еды, так как это переносится легче. Со временем паузы становятся длиннее, чаще и начинаются раньше. Пациенты учатся также отказываться во время еды от всех сопутствующих занятий, таких как чтение газеты или просмотр телепередачи. Все внимание должно быть сосредоточено на процессе еды и на получении удовольствия от пищи. Необходимо создать уютную, приятную, спокойную и расслабленную атмосферу и, конечно же, избегать разговоров за столом.

4. *Усиление сопутствующей активности.* Пациентам предлагают ввести систему формальных поощрений за изменение поведения и уменьшение веса. Пациент получает очки за каждое достижение в изменении своего поведения: за ведение дневника, за подсчет глотков и кусков, за паузы во время еды, за прием пищи в определенном месте и из определенной посуды и т. д. Дополнительные очки можно заработать, если, несмотря на большое искушение, ему удалось найти альтернативу еде. Тогда, например, можно удвоить все ранее набранные очки. Накопленные очки суммируются и при помощи членов семьи превращаются в награду. Для детей это может быть поход в кино, для женщин – освобождение от домашней работы. Очки можно также переводить в деньги.

5. *Когнитивная терапия.* Пациентам предлагают спорить с собой. Терапевт помогает при этом подыскать подходящие контраргументы в монологе пациента. Например, если речь идет о похудении, то в ответ на утверждение: «Нужно так много времени, чтобы похудеть», – контраргумент мог бы звучать так: «Но я все же худею, а теперь я учусь сохранять достигнутый вес». Или, допустим, сомнение пациента звучит

так: «У меня никогда ничего не получалось. Почему должно получиться сейчас?» Тут можно привести следующий контраргумент: «Все имеет свое начало, а сейчас мне поможет эффективная программа». Если речь заходит о целях работы, то в ответ на возражение: «Я не могу прекратить украдкой хватать кусочки еды» – контраргумент может быть таким: «А это и нереально. Я просто буду стараться делать это пореже». Если пациента беспокоят мысли о еде: «Я постоянно замечаю, что думаю о сказочном вкусе шоколада», – можно предложить такой контраргумент: «Стоп! Такие мысли только меня фрустрируют. Лучше подумать о том, как я загораю на пляже» (или о любой другой деятельности, которая особенно приятна). В ответ на отговорку: «В моей семье все полные. У меня это наследственное», – пациент может себе сказать: «Это осложняет похудение, но не делает его невозможным. Если я выдержу, то добьюсь успеха».

Есть также данные об эффективном применении подходов, в которых сочетаются когнитивные и психодинамические методы (Brisman, 1992; Yager, 1985).

Рационально-эмотивная терапия – форма когнитивной психотерапии, разработанная Альбертом Эллисом (Ellis, 1962), которая основана на работе с иррациональными суждениями пациента. В качестве философской установки данный метод принимает положение об ответственности человека за свою судьбу, а его теоретическим обоснованием является модель «опосредования» (так называемая «А-В-С-теория»). В соответствии с ней, определенное негативное качество эмоций (фрустрация, разочарование) или поведения (С) пробуждается к жизни не непосредственно каким-либо событием (А), а лишь опосредствованно, через систему интерпретаций, или верований (В).

К специальным техникам, направленным на изменение когнитивных процессов и их последствий, относятся: подавление нежелательных мыслей и чувств (стоп-мысли), обусловливание представлений и мыслей (скрытое обусловливание), перестройка автоматизированного познания (познавательное реструктурирование) (Ellis, 1977; Beck, 1999), техника обращения с проблемами (тренинг для снятия проблем) и когнитивные методы преодоления стресса («прививка против стресса», тренировка управления стрессом) (Meichenbaum, 1994; Bloom et al., 1994; Fichter, 1990). При изменении иррациональных представлений пациентов с расстройствами пищевого поведения используется разработанная Беком с сотрудниками стратегия когнитивного реструктурирования. Для коррекции искаженных представлений о питании, весе и его регуляции используют «дидактические инструкции» (информирование, разъяснение),

обучающие инструктивно-информативные материалы (Крылов, 1995).

Когнитивный компонент переедания состоит из двух элементов. Во-первых, негативные эмоции могут быть вызваны исходными представлениями. Если терапевт изменит эти когниции, негативные эмоции не будут возникать или их интенсивность снизится. Следовательно, у пациента будет меньше причин к отстранению и избеганию (Clarke, Saunders, 1988; Gallant, 1987). Во-вторых, когниции могут внедряться между стимулами (критическим внешним событием, А) и реакцией (употреблением пищи, С). Разные когнитивные терапевты выделяют различные ключевые когниции, характерные для людей с аддиктивным поведением. Эллис подчеркивал значение низкой толерантности к фрустрации (Ellis et al., 1988), Аарон Бек выделял нехватку навыков совладания (Beck, Wright, Newman Liese, 1993).

Как видно из формулы ABC, именно В (то, что переедающие говорят себе относительно своего желания) приводит к злоупотреблению. В обозначает множество явлений: ожидания («Еще пирожок – и я завязываю»), селективные воспоминания («Как здорово я проводил время в ресторане»), разговор с самим собой («Мне это нужно, чтобы расслабиться»), оправдания («Я действительно хотел перестать объедаться»), отрицание («Я могу отлично устроить свою жизнь, несмотря на лишний вес»), обобщение («Если переедание в прошлом – 20 лет назад – мне не повредило, то не повредит и сейчас»), ложные предсказания («Я знаю, что в будущем смогу контролировать приступы обжорства»). О чем бы они ни думали, именно их мысли о желании, а не желание само по себе, служат причиной того, что они переедают.

Поскольку переедание пациента вызвано убеждениями, для того чтобы начать восстанавливаться, ему нужно изменить мысли. Если пациент попал в категорию зависимых, терапевт должен помочь ему определить мысли (В), которые обуславливают эту зависимость. До того как терапевт сможет изменить мысли пациента о переедании, ему понадобится точный список основных убеждений, которые связаны с перееданием. К ним, в частности, относятся следующие убеждения (Гаврилов и др., 2006):

1. Причина избыточного веса – наследственность.
2. Причина избыточного веса – обмен веществ.
3. Причина избыточного веса – гормональные нарушения.
4. Причина избыточного веса – беременность, роды и климакс.
5. У меня не получится похудеть, потому что раньше не получалось, хотя я и перепробовала все методы.
6. Сброшенные килограммы быстро возвращаются. Да еще, как

говорится, «друзей приводят».

7. Невозможно похудеть на такое количество килограммов и вернуться к нормальному весу.

8. Я ем мало, но полнею.

9. Чтобы похудеть, нужна большая сила воли.

10. Чтобы похудеть, нужно больше двигаться.

11. Чтобы похудеть, нужно мучительно голодать.

У поведенческого и когнитивного подходов имеется ряд общих черт:

1. И тот, и другой не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческий терапевт работает с актуальным поведением, а когнитивный – с тем, что человек думает о себе и о мире в настоящем.

2. И тот, и другой смотрят на терапию как на процесс обучения, а на терапевта – как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления.

3. В обоих случаях пациентам даются домашние задания, с тем чтобы те практиковали за пределами терапевтической среды то, что освоили во время сеанса терапии.

4. В обоих случаях предпочтение отдается практическому подходу, не обремененному сложными теориями личности.

Более подробно ознакомиться с теориями когнитивной, поведенческой и рационально-эмотивной терапии можно в следующих работах: Александров, 2000; Бурлачук и др., 1999; Лазарус, 2000 а, б; МакМаллин, 2001; Малкина-Пых, 2004 г; Соловьева, 2005; Beck, 1995; Ellis, 1973; Ellis, Dryden, 1987; Ellis, Grieger, 1977; Lazarus, 1995; Wolpe, 1969.

Техники Этот раздел написан по материалам книги «Практикум по когнитивной терапии» (МакМаллин, 2001).

Метод 1. «Формула ABC»

Техника «Обучение основной формуле ABC»

Первый шаг в когнитивной терапии любого рода – это показать пациенту важность образа мыслей. Чтобы прояснить ситуацию, начните с двух простых формул.

Старая формула:

А —————→ **С**

Нарисуйте эту схему пациенту в процессе сеанса.

А обозначает активизирующее событие, ситуацию, в которой вы оказались, толчок из внешнего мира, стимул – все, что обуславливает процесс реагирования в целом.

С обозначает либо ваши эмоции, либо поведение. **С** – следствие **А**.

Это могут быть чувства или действия.

Старая теория утверждает, что **А** вызывает **С**, что внешняя ситуация вызывает внутренние чувства и заставляет вас действовать определенным образом.

Правильная же формула следующая:

А ————— → **В** ————— → **С**

Нарисуйте это пациенту.

В обозначает когниции, убеждения, установки. **В** – это наши представления о ситуации, мысли, образы, восприятие, воображение, интерпретации и выводы, которые мы делаем относительно **А**.

По окончании первого сеанса дайте пациенту следующие домашние задания.

Задание 1. В следующих примерах описаны ситуации **АВС**, но **В** во всех них отсутствует. Вам нужно угадать, какие мысли (**В**) нужно вставить, чтобы связать ситуацию (**А**) и эмоции (**С**). Определите в каждом случае **А** и **С** и впишите **В**.

1. Пациентка устроила истерику в кабинете врача-стоматолога. Врач почувствовала, что ее оскорбили как профессионала.

2. У Катерины заболел живот. Ей стало страшно.

3. Олега оштрафовали за превышение скорости, и он сильно разозлился.

4. Ирина смутилась, когда ее друзья заметили, что она плачет на романтических сценах фильма.

5. Сергей почувствовал раздражение, когда служащий попросил его документы в то время, как он заполнял анкету.

Задание 2. Приведите пять примеров из своей жизни, в которых ваши мысли (**В**) вызвали болезненные эмоции (**С**). Опишите их в терминах **АВС**.

Техника «Доказательства того, что мысли определяют эмоции»

Упражнение 1. «Создайте эмоцию прямо сейчас»

Терапевты могут показать своим пациентам, как их убеждения, а не внешняя среда порождают те или иные эмоции. Терапевту нужно продемонстрировать, что пациент может почувствовать себя счастливым, не меняя ничего в своем окружении, детстве или биохимии, а только меняя свой образ мыслей.

Для того чтобы это сделать, дайте полное описание любой сцены, в которой задействованы несколько сенсорных модальностей. Чем больше ощущений пациент будет использовать в своем воображении, тем лучше. По очевидным причинам сцена должна быть скорее приятной, чем

наоборот. Вы можете создать любое, какое пожелаете, описание. Попросите пациента представить эту сцену настолько ярко, насколько это возможно.

Упражнение 2. «Лучшие примеры из собственного прошлого пациента»

Большинство пациентов уже имеют представление о силе **В** из своей собственной жизни. Полезно будет напомнить им о том, что они уже знают. Попросите их вспомнить моменты, когда они были чем-то сильно обеспокоены, потрясены или расстроены, но что больше не имеет над ними власти, – то, что они смогли преодолеть. Попросите их сосредоточиться на первоначальном событии и определить **А** и **С**. Пусть они описывают ситуацию, пока она не прояснится в их сознании, а затем попросите их выявить **В**. Что они говорили себе, когда были так расстроены? Наконец, дайте им сконцентрироваться на том, в чем они убеждены на сегодняшний день. Что они говорят самим себе сейчас, во что не верили прежде?

Упражнение 3. «Если изменится В, то изменится и С»

Приведите своим пациентам несколько примеров **АВ**. Возьмите в качестве константы ситуацию (**А**), а в качестве переменной – внутренний диалог. Попросите их определить эмоцию, которую будут вызывать различные мысли (**В**). Проанализируйте различные варианты реакций (**С**) на одно и то же событие (**А**).

Лучшие примеры – те, которые создает сам пациент. Их преимущество в том, что они являются лично значимыми и поэтому обладают убеждающей силой. Терапевт призывает пациента подумать о том, как в его собственных примерах **В** вызывают **С**.

1. **А** _____
В _____
С _____

2. **А** _____
В _____
С _____

и т. д.

Метод 2. «Определение убеждений»

Техника «Определение ожиданий»

Отдельные **В** появляются до того, как случается **А**. Чаще всего это глобальная философия, взгляд на мир, который обуславливает то, как пациент реагирует на событие.

_____ → **В** _____ → **А** _____ → **Сэ**
_____ → **Сп** _____ →

Ожидания

В – когниции и убеждения разных видов (в данном случае это дания)

Сп – поведенческая реакция – то, что мы делаем

Попросите пациента сосредоточиться на проблемной ситуации и представлять ее до тех пор, пока он не прочувствует ее достаточно отчетливо.

(0) _____ (5) _____ (10) _____
 наихудшее _____ наилучшее _____
 событие в жизни _____ событие в жизни _____

(0) _____ x _____ (5) _____ x _____ (10) _____
 наихудший _____ наилучший _____
 исход _____ исход _____

(0) _____ x _____ (ПДП) _____ x _____ (10)
 наихудший исход наилучший исход

Наконец, попросите пациента заполнить несколько шкал для других проблемных ситуаций, следуя той же процедуре. После этого вы будете в состоянии определить, какие ожидания, требования к себе и ориентиры он

Эти шкалы помогут выявить различные аспекты невидимых ожиданий пациента. Пронаблюдайте, как измерительные шкалы пациента отличаются от таковых большинства людей, сталкивающихся с подобными ситуациями.

$$\begin{array}{ccccc} & & \text{A} & & \\ \text{B} & \xrightarrow{\quad} & & \xrightarrow{\quad} & \text{C}_9 \\ & & \text{A} & & \\ \text{C}_{II} & \xrightarrow{\quad} & & \xrightarrow{\quad} & \end{array}$$

Сделайте так, чтобы пациент расслабился и сосредоточился на определенной проблемной ситуации (**АС**).

(0) _____ x _____ (5) _____ x _____ (10) _____
мало шансов _____ много шансов
на успех _____ на успех

Будучи тесно связанной с ожиданиями относительно себя, самооффективность (Эф) обычно оценивают вместе с ними; их соотношение синергично. Можно попросить пациента поместить обе переменные на одном континууме, как это показано ниже.

«Покажите мне на этой шкале, что вы считаете для себя „просто достаточно приемлемым“ результатом (ПДП). А теперь отметьте, какой эффективности, на ваш взгляд, вы можете добиться».

$$\begin{array}{ccccccc} & \longrightarrow & B & \xrightarrow{\quad\quad\quad} & A & \xrightarrow{\quad\quad\quad} & C_9 \\ \xrightarrow{\quad\quad\quad} & & & & & & \\ & \longrightarrow & C_{II} & \xrightarrow{\quad\quad\quad} & & & \end{array}$$

Я-концепция

Несмотря на то что существует множество достаточно эффективных способов измерения Я-концепции, наиболее ценным для когнитивного терапевта методом будет извлечение Я-концепции из составленного пациентом списка **В**. Составьте список ведущих идей пациента. Выберите те, которые напрямую обращены к Я.

Найдите позитивные и негативные валентности, которые пациент проявляет в каждом из этих убеждений. Например, такое **В**: «Мир – огромное и опасное место» – демонстрирует соответствующую Я-концепцию: «Я слабый и беспомощный». Такая установка будет негативной «Я-валентностью».

Техника «Определение внимания»

_____ → **В** _____ → **А** _____ →
Сэ _____ → **Сп** _____ →

Внимание

То, на что пациенты обращают внимание, – одна из самых трудных для исследования когний. Многие пациенты даже не понимают, что существует что-либо еще в ситуации, что может не попасть в его фокус внимания. Они уверены, что среда (внутренняя или внешняя) заставляет их сосредотачиваться на тех или иных предметах именно так, как это у них получается. Они отрицают собственное участие в выборе того, на что падает внимание, отрицают избирательное вычленение стимулов из окружающего мира и утверждают, что это сами стимулы вынуждают их фокусировать внимание определенным образом.

Дайте своему пациенту инструкцию в следующий раз, когда он почувствует, что расстроен, создать мысленную картинку того, что его беспокоит. Если он сможет, пусть сделает список ключевых компонентов. Затем предложите ему построить еще одну мысленную картинку, но в этот раз сфокусироваться на других ключевых компонентах. Это будет трудно, потому что к нему постоянно будет возвращаться изначальный образ. Вдохновите его на то, чтобы он продолжал практиковаться: эта методика помогает научиться изменять свою точку зрения на различные проблемы и в реальной жизни.

Техника «Избирательность памяти»

Упражнение 1

_____ → **А** _____ → **В** _____ → –
Сэ _____ → **Сп** _____ →

Избирательное
запоминание

Объясните своему пациенту принципы избирательности памяти

(возможный вариант такого объяснения приведен ниже):

Избирательная память

«Каждый раз, предаваясь воспоминаниям о прошлом – о великих событиях, произошедших с вами, когда вы были старшеклассником, о своей первой любви, о том чудном времени, что вы провели, живя в Петербурге, – вы должны быть осторожны, потому что ваши воспоминания могут вас обманывать. Вы могли создать фантазию о том, чего никогда не было, потому что выборочно опустили предметы, эмоции и события, которые несовместимы с желаемым настроением. Принимая самообман за истину, вы воспринимаете это сфабрикованное прошлое как реальное. Иногда искаженная память о прошлом создает ощущение несчастья в настоящем. В таких случаях единственный способ получать удовлетворение сегодня – это заставить себя аккуратнее воспроизводить прошлое. Только в том случае, если вы будете вспоминать о своей истории самым беспристрастным образом и без предубеждений, уроки прошлого станут вашим ориентиром. Относитесь к тому, что вы выбираете из прошлого, осторожнее».

Предложите пациенту письменно изложить его понимание избирательности памяти.

Упражнение 2

Смутное воспоминание. Попросите пациента вспомнить какое-нибудь событие, но не в деталях, а как общее впечатление. Пусть он запишет свои воспоминания на бумагу или аудиокассету.

Релаксация. Затем предложите ему глубоко расслабиться (можно обучить его систематическому расслаблению, либо включить запись со звуками природы, успокаивающей музыкой).

Детальное припоминание. Пусть он представит, что путешествует назад в прошлое и возвращается к ранним воспоминаниям. Выберите определенную сцену. Напомните пациенту, чтобы он подключил все ощущения для ее воспроизведения: зрение – что он видит: краски, освещение, предметы, движения, перспектива. Слух – может ли он слышать разговоры? Воспринимает ли фоновые звуки, музыку, разговор в соседней комнате, гул машин на улице? Обоняние – какие замечает запахи? Кинестетика – двигается он, стоит или лежит? Эмоции – чувствует он себя счастливым, грустным, испуганным, сердитым? Насколько сильны эмоции, каково их сочетание? Пройдите по всем ступеням, не перепрыгивая и не обобщая. Используйте как можно больше деталей. Память можно стимулировать просмотриванием фотографий, дневников и писем. Напомните пациенту о событиях, также происходивших в это время.

Используйте любые подсказки, которые могут помочь вспомнить прошлое.

Запись. Кратко запишите то, о чем вспомнил пациент.

Сравните первое (смутное) воспоминание с последним (детальным).
Что не удалось вспомнить? О чем пациент забыл?

Техника «Исследование атрибуции»

Следующая важная когниция – это атрибуция. Это то, что пациенты делают с мысленной картой окружающего мира, когда приписывают причины и следствия тому или иному фактору. Атрибуции человек создает сам. Они могут быть абсолютно неверными, не иметь никакого отношения к подлинной причине, но пациент все равно выбирает именно их.

Предложите пациенту выбрать одну из самых проблемных для него ситуаций (АС).

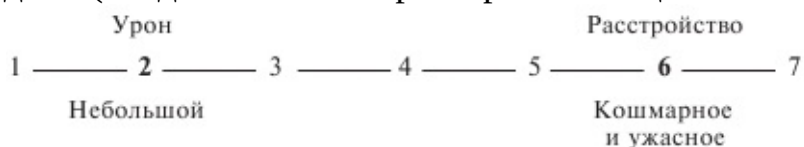
Что, по его мнению, вызвало эту проблему?

Помогите ему составить список всех других возможных причин, какие он может себе представить. Продолжайте до тех пор, пока не получится обширный список. Вместе найдите объективные доказательства «за» и «против» каждого пункта. Отберите причину с наибольшим числом доказательств «за» и наименьшим – «против».

Техника «Исследование оценки»

Интенсивность любой эмоции не в последнюю очередь зависит от ее восприятия. Некоторые люди преувеличивают любую эмоцию. Негативная оценка эмоций порождает чрезвычайно низкую терпимость к фрустрации. Если человек говорит себе, что не может чего-либо вынести, это убеждение мешает ему справиться с чувствами.

Помогите пациенту составить список из десяти событий прошлого, которые сильно его расстроили. Отметьте степень расстройств на шкале от 1 до 7. (На данной шкале расстройство оценено в 6 баллов.)



Затем пусть пациент оценит реальный урон, который он понес вследствие этого события. (На данной шкале урон оценен в 2 балла.)

Разница в баллах показывает, насколько пациент преувеличивает значимость события (+ 4).

Напомните пациенту, чтобы в следующий раз, когда он будет расстраиваться, он вспомнил, насколько он преувеличивает событие, и попробовал снизить степень своего огорчения до реалистичного уровня.

Техника «Исследование самоинструирования»

Человек постоянно ведет внутренний диалог с самим собой, как если бы у него в голове находился советчик. Это непрерывные разговоры, советы, оценки, обсуждение новых стратегий и принципов. В терапевтической работе необходимо открыть доступ к этому текущему диалогу.

Скажите пациенту, чтобы он, когда не занят чем-то особенным, постарался обратить внимание на свой произвольный внутренний диалог, который и является самоинструктированием. Пусть он записывает, о чем думает. Если ему необходима помощь, вы можете записать это вместе на одном из сеансов. Скажите пациенту, что об этих мыслях не стоит говорить привычным образом. Пусть не пытается построить законченное предложение, выбросить неуместные или отвлекающие мысли, пусть не подвергает их редактированию или личной цензуре. Пусть он каждый раз, как появляется какая-нибудь автоматическая мысль, дословно ее записывает. Вы должны начать исследование после появления нескольких первых записей.

Затем попросите пациента отложить свои записи и возобновить их через несколько дней. Помогите ему соотнести его последние записи с предыдущими.

Продолжайте анализировать спонтанные мысли пациента и выбирать из них те, которые относятся к самоинструктированию. Они отражают его внутренние диалоги.

Техника «Исследование скрытого убеждения»

Между эмоцией и поведением стоит скрытое убеждение. Оно скрытое потому, что большинство людей не знают о его существовании. Это одна из форм **В**, которая появляется после того, как человек пережил эмоцию, но на мгновение раньше, чем он совершает какое-либо действие. Многие люди отрицают существование такой когниции. Они убеждены, что между чувством и действием нет промежутка и что, как только возникает эмоция, она мгновенно заставляет их вести себя определенным образом.

Попросите пациента сосредоточиться на том моменте, когда он в последний раз вел себя импульсивно. Тут нас будет интересовать именно поведение, а не мысль или эмоция. Выберите ситуацию, когда он хлопнул дверью, кого-то проклинал или убегал от опасности.

Помогите пациенту припомнить те скоротечные мысли и ключевые мысли, благодаря которым он действовал именно так. Вот несколько возможных мыслей, которые тут можно обнаружить:

«Я должен выразить свои чувства».

«Я не могу их контролировать».

«Это правильный образ действий».
«Так я смогу избежать наказания».
«Я не виноват, что-то вынудило меня сделать это».
«Я должен сделать это».
«Я обязан так поступить».
«Я не могу избежать этого».
«Я желаю это сделать».

Сосредоточьтесь на одной из мыслей пациента и измените ее, чтобы убедиться, что вы нашли нужную. Пусть пациент представит себе, что думает противоположным образом. Пусть он вообразит себе эту сцену так живо, насколько это возможно. Спросите его: если бы вы думали по-другому, вы бы все равно так себя повели? Если он ответит, что не повел бы себя подобным образом, значит, вы нашли его скрытое убеждение.

Техника «Объяснение проблем»

После того как произошло некое событие и человек сопоставил его с содержимым своей памяти, нашел причину (атрибуция), назвал переживаемое чувство, оценил его, прислушался к внутреннему советчику и выполнил действие, он должен прийти к какому-то заключению. Он придает событию значение и смысл, суммируя опыт, объясняя себе, почему это случилось, и планируя соответствующие действия в будущем. Существуют три измерения для стилей объяснения: интернальный-экстернальный, стабильный-нестабильный, глобальный-специфический (Seligman, 1975). Так, например, люди, объясняющие негативные происшествия при помощи интернальных, стабильных и глобальных когний, в большей мере склонны к депрессии.

Пусть ваш пациент составит список своих центральных проблем. Например: «У меня неприятности во взаимоотношениях».

Помогите ему решить, какие проблемы тут долговременные и неизменные. Например: «Я всегда буду портить отношения» – или: «Я испытываю трудности прямо сейчас».

Сколько пространства занимают глобальные проблемы по сравнению с частными? Например: «У меня ни с кем не может быть хороших взаимоотношений» – или: «У меня неприятности в отношениях с Олегом».

Уверен ли пациент в том, что сам породил эти проблемы, или же думает, что их создали некие внешние силы? Например: «Что-то не так во мне, если у меня проблемы в общении» – или: «Мне не везет со взаимоотношениями».

Помогите пациенту найти альтернативные объяснения. Скажем, если он относит свои проблемы к внутренним и постоянным, превратите их во

внешние и временные. Или наоборот. Заметьте, как изменятся ощущения пациента, какие эмоции у него возникнут.

Метод 3. «Группы убеждений»

Техника «Исследование центральных убеждений»

Упражнение 1

Для всей последующей работы очень важно найти центральные убеждения пациента. Когнитивная терапия эффективна, только когда терапевт работает над точно найденными центральными убеждениями.

Пусть пациент расслабится на пять минут. Переведите его внимание с внешних событий на внутренние.

Обратите его внимание на **А**. Пусть он как можно яснее представит себе волнующую ситуацию. Пусть он использует все свои ощущения (зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, вкусовые, кинестетические), чтобы как можно живее вообразить **А**.

Когда он живо представит **А**, переведите фокус на **Сэ**, его эмоции. Какие эмоции возникают, когда он представляет **А**? Попросите пациента не придумывать эмоцию, пусть она появится сама. Дайте возможность ее прочувствовать.

Теперь попросите пациента сосредоточиться на своих мыслях. Спросите: "Что вы говорите себе прямо сейчас об **А** такого, что это порождает эмоцию **С**? Пусть это будут первые возникшие у вас в уме мысли". Если необходимо, прервитесь ненадолго и запишите эти убеждения, затем вернитесь к мысленной концентрации. (На этом этапе вы знакомитесь с поверхностными убеждениями пациента.)

Держите в уме их убеждение и задайте вопрос вроде: «И что из того, что?...» или «Почему это так важно, чтобы?...» Продолжайте задавать один и тот же вопрос, пока не найдете ключевой ответ. Очень важно выслушать ответ пациента и подождать, пока не возникнут еще какие-то мысли. (Иногда полезно записать весь процесс, чтобы облегчить себе анализ ответов.)

У пациента обычно есть серия центральных идей. Работая над изменением убеждений, лучше не начинать сразу с центрального. Оно слишком отдалено от непосредственно воспринимаемых и обычно не осознается.

Техника «Исследование жизненных ориентиров»

Упражнение 1. «Список критических событий и жизненных ориентиров»

Составьте список из 30 критических событий, случившихся в жизни пациента. Выбирайте не только негативные (смерть любимого человека)

события, но и другие поворотные точки, которые могут быть и позитивными, и негативными (получение степени, женитьба), или случаи, не представляющие значения для постороннего наблюдателя. Если они важны для пациента, то включите их в список. Необходимо составить три списка: 10 инцидентов из детского возраста, 10 – из подросткового, 10 – из взрослого.

Разберите события с точки зрения **А** и **Сэ**. Что случилось и что чувствовал пациент?

Как только вы собрали все 30 **АС** – инцидентов, попытайтесь найти «тогдашние» центральные **В** для каждого из них. Это не то, что пациент сейчас об этом думает, а мысли в то время. К каким выводам о себе, о других людях и о мире привело это событие?

Вернитесь к началу списка и проработайте его до конца, обращая внимание на повторение тем или **В**. Слова для обозначения тем могут с годами меняться. Составьте список подобных убеждений.

Упражнение 2. «Главный список идей»

В качестве заключительного упражнения, собирая убеждения пациента, составьте основной список его идей. Этот список должен включать в себя главные **В** пациента, собранные в процессе всей работы. В нем должно быть не менее 30 пунктов, и он должен быть исчерпывающим. Каждую мысль пронумеруйте и запишите отдельно. Не беспокойтесь сейчас о словах, можно исправить их после. Единственная ошибка, которую можно сейчас допустить, – это не включить все **В** пациента. Записывайте все: повторы можно будет потом устранить.

Техника «Когнитивные карты»

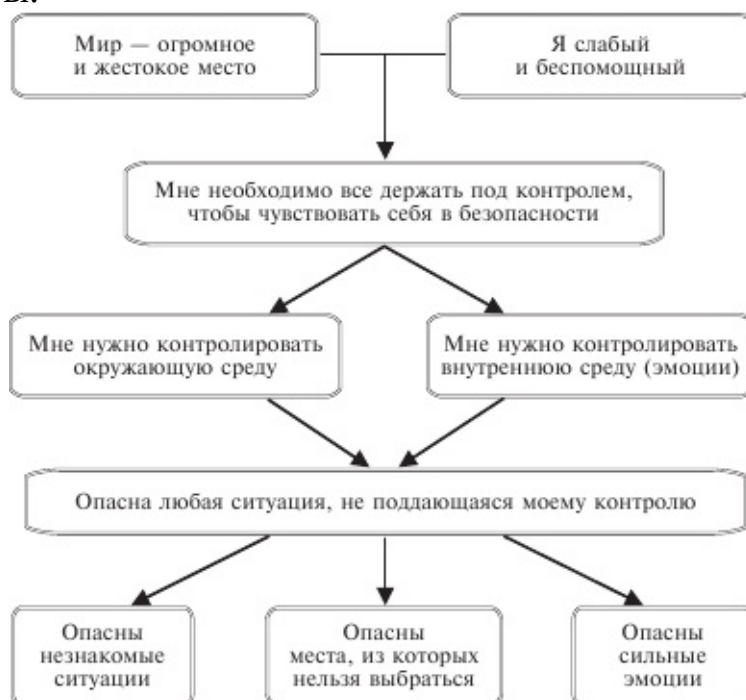
Упражнение 1

Составьте из списка основных идей пациента когнитивную карту. Вы можете сделать это, взяв каждую мысль из списка и сопоставив ее со всеми остальными мыслями. Спросите себя и пациента: «Чем похожи эти мысли? В чем отличия? Какая мысль идет сначала, а какая следует за ней?» Например, если в списке есть мысль: «Я скверный человек» и «Мне нужно быть совершенным», то между ними есть связь. Попытка стать совершенным может быть компенсацией чувства неполноценности. Чувство неполноценности может быть результатом неосуществленных перфекционистских стандартов.

Зафиксируйте отношения между мыслями с помощью графика или когнитивной карты (рис. 3.1).

Через сеанс просмотрите карту и внесите изменения. У людей с разными эмоциональными проблемами получатся различные когнитивные

карты.



Техника «Диспут и оспаривание»

Упражнение 1

Помогите пациенту сосредоточиться на центральной иррациональной мысли, вызывающей вину, страх, гнев или депрессию, приводящую к перееданию.

Попробуйте найти аргументы против этого убеждения.

Обсудите тактики «создания катастрофы» (например: «Это так ужасно, кошмарно и катастрофично, что...») и требования пациента к себе («Я должен, я обязан, мне надо...»).

В большинстве случаев контраргументы не стоит выдавать прямо. Вместо этого используются косвенные вопросы, которые помогают пациенту найти свои собственные опровержения.

Поощряйте обсуждение и оспаривание пациентом иррациональных мыслей каждый раз, как они проявляются. Это предполагает ежедневную практику.

Техника «Логический анализ»

Процесс логического анализа включает пять шагов, на каждом из которых можно использовать множество различных техник.

Шаг 1. «Обращение чувств в суждения относительно идеи»

Пациент создает список чувств, которые вызывает у него проблема, и описывает эти чувства настолько полно, насколько это возможно.

Найдите обвинение или суждение, подразумеваемое в каждом

выражении, и переведите императивные и оценочные утверждения в эмпирические или аналитические (истинность или ложность которых можно подтвердить), например:

Утверждение пациента: «Я напуган».

Подразумеваемое суждение: «Есть что-то опасное во внешнем мире, и мне лучше страшиться этого».

Утверждение пациента: «Ненавижу мужчин».

Подразумеваемое суждение: «Мужской пол заслуживает презрения».

Шаг 2. «Определение убеждений»

Перечислите центральные убеждения . Попросите пациента написать список своих центральных убеждений.

Уточните. Рассматривая по одному суждению за раз, внимательно изучите каждое важное слово. Попросите пациента как можно полнее его конкретизировать и уточнить.

Определите понятия . Сформулируйте серию вопросов, которые помогут пациенту определить понятия. Например, относительно убеждения «Я неполноценен» терапевт может задать такой вопрос: «Что в вас неполноценно? Всегда ли это было так? Откуда вы знаете, что навсегда останетесь неполноценным? Неполноценный по сравнению с кем? Когда? Все время или только иногда? Во всем или только в отдельных вещах? Что в этом предложении обозначает Я? О каком уровне неполноценности вы говорите? Вы совсем на дне или только отчасти неполноценны? Какую шкалу вы используете, чтобы оценить свою неполноценность? Эта шкала обоснованна, или вы сами все придумали, потому что вам было плохо?»

Перепишите убеждения . После того как вы с пациентом конкретизировали, насколько возможно, каждое слово в предложении, перепишите предложение, включая в него новые определения.

Практика . Попросите пациента тренироваться в уточнении предложений, пока он не поймет важность конкретных определений.

Шаг 3. «Нахождение значения понятий»

Эталонный случай. Вы и пациент выбираете пример корректного использования ключевого понятия, взятого из анализируемого суждения. Пример должен быть идеальным, таким, чтобы фактически каждый мог бы считать его обоснованным.

Контрастная модель. Выберите пример противоположного случая. Подберите идеальную ситуацию, как можно более похожую на первую, но в которой такое понятие, по мнению большинства людей, не употребляется.

Сравнение эталонного случая с противоположным. Определите, какие ключевые принципы присутствовали в первой модели, но не

использовались во второй. Какие между двумя случаями есть сходства и различия? Перечислите их.

Шаг 4. «Оценка доказательств»

Существует множество методов обучения индуктивному рассуждению, некоторые из них достаточно сложны и требуют солидной подготовки в области философии и научной методологии. Для клинической же практики существует более легкий метод, обеспечивающий нужные результаты. Он называется анализом графиков.

Терапевт и пациент ищут корреляции между двумя и более переменными, которые могут иметь отношение к симптомам пациента. Это сложный процесс. С любым симптомом может быть связано огромное множество факторов. Анализ графиков позволяет проанализировать только те переменные, которые кажутся значимыми.

На чертежной бумаге постройте график двух переменных, которые важны для вас и вашего пациента.

Обсудите с пациентом отношения между переменными.

Шаг 5. «Решение и обязательства»

Скажите пациенту, что решение о том, является ли **В** истинным или ложным, он должен принять здесь и сейчас.

Если **В** истинно, пациент должен сделать что-либо, чтобы изменить ситуацию, или, если это невозможно, принять ее.

Если **В** ложно, пусть пациент возьмет на себя обязательство исключать его в мыслях и действиях, независимо от того, сколько это может занять времени.

Пусть пациент запишет свое решение и заключит контракт о том, что он собирается сделать, чтобы изменить мысли. Доказательством принятого на себя обязательства становятся действия.

Иногда пациент убежден в истинности суждения, а терапевт считает иначе. Если пациент прошел все стадии процесса логического анализа, очень важно, чтобы терапевт поддержал его решение, даже если сам с ним не согласен. Пациент имеет право не работать над когницией и верить даже в то, что терапевт считает иррациональным. Терапевт может указать на результаты и отдаленные последствия такого образа мыслей, но принятие решения зависит от пациента. Акт принятия решения сам по себе психотерапевтичен, и пациенты позднее могут изменить суждение, если обнаружат его иррациональную природу.

Техника «Перцептивный сдвиг»

Упражнение 1

Попросите пациента начертить на большом листе бумаги четыре

КОЛОНКИ.

Мысль/ убеждение	Полезно или нет	Лучший аргумент против этой мысли	Доказательство из вашего личного опыта, поддерживающее луч- ший аргумент
1.			
2.			
3.			
4.			
... и т. д.			

В первой колонке перечисляются все мысли или убеждения, которые в определенной ситуации вызывают негативные эмоции. Очевидно, что список не может продолжаться до бесконечности. Тем не менее, даже если некоторые мысли повторяются, их лучше включить, чем оставить какой-либо паттерн незафиксированным.

Во второй колонке необходимо решить, полезно или нет каждое убеждение. Стоит найти доказательства как «за», так и «против», и выбрать наиболее убедительные. Важно, чтобы пациент принимал решение на основе объективных данных, а не под влиянием субъективных чувств.

В третьей следует записать лучший аргумент «против» для каждой мысли или убеждения. В идеале этот аргумент должен быть и эмоционально убедительным, и разумным.

В последней колонке приводится доказательство из опыта в поддержку каждого аргумента. Это ключ к технике перцептивного сдвига. С помощью терапевта пациент должен доказать справедливость аргумента, подыскав подтверждение из своего опыта. Чтобы осуществить перцептивный сдвиг, пациенту необходимо как минимум по 30 минут в день размышлять над теми критическими событиями прошлого, которые доказывают ложность иррациональной мысли.

Техника «Иерархия ценностей как связующее звено»

Упражнение 1

Чтобы исследовать иерархию ценностей пациента, можно использовать стандартные тесты, но лучше сделать это при помощи вопросов, которые заставляют выбрать ту или иную ценность. К примеру, благодаря следующей серии вопросов и ответов становится ясно, что пациент ценит свободу больше, чем богатство, а богатство – больше, чем личные взаимоотношения.

Что вы предпочтете:

- Богатство или популярность?
- Безопасность или независимость?

- Богатство или независимость?
- Много друзей или богатство?
- Здоровье или много друзей?
- Друзей или свою независимость?
- Хорошую зарплату или должность начальника?

Составьте список старых деструктивных убеждений и попросите пациента связать каждое утверждение с той или иной ценностью из его персональной иерархии.

Составьте список новых, предпочтительных убеждений и попросите пациента связать каждое с его конкретной ценностью. Эти новые убеждения (в противоположность старым) можно четко сопоставить с более высокими ценностями. Пациент после этого должен практиковаться – вспоминать о высших ценностях всякий раз, когда он думает о новом убеждении.

Для закрепления результатов пациент старается думать о высших ценностях в различных ситуациях. Это можно сделать в кабинете терапевта или под действием стимулов внешней среды. Терапевту важно помнить, что в своей работе он опирается на систему ценностей пациента, а не свою. Не важно, что думает терапевт о ценностях пациента, имеет значение лишь то, что о них думает сам пациент.

Метод 9. «Ресинтез прошлого» Техника «Ресинтез критических жизненных событий»

Упражнение 1

Используется составленный терапевтом список критических событий жизни пациента. Иногда лучше заменить обобщенный список на более конкретный, где события связаны с симптоматикой пациента. После разговора с пациентом вы должны удостовериться, что убеждения, которые сформировались после травмирующего события, все еще вызывают у него проблемы в настоящем. Обсудите с пациентом, как изменились его эмоции и поведение из-за убеждений, сформированных в процессе переживания критического события. Помогите ему дать новую интерпретацию старым событиям с помощью новых, более верных убеждений. Пусть пациент воспользуется тем преимуществом, что прошлые события далеко, и исследует, как при помощи зрелых рассуждений можно исправить ошибочное восприятие прошлого. Пусть в своем воображении пациент постарается думать и вести себя разумно.

Пересмотрите все основные критические события, выявите соответствующее убеждение и попросите пациента представить, что он исправляет ситуацию.

Техника «Ресинтез жизненных ориентиров»

Упражнение 1

Используйте составленные вами когнитивные карты, но теперь сделайте их хронологическими. Проследите истоки каждой мысли – как она трансформировалась в другие убеждения, как менялась на разных стадиях жизни.

Какие другие мысли, эмоции, поступки или внешние стимулы стали ассоциироваться с данным ориентиром, когда он сформировался? Как неверная интерпретация распространилась из одной сферы жизни пациента в другие?

Попросите пациента представить, какой была бы его жизнь, если бы у него были другие ориентиры. Попросите его вообразить, как бы он себя вел, не будь у него извращенных жизненных ориентиров.

Техника «Ресинтез ранних воспоминаний»

Упражнение 1. «Упражнение с образами»

Пациент вспоминает о нынешней ситуации, в которой он испытывал сильные эмоции. Тут следует использовать все ощущения. Когда сцена будет отчетливой, попросите его сфокусировать внимание на своем центральном убеждении, гештальте, ориентире.

Проинструктируйте пациента, чтобы он сосредоточился на первом или самом раннем воспоминании, в котором сформировалось это убеждение. Направьте внимание на исходную ситуацию, когда возникла эмоция. Попросите пациента снова представить сцену и ясно ее визуализировать. Чтобы это было легче сделать, он может голосом ребенка или подростка произнести вслух те слова, которые выражают ложное убеждение.

Спросите пациента: «Какие ошибки вы видите в вашей интерпретации события? В чем вы могли его неверно воспринять? Какую неправду говорили вы себе? Почему ваша интерпретация была ошибкой? Кто или что навело вас на ложное восприятие?»

Обсудите вместе с пациентом, как он оценивает нынешнюю ситуацию: так же неверно, как и прошлую, или что-то изменилось?

Скорректируйте прежнее ошибочное убеждение. Попросите пациента представить, как он меняет ситуацию на основе полезных реалистичных мыслей вместо тогдашних убеждений. Попросите его представить, как он себя ведет и чувствует по-другому, на основе других представлений.

Наконец, попросите пациента по-другому представить себе нынешние проблемы. Исправьте ошибочное убеждение настоящего точно так же, как было исправлено предыдущее.

Упражнение 2. «Рабочий бланк для ресинтеза»

Этот бланк может пригодиться вам в процессе ресинтеза.

Ситуация в настоящем _____

Эмоциональная реакция _____

Настоящее убеждение относительно теперешней ситуации _____

Раннее воспоминание (предшествовавшие ситуации) _____

Эмоциональная реакция _____

Ошибочное прежнее убеждение _____

Исправленное прежнее убеждение _____

Исправленное настоящее убеждение _____

Используйте основной список убеждений пациента и попросите его связать убеждения с ситуациями, в которых они проявляются. Каждую из таких ситуаций нужно записать в строке «Ситуация в настоящем» бланка. Убеждения, связанные с каждой ситуацией, должны быть перечислены в строке «Настоящее убеждение».

Займитесь поисками критического переживания в детстве или подростковом возрасте пациента. Во-первых, идентифицируйте события. Самые ранние события пациент может помнить лишь смутно, но даже если имеются только фрагментарные ощущения и впечатления, попросите его как можно ярче их визуализировать. Зафиксируйте их на рабочем бланке.

Сформулируйте одним предложением ошибочное убеждение, которое явилось результатом каждого из этих событий. Занесите эти предложения в рабочий бланк.

После детальной дискуссии скорректируйте каждую из прошлых мыслей. Запишите результаты в рабочий бланк. Прежние ошибочные интерпретации ранних событий следует вычеркнуть, когда пациент найдет им корректное толкование. Замените все прежние ошибочные когниции, связанные с событиями.

После того как прежние иррациональные мысли скорректированы, помогите пациенту исправить те иррациональные мысли, которые у него есть на текущий момент.

Попросите пациента регулярно использовать рабочий бланк, чтобы находить ошибочные убеждения, идентифицировать их первоисточник, корректировать прежние неверные интерпретации и затем брать на вооружение более функциональное убеждение в качестве руководства в настоящем.

Техника «Ресинтез семейных убеждений»

Упражнение 1

Нарисуйте схему, изображающую основных членов семьи пациента. Перечислите их имена и возраст и отразите при помощи толщины или числа стрелок значимость отношений с ними для пациента. Проверьте, включили ли вы всех членов семьи, имеющих на пациента влияние.

Перечислите основные убеждения, принципы, ценности и установки, которых придерживаются люди из схемы. Посмотрите, какие убеждения разделяют большинство членов.

Посмотрите, нельзя ли свести эти принципы к нескольким центральным убеждениям.

Как семья прививала эти центральные убеждения? Как ее членов поощряли за исполнение этих принципов и как наказывали за их несоблюдение?

В каких поступках семья проявляла свои убеждения? Что ее отличало от других семей? Сравните семейные убеждения с теми, что перечислены в основном списке убеждений пациента. Сколько из них соотносятся между собой? Найдите зависимости, сходства, противоположности.

Техника «Выживание и убеждения»

Упражнение 1

Пересмотрите основной список убеждений пациента. Помогите ему решить, как на его жизнь влияет верность этим мыслям: улучшает она или ухудшает его способность решать конкретные нынешние проблемы?

Если какое-то убеждение не приносит пользы, помогите ему спланировать стратегию его изменения. Если когда-то убеждение было полезным раньше, а в настоящее время – нет, помогите пациенту осознать это изменение.

3.7. Позитивная психотерапия

В широком смысле «позитивной» можно назвать множество новых направлений психотерапии, но в строгом смысле слова термин «позитивная психотерапия» был впервые использован немецким психотерапевтом армянского происхождения Носсратом Пезешкианом в 1972 г. для его собственной концепции и стратегии, и этот термин лучше использовать только применительно к данной психотерапевтической концепции. Направление, созданное Пезешкианом, по праву можно назвать «психотерапией, центрированной на конфликте».

Основа данного подхода – позитивное отношение к человеку. Патопсихологические проявления трактуются тут как реакции адаптации (скажем, депрессия как реакция на глубокие эмоциональные конфликты, фригидность как отказ и т. д.). Задача терапевта не устранение нарушений или отклонений, а поддержка резервных возможностей пациента и его способностей.

Таким образом, позитивная психотерапия основывается на позитивном подходе к пациенту и заболеванию и содержательной оценке конфликта. Она проходит в пять этапов и опирается на самопомощь.

Позитивную интерпретацию симптомов или заболевания нередко противопоставляют общепринятой, традиционной интерпретации. С точки зрения позитивной психотерапии в каждом симптоме можно найти не только негативное, но и позитивное начало.

Основной целью позитивной психотерапии является изменение точки зрения пациента на свою проблему (например, лишний вес), вследствие чего перед ним открываются новые резервы. Иными словами, психотерапевт, определив, что ожирение – это прежде всего «способность доставлять себе удовольствие и восполнять дефицит внимания при помощи еды», далее будет заниматься не столько ожирением, сколько конфликтом, который стоит за этим синдромом. Для достижения этой цели широко используются притчи, истории, «психотерапевтические сказки». По сути дела, каждый психотерапевт, имея богатый жизненный опыт, так или иначе пользуется этим методом. Важно, чтобы рассказанная история была яркой, в чем-то сходной с конфликтом пациента. Но сходство это не должно быть чрезмерно конкретным, «в лоб», но история должна соприкасаться с конфликтом пациента как бы по касательной. Тогда эффект рассказанной истории будет сильнее.

Согласно концепции позитивной психотерапии, каждый человек обладает двумя базовыми способностями: к познанию (когнитивная) и к любви (эмоциональная). Способность к познанию отражает рациональную, интеллектуальную суть человека (левое полушарие головного мозга), а способность любить – эмоциональную и душевную его суть (правое полушарие).

Способность к познанию – это способность учиться и учить. Из нее развиваются вторичные способности, такие как пунктуальность, чистоплотность, аккуратность, послушание, вежливость, честность, открытость, верность, справедливость, трудолюбие, бережливость, обязательность, тщательность и добросовестность.

Способность к любви – это способность любить и быть любимым. Тут одинаково важны два компонента: способность активно устанавливать эмоциональные отношения (любить) и способность принимать и поддерживать эти отношения (быть любимым). Способность к любви включает в себя умение любить и быть примером, терпение, способность уделять время, устанавливать контакты, проявлять и принимать нежность и сексуальность, надеяться, доверять, верить и сомневаться.

Способность к познанию и способность к любви называются актуальными способностями. Актуальными эти способности являются потому, что они постоянно фигурируют в различных ситуациях повседневной жизни. В этом смысле способности к познанию и любви свойственны каждому человеку, хотя и требуют актуализации и дифференциации. Все другие способности можно развить на основе этих двух базовых или рассматривать как проявления их различных комбинаций. Обе базовые способности находятся в функциональной взаимосвязи: развитие одной из них поддерживает и облегчает развитие другой. Каждый человек обладает базовыми способностями, которые открывают ему огромные возможности. В зависимости от окружающей среды и времени, в которых живет человек, эти способности дифференцируются и образуют неизменяемую структуру сущностных черт (неповторимость). Они связаны с такими психодинамическими категориями, как Супер-Эго и Я-идеал, и такими категориями глубинной психологии, как самооценка и комплекс неполноценности. Терапевту крайне важно – и для диагностики, и для планирования лечения – иметь представление об актуальных способностях пациента.

Как правило, в повседневности люди оценивают лишь вторичные актуальные способности. Любопытно, что в Западной Европе и Америке больше выражена способность к познанию, в восточных странах –

способность к любви. Межкультуральный подход, одна из основ позитивной психотерапии, позволяет лучше понять структуру конфликта и поведения пациента. Очень часто то, что неприемлемо в странах с одной культурой и традициями (прием алкоголя, особенности половых взаимоотношений и т. п.), приемлемо в других. Это не означает, что одна культура хорошая, а другая плохая. Просто они разные, а поэтому и поведение пациента с позиции той или иной культуры может трактоваться по-разному.

Несмотря на культурные и социальные различия и неповторимость каждого человека, можно наблюдать, что все люди при решении своих проблем прибегают к нескольким типичным формам разрешения конфликтов. Эти формы связаны с индивидуальным восприятием окружающего мира и путями познания действительности.

В позитивной психотерапии выделяют следующие формы переработки конфликтов:

1. тело/ощущения;
2. деятельность/разум;
3. контакты/традиции;
4. будущее/фантазия.

Эти формы переработки конфликтов являются довольно широкими категориями, которые каждый человек наполняет своим личным содержанием. Одна из форм переработки конфликтов может доминировать, отодвигая прочие на задний план, это зависит от предыдущего опыта человека, прежде всего – от полученного в детстве.

Потеря аппетита, как и бесконтрольный прием пищи, а также нарушения восприятия и влечений и аффективные расстройства могут быть представлены как симптомы в сфере тело/ощущения.

Расстройства мышления и интеллекта, нарушения внимания, памяти, трудности в принятии решения, склонность к рационализации, мечтательность, навязчивости, дереализация и т. д. относятся к разуму и вместе с тем к деятельности.

Фиксации, предрассудки, стереотипы, слабость суждений, боязнь правды, чувства ненависти и вины и односторонность связаны с традициями и, таким образом, с контактами. Безудержные фантазии, отстранение от действительности, суицидальные мысли, сексуальные фантазии, опасения, навязчивые представления, бред отношения и преследования можно отнести к сфере будущего/фантазии.

Тело/ощущение. Как человек воспринимает свое тело? Как он переживает различные ощущения и информацию из окружающего мира?

Воспринимаемая в ощущениях информация проходит через цензуру оценки. При помощи своих ощущений ребенок с самого начала развития устанавливает контакт с окружающим миром. Ощущения тесно связаны с его общей активностью, с ритмом сна и питания.

Информация, поступающая из внешнего и внутреннего мира, проходит сквозь призму опыта, через цензуру приобретенных стереотипов. Может быть, именно поэтому в ответ на конфликт реагирует одна из четырех сфер. Более того, даже если в разрешении конфликта доминирует тело, то все равно остается вопрос: почему у одного человека на этот конфликт реагирует преимущественно сердце, у другого – желудок, у третьего – кожа (нейродермиты), у четвертого – дыхание.

Поражение того или иного органа у пациента с психосоматическим заболеванием становится понятнее, если исследовать представления данного человека о теле в целом, отдельных его органах и их функциях, а также о здоровье и болезни. Так, у пациентов с желудочными расстройствами, а также с ожирением можно выявить специфические концепции, связанные с приемом пищи (например: «Все, что на столе, должно быть съедено»).

Деятельность/разум. Это измерение имеет особое значение в индустриальном обществе. Мышление и разум делают возможным систематически и целенаправленно решать проблемы и оптимизировать деятельность. Тут возможны две разнонаправленные реакции бегства: бегство в работу и бегство от требований деятельности. Типичные симптомы в этой сфере – проблемы самооценки, перегрузки, стрессовые реакции, страх увольнения, нарушения внимания и «дефицитарные» симптомы, такие как пенсионный невроз, апатия, снижение активности и т. д. В этой сфере господствуют концепции: «Если ты что-то можешь, тогда ты что-то из себя представляешь»; «Кончил дело – гуляй смело»; «Без труда не вытащишь и рыбки из пруда»; «Время – деньги» и т. д.

Контакты/традиции. Эта сфера подразумевает способность устанавливать и поддерживать отношения с самим собой, партнером, семьей, другими людьми, различными группами, социальными слоями и культурными кругами; а также отношение к животным, растениям и вещам. Социальное поведение формируется под влиянием приобретаемого опыта и полученного наследства (традиции), особенно это касается способности налаживать контакты. Тут действуют социально обусловленные критерии выбора: например, человек ожидает от партнера вежливости, искренности, справедливости, аккуратности, общности интересов и т. д. и выбирает себе партнера в соответствии с этими критериями.

Будущее/фантазия (интуиция). Можно реагировать на конфликты, активизируя фантазию, воображая решения конфликтов, мысленно представляя желаемый успех или наказывая или даже убивая в мечтах людей, на которых накопилась злость из-за того, что был неверен, неправ или придерживается других убеждений. Фантазия и интуиция могут, например, возбуждать и даже удовлетворять потребность при творческих изысканиях и сексуальных фантазиях. Частный мир фантазии отгораживает от травмирующих и болезненных явлений действительности и создает комфортную атмосферу (для чего используются, например, переживание или алкоголь). Она может нейтрализовать неудачу или болезненный разрыв с партнером; она может также устрашать, делать действительность невыносимой вследствие проекции страхов. Чтобы укротить пугающую динамическую силу фантазии, некоторые люди вырабатывают навязчивое поведение, которое помогает им держать в узде угрожающие мысли и защищаться от неконтролируемого всплеска чувств.

Исследование доминирующей сферы переработки конфликта может указать терапевту на существенные аспекты расстройства, которые обычно незаметны в традиционной диагностике и терапии. Односторонность в этой сфере проявляется внешне в виде четырех реакций бегства: 1) бегство в болезнь (соматизация), 2) бегство в активную деятельность или работу (рационализация), 3) бегство в одиночество или общение (идеализация или обесценивание) и 4) бегство в фантазию (отрицание).

При возникновении заболевания (невроз, психосоматические нарушения) большую роль играет так называемый актуальный конфликт. Он может быть результатом воздействия серьезной психической травмы (смерть близкого человека, эмиграция, безработица и т. п.) или постоянного воздействия мелких травмирующих факторов (конфликты в семье или на работе, общая эмоциональная напряженность в обществе и т. п.). Актуальный конфликт сам по себе нейтрален, он становится для данного человека патогенным по многим причинам, среди которых основные роли играют конкретная ситуация, реакция на конфликт и личностные особенности (базовый конфликт). От этих факторов зависит переработка актуального конфликта, а следовательно – риск развития различных нарушений.

Важно понять, какое влияние оказывает конфликт на физическое состояние пациента, на его профессию, на контакты с окружающими, как он изменяет его планы на будущее. Для профилактики полезно привести в равновесие все четыре сферы разрешения конфликта. Человек со здоровой психикой умеет преодолевать проблемы и знает, как найти выход из

конфликтной ситуации. Поэтому одна из задач психотерапевта, практикующего позитивную психотерапию, состоит в умении вникнуть в суть конфликта пациента и попытаться равномерно перераспределить энергию, направленную на его разрешение, по основным четырем сферам.

Для развития личности крайне важны отношения человека со значимыми другими в детстве. Предпочтения человеком одних отношений и отвержение других в позитивной психотерапии объясняет концепция моделей для подражания (условий раннего развития).

Четыре модели для подражания, которые формирует родительская семья, создают основу для реализации способности устанавливать отношения. Предлагаемая схема включает отношения:

- родителей и братьев или сестер (а также ровесников) к ребенку (Я);
- родителей между собой (Ты);
- родителей к окружающему миру (Мы);
- родителей к религии или мировоззрению (пра-Мы).

Четыре модели для подражания проецируются на актуальные отношения человека в семье и вне семьи в виде базового конфликта. Сюда входит как опыт, полученный в общении с людьми, так и их идеалы.

Отношение к Я во многом зависит от воспитания. Патологические формы воспитания (гиперопека или недостаток внимания) обычно приводят и к патологическим формам отношения к себе.

У ребенка, воспитывающегося в атмосфере гиперопеки, создаются стереотипы инертности перед трудностями любого рода, обожествление собственного тела, завышенная самооценка. Его основные жизненные девизы: «Сначала – я, потом – все остальные», «Мне всегда нужна опора». В конфликтной ситуации у них часто проявляются эгоизм, «рентные» установки, завышенные претензии к обществу, при отсутствии опеки тут быстро нарастает социальная дезадаптация.

При недостатке внимания, интереса родителей к увлечениям и переживаниям ребенка часто формируется заниженная самооценка, негативное отношение к себе, к своему телу. Жизненные девизы при этом звучат так: «Жизнь бессмысленна», «Я – неудачник», «Все люди – волки».

Отношение к Ты чаще всего воспроизводит модели родителей и близких. Их взаимоотношения между собой, их представления о браке и сексуальности в конечном итоге определяют стереотипы поведения выросшего в этой семье ребенка. Отсюда и разные жизненные концепции: «Я создам крепкую гармоничную семью» или «Я никогда не женюсь».

Отношение к Мы формируется на основе взаимоотношения родителей с окружающими людьми. Если ребенку в семье и школе говорят о долге

перед Родиной, чести, милосердии, а вокруг себя он видит лицемерие, разврат, воровство, то стереотипом поведения в дальнейшем становится не то, что этот ребенок слышит, а то, что он видит.

Отношение к пра-Мы определяется сформировавшимся мировоззрением, религией, отношением к существующему в стране общественному строю и т. д.

Выделение четырех стереотипов поведения в конфликтной ситуации чисто условно, в реальности они взаимосвязаны и взаимозависимы.

Актуальные способности тут являются фильтром для социальных отношений. Например, человек не желает приглашать гостей, потому что это нарушает его распорядок и влечет за собой финансовые расходы, то есть затрагивает его концепцию бережливости. Точно так же неудачи могут блокироваться отношением к Я при недостатке поддержки. Отношение к Ты могут изменить конфликты, которые касаются сферы сексуальности, верности, доверия; подобным образом, обманутые ожидания в сфере честности, справедливости и надежды могут встать на пути отношения к пра-Мы.

Для исследования данных особенностей человека можно использовать следующие вопросы:

1. К кому вы испытывали в детстве более сильную привязанность (к отцу, матери, бабушке, дедушке)?
2. Кто из их родителей (воспитателей) уделял вам больше времени?
3. Кто из их родителей был терпеливее или кто легче сдерживался?
4. Кто был для вас примером?
5. Есть ли у вас ощущение несправедливого отношения к вам в детстве (например, сестер или братьев любили больше)?
6. Как оцениваете вы сегодня брак своих родителей?
7. Кто из их родителей был общительнее?
8. Кто из их родителей больше интересовался религиозными и мировоззренческими вопросами?

Некоторые личностные особенности достаточно высоко оценивают в социальном окружении. Сюда, например, можно отнести вежливость, честность, верность, обязательность, справедливость, добросовестность. Другие личностные особенности, такие как необязательность, лень, неряшливость, высокомерие, жадность, вызывают у окружающих негативное отношение. Все эти качества влияют на формирование конфликта и на способы его разрешения.

Позитивная психотерапия учитывает четыре основных элемента:

- а) жалобы и физиология;

б) актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта – ситуация психосоциального напряжения;

в) базовый конфликт: четыре модели для подражания – условия раннего развития;

г) внутренняя динамика конфликта.

С точки зрения подхода позитивной психотерапии не так важно объяснить возникновение конфликта, сколько понять человека в его жизненной ситуации. Терапия тут имеет пять принципиальных этапов:

1. наблюдение/дистанцирование;
2. проработка конфликта (инвентаризация);
3. ситуативное ободрение;
4. вербализация;
5. расширение системы целей.

Дистанцирование от конфликта. Как уже говорилось, позитивная психотерапия сфокусирована на конфликте. Поэтому лечение начинается с тщательной проработки самого конфликта.

Если представить конфликт в виде картины, то пациента можно сравнить с человеком, настолько близко подошедшим к картине, что он отчетливо видит только ее детали, но не в состоянии рассмотреть целиком и поэтому не понимает ее смысла. На первом этапе лечения психотерапевт должен помочь пациенту как бы отстраниться от создавшейся конфликтной ситуации, рассмотреть ее со стороны и постараться составить о ней полное представление. При этом важно помнить о культуральных особенностях пациента, о его традициях и обычаях.

Проработка конфликта. Отстранившись от конфликта и увидев его как цельную картину, нужно тщательно проработать каждую его деталь. Не следует забывать о четырех основных сферах разрешения конфликта. Важно выяснить, какое влияние оказал конфликт на пациента, на его профессию, семью, межличностные отношения, социальный статус и т. п. Следует разобраться, какое влияние на формирование конфликта оказали взаимоотношения родителей, ближайшее окружение, внешняя среда, какую роль при этом сыграли личностные особенности пациента. Только после тщательного анализа конфликта следует переходить к следующему этапу лечения.

Ситуативное ободрение. В конфликте обычно участвуют не менее двух людей, и в каждом из них есть как отрицательные, так и положительные качества. Ситуативное ободрение – это прежде всего попытка переместить акцент с отрицательных качеств партнера (партнеров) по конфликту на положительные. А таковые обязательно

присутствуют – нужно только попытаться их найти. Да и попытка критически оценить собственные недостатки тоже представляет ценность.

Вербализация. Этот этап подразумевает обсуждение конфликта. Следует говорить с пациентом о конфликте, а не о предполагаемых его последствиях. Беседа должна быть конфиденциальной и доверительной. Терапевту следует честно высказать свой взгляд на решение конфликта, а пациент сам решит – воспользоваться этим советом или нет.

Расширение жизненных целей. Пациент, погруженный в конфликтную ситуацию, вкладывает в нее всю энергию. Роль психотерапевта в этом случае заключается в том, чтобы оценить дисбаланс распределения жизненной энергии и попытаться вместе с пациентом перераспределить ее между четырьмя основными сферами разрешения конфликта. Кроме того, помимо конфликта, всегда существуют более важные цели, куда можно вложить часть этой энергии.

Любой партнер приносит с собой конфликты, сложности, проблемы и кризисы. Одновременно с этим он дает шанс дальнейшего развития личности и адекватного решения этих конфликтов. Конфронтация во многих сферах человеческих взаимоотношений может быть полезной: в отношениях родителей и детей, в отношениях с партнером и его родителями, в отношениях с окружающими. Поэтому важно увидеть в конфликте потенциальные возможности.

Поэтому недостаточно спрашивать лишь о причинах того или иного нарушения, страдания или испытания, важнее задать вопрос «для чего?», который ведет к реинтеграции, к единству и дальнейшему развитию.

Позитивная психотерапия может сочетаться с другими методами психотерапии или применяться самостоятельно. Чаще всего это кратковременная работа из 20–30 занятий длительностью примерно по 50 минут.

Девять тезисов позитивной психотерапии отражают рабочую философию данного подхода.

1. Позитивная психотерапия учитывает позитивные аспекты каждой болезни. На практике это выглядит следующим образом: терапевт спрашивает о том, какое значение имеет симптом для человека, выделяя при этом позитивные качества: «Какие позитивные аспекты имеет лишний вес? Какие преимущества обеспечивает лишний вес? Какие функции выполняет лишний вес? Что значит для меня тот факт, что у меня есть лишний вес?» и т. д.

2. Теория микротравм учитывает содержание конфликта и его динамику. Исходя из вопроса: «Что общего у всех людей (осознание

общности и единства) и чем они различаются (осознание индивидуальности и единственности)?», позитивная психотерапия описывает содержание конфликта (актуальный и базовый аспекты). Зачастую нарушения и расстройства вызывают не глобальные потрясения, а постоянно повторяющиеся маленькие душевные раны, которые в конечном итоге формируют характер, подверженный конфликтам (капля камень точит).

3. Основой позитивной психотерапии является транскультурное мышление. Оно учитывает множество феноменов, обусловленных особенностями личности, его семьи и культуры, и предполагает единство в многообразии.

4. Концепции, мифы и притчи целенаправленно включаются в терапию. Притчи позволяют нейтрализовать внутреннее сопротивление и облегчают осуществление самопомощи, дополняющей психотерапевтические мероприятия.

5. Каждый человек неповторим. Лечение соответствует потребностям пациента.

6. Члены семьи и социальные факторы как определяющие условия включаются в терапевтический процесс.

7. Понятия позитивной психотерапии доступны каждому: терминологические барьеры устранены (равенство шансов в психотерапии).

8. Позитивная психотерапия предлагает базовую концепцию для работы с любыми болезнями и расстройствами; она определяет три отправные точки: профилактику, собственно лечение и реабилитацию.

9. Позитивная психотерапия предлагает концепцию, в рамках которой могут рационально сочетаться, дополняя друг друга, различные методы и направления терапии.

Техники Данный раздел написан по материалам книги «Психосоматика и позитивная психотерапия» (Пезешкиан, 1996)

Техника лечения, основанная на теории возникновения заболеваний

Ядром терапевтического вмешательства в позитивной психотерапии является пятиэтапная стратегия лечения. Точка ее терапевтического приложения – актуальные и базовые способности.

Позитивный процесс

Важно не упустить из внимания все возможности, которые несут в себе как расстройства, так и способности пациента. Так, например, стоит поставить себе вопросы: «Какие преимущества имеет лишний вес? Какие

функции выполняет переживание? Что значит для меня тот факт, что я переживаю?»

Излишний вес можно интерпретировать позитивно:

Психосоматические симптомы: способность сказать языком органов о том, что в данный момент нет других возможностей справиться с конфликтом.

Нервная анорексия и булимия: способность обходиться малыми средствами; солидарность с голодающими во всем мире.

Ожирение: способность доставлять себе удовольствие и восполнять дефицит внимания при помощи еды; развитие таких ощущений, как вкус, эстетика блюд; широта взглядов в отношении продуктов питания.

Содержательный процесс

Зачастую переживание и излишний вес вызваны не великими драматическими событиями, а постоянными мелкими душевными травмами, которые в конце концов формируют характер, особо восприимчивый к конфликтам.

Следующие вопросы облегчают доступ к актуальному конфликту:

1. Как вы реагируете, если партнер опаздывает на встречу с вами, если он не делает того, что вы считаете правильным и важным?

2. Что вы делаете, если кто-нибудь из окружающих на вас клеветает?

3. Как вы поступаете, если кто-то распространяет вокруг себя невыносимый запах или если вы вынуждены вести длительную беседу с человеком, у которого очень неприятно пахнет изо рта?

4. Что вы чувствуете, если к вам отнеслись несправедливо или когда вам предпочитают другого?

5. Что вы чувствуете, когда замечаете, что вас обманывают или когда партнер вам изменяет?

6. Что вы ощущаете, когда вам предстоит экзамен?

Если не просто прочесть эти вопросы, а прислушаться к тем ощущениям и мыслям, которые они вызывают, можно заметить, что они вызывают сильные эмоции.

Данный подход выявляет готовность к конфликту. Он позволяет оценить ценности, которые управляют поведением человека (скажем, такие ценности, как откровенность или вежливость, которые тут могут вступать в конфликт).

Прояснение целей

Прояснение целей сопутствует изменению установок и поведения, оно помогает преодолеть невротические навязчивости и способствует более адекватному решению конфликтов, облегчает доступ к ресурсам

самопомощи и позволяет разорвать порочный круг психосоматических нарушений.

Техника «Пять этапов позитивной психотерапии»

Пятиэтапная позитивная психотерапия является терапевтической стратегией, хотя эти же пять этапов присутствуют в любых межличностных отношениях. В них реализуется способность слушать (наблюдение и восприятие), ставить целенаправленные вопросы (инвентаризация), соглашаться с услышанным или воспринятым невербально (ситуативное ободрение), целенаправленно ставить проблему (вербализация) и, наконец, сохраняя отношения, направить внимание на другие цели (расширение системы целей).

Уже первое интервью включает в себя два этапа дифференциально-аналитического процесса: наблюдение-дистанцирование и инвентаризацию. Однако эти этапы прежде всего касаются терапевта: они обеспечивают ему верную перспективу для рассмотрения конфликтной ситуации пациента. Процесс, в который включается терапевт, затем захватывает и пациента. Он учится при помощи наблюдения-дистанцирования узнавать конкретные свойства своего конфликта, а в дальнейшем, на этапе инвентаризации, получать доступ к относительно свободным от конфликта сторонам личности. Это формирует терапевтические отношения, в которых в качестве равноправных партнеров психотерапии участвуют терапевт, пациент и окружающий мир.

Этап 1: наблюдение и дистанцирование

Терапевтические акценты: развитие способности слушать и воспринимать. Члены семьи пациента – участники конфликта, – как правило, неспособны взглянуть со стороны на свои сложности. Это способствует развитию невротических и психосоматических расстройств. Участники конфликта ведут себя подобно человеку, который стоит перед картиной, почти уткнувшись в нее носом: он видит лишь маленькую часть, зато видит очень четко. Он не замечает содержательного контекста и цветового фона этой части; он потерял из виду картину как целое и неспособен понять ее смысл.

Симптоматика, факторы, способствующие проявлению симптомов, и их первое возникновение. Терапевт устанавливает отношения с пациентом, а иногда – и с его семьей. Он назначает им время, наблюдает за ними во время встречи и выслушивает их. Кроме того, он структурирует полученную информацию и выясняет собственные чувства, которые у него вызывает пациент и его семья. Терапевт стремится использовать все доступные источники информации об актуальных симптомах, их истории и

сопутствующем поведении.

Позитивное толкование. Исследуя симптоматику, терапевт дает (сначала для себя) общую позитивную интерпретацию расстройства: какое значение имеет лишний вес для пациента и его семьи. Этот процесс помогает терапевту освободиться от рамок своего восприятия и моделей мышления; вместе с тем это позволяет избежать повторения невротической концепции пациента. В нужный момент терапевт сообщает свои выводы пациенту и его семье. В дальнейшем он дает то истолкование, которое обеспечивает эффективное изменение точки зрения. Терапевт не должен выделять позитивную трактовку симптоматики из ее контекста, иначе она может показаться циничной насмешкой.

Позитивная формулировка меняет ситуацию и нарушает стабильность семьи. Одновременно происходит нечто большее: семья учится преодолевать свои конфликты иными способами, отказываясь от фиксации на патологии. Это первый шаг к самопомощи. На практике это выглядит следующим образом: терапевт спрашивает о значении симптома для человека и его социальной группы, выделяя при этом позитивную сторону вопроса: «Какие преимущества дает лишний вес? Какие функции выполняет переедание? Что значит для вас тот факт, что у вас есть лишний вес?» и т. д. Таким образом, здесь существуют два аспекта: новая интерпретация симптома и обращение к способностям пациента.

Транскультурный подход. Терапевт спрашивает о том, как переедание или излишний вес воспринимается и оценивается в различных культурных традициях, как другие люди той же культуры, что и пациент и его семья, преодолевают эти состояния и какое особое значение имеют для них эти конфликты. Это говорит об определенной функции лишнего веса, который вносит существенный вклад в отношения между членами семьи и важен для семейной динамики. При этом психологический, психосоматический или соматический характер нарушений пищевого поведения и излишнего веса имеет второстепенное значение.

Притчи и народная мудрость. Богатый арсенал для мобилизации ресурсов пациента представляют собой притчи и народная мудрость, которые терапевт может предлагать в качестве альтернативных концепций, покидая традиционные стандарты коммуникации специалиста с пациентом.

Размышления о притчах запускают процессы, которые осуществляют функции этих историй: функцию зеркала, функцию модели, медиаторную функцию и депонирование, истории являются носителями традиций, посредниками между культурами, они способствуют регрессии, содержат альтернативные концепции, заставляют изменить привычную точку зрения.

Притчи применяются в позитивной терапии целенаправленно, в рамках пятиэтапного лечения.

В начале работы, в течение от 1 до 4 недель, следует расставить акценты отношений и сфокусировать внимание на позитивной интерпретации симптома. Этому помогают следующие задания, которые можно предложить пациенту:

Наблюдение: Понаблюдайте за поведением своего партнера. Запишите, на что вы сердитесь и чему вы радуетесь. Опишите эти ситуации точнее.

Вспомогательные вопросы:

- По отношению к кому и когда вы ощущаете раздражение и подавленность?

- Когда вы радуетесь и ощущаете себя счастливым?

- Что вам нравится в партнере, что нет?

- Что привлекло вас друг в друге и что еще держит вас вместе?

Генерализованное неприятное ощущение сводится в один постижимый гештальт, который позволяет увидеть новые аспекты и включить в поле семейных взаимоотношений процесс переобучения.

Записи выполняют при этом вентильную функцию для пациента: он занимается своим конфликтом, но при этом не усиливает внешнюю конфронтацию.

Отказаться от критики: Наблюдая за своим партнером, не критикуйте его. Вместо критики наблюдайте за партнером, который невнимателен, педантичен, невежлив и т. д. Наблюдение со стороны и отказ от критики позволяют осознать конфликт. С первого момента партнер будет восприниматься с другой точки зрения. Стадия наблюдения и дистанцирования заставляет пациента уделять время партнеру и учиться принимать его таким, каков он есть.

Решать проблемы вместе с партнером: Проблемы – это личное дело. Не обсуждайте их с посторонними. Вместо того чтобы говорить о страхах, агрессии и депрессии, обратите внимание на те обстоятельства, при которых они возникают. Еще важнее заметить те обстоятельства, в которых проблемы не появляются.

Ценности в конфликтах. Очертите свои конфликты с позиций ценностей, которые вы защищаете. А затем подумайте об альтернативных ценностях, которые он должен отражать, и о соответствующем альтернативном поведении. Процесс перемены поведения обычно труден, потому что кругозор участников конфликта крайне сужен. Их реакции на конфликты как будто бы предопределены судьбой. Но необходимо предложить пациенту самостоятельно выработать альтернативные

установки и образ действий. Пациент коротко представляет реальную конфликтную ситуацию. Он говорит о задействованных в ней ценностях и концепциях. А затем описывает альтернативную концепцию, которая кажется ему подходящей.

Переносить беспокойство: Многие люди боятся посмотреть в глаза своим проблемам и конфликтам. Поэтому они ощущают себя неуверенно и страдают, когда не могут этого избежать. Однако позитивная терапия предполагает именно такую конфронтацию. Это похоже на ощущения у зубного врача, когда он сверлит пораженный кариесом зуб и боль кажется невыносимой. Но затем врач ставит пломбу и закрывает образовавшееся дупло. Боли прекращаются. В аналогичной ситуации находится семья, пришедшая на семейную терапию. Ее члены страдают. Вмешательство терапевта сначала не устраняет неприятности, а наоборот, временно усиливает тревогу. Но это не следствие терапевтической ошибки, но важный шаг в лечении и лучшее доказательство того, что затронута важнейшая болевая точка.

Этап 2: инвентаризация

Терапевтические акценты: развитие способности целенаправленно ставить вопросы. Пациенту кратко рассказывают о четырех формах переработки конфликтов, а затем ему задают вопросы: «Что произошло с вами, вашей семьей и вашим окружением за последние пять лет? Как вы разрешали проблемы?» При этом терапевт принимает во внимание время возникновения симптомов или их усиления. Кроме того, пациенту рассказывают о значении микротравм в развитии проблем.

Механизмы реакции на конфликты. Какое влияние проблемы излишнего веса оказывают на общее благополучие, профессиональную деятельность партнера, на семью и другие межличностные отношения, как они меняют планы на будущее? Какое значение имеют тело и здоровье, профессия и работа, социальные контакты, общественные события для пациента и его семьи?

Модели для подражания. Терапевт с пациентом совершают «путешествие в прошлое», исследуя корни конфликтов: отношения с отцом, матерью, братьями, сестрами и другими значимыми лицами в детстве; идеал родителей, брак родителей, контакты с внешним миром, «жизненную философию» родителей, семейные девизы, обычаи.

Актуальные способности. Какие конфликты оказывают постоянное травматическое воздействие? Какое влияние это оказывает на психодинамический, семейный и социальный аспекты?

Задача терапевта – прояснить содержание конфликта и его динамику

во всех трех аспектах. Например, если пациентка страдает анорексией (сфера «тело/ощущения»), терапевт при помощи позитивной интерпретации (например, «способность разделить тяготы голодающих в мире»), транскультурного сравнения, поговорок и притч исследует актуальные способности, которые содержательно связаны с симптомом (например, неверность партнера), как пациентка на это реагирует (механизмы реакции на конфликты) и когда она обучилась так реагировать (модели подражания). Стоит оценить результаты с точки зрения пациентки, но одновременно исследовать и точку зрения партнера. Что, например, означает лишний вес жены для партнера, какое влияние оказывает на его профессиональную деятельность, контакты и перспективы на будущее? Какое значение имеет «верность» или «неверность» для партнера и какие стереотипы наблюдаются у него? На этой основе терапевт анализирует конфликт, учитывая партнерские отношения, независимо от того, присутствует второй участник конфликта или нет.

Сферы переработки конфликтов. Напишите, в каких сферах у вас возникают проблемы? Как ваш партнер преодолевает свои проблемы?

Четыре модели для подражания. Кто был вашим кумиром? Какие отношения были у родителей к вам? Между собой? Как ваши родители относились к другим людям и социальным группам? Как они относились к вопросам религии и мировоззрения? Что вы можете сказать о четырех моделях подражания вашего партнера?

Актуальные способности. Пациенту предлагают заполнить опросник (см. ниже), где он оценивает качества как самого себя, так и участника (или участников) конфликта. В качестве пояснения он должен привести описания соответствующей ситуации. На основании этого списка актуальных способностей можно установить, в каких поведенческих сферах пациент и его партнер обладают позитивными, а в каких негативными качествами.

Пояснение к опроснику: «Случаются ли у вас конфликты в сфере пунктуальности (аккуратности и т. д.)? Кто из вас – вы или партнер – придает больше значения пунктуальности (аккуратности и т. д.)?». Тут возможны различные модификации в зависимости от конкретной проблемы.

Опросник для исследования актуальных способностей (краткая форма)

Актуальные способности	Пациент	Партнер	Спонтанные комментарии
Пунктуальность			
Чистоплотность			
Аккуратность			
Послушание			
Вежливость			
Искренность/честность			
Верность			
Актуальные способности	Пациент	Партнер	Спонтанные комментарии
Справедливость			
Трудолюбие/деятельность			
Бережливость			
Надежность/точность			
Любовь			
Терпение			
Доверие/надежда			
Контакты			
Секс/сексуальность			
Вера/религия			

Оценка способностей производится следующим образом. Три плюса (+++) обозначают наивысшую оценку по данной категории, три минуса (---) означают, что данное качество выражено минимально («Он вообще не придает этому никакого значения...»), «+-» свидетельствует об индифферентности по отношению к определенной поведенческой сфере; «++», "+", "- «и» - " отражают степень значения. В первом чистом столбце («Пациент») отвечающий оценивает свои способности, в следующем – качества партнера. При необходимости сюда можно добавить дополнительные столбцы для оценки значимых других. Последний столбец предназначен для комментариев.

Концепции:

- Какие девизы или принципы были популярны в доме, где вы выросли?
- Какая концепция преобладает в вашей семье сегодня?
- Каковы концепции вашего партнера?
- Кто ваш любимый писатель?
- Какие из его высказываний приходят вам в голову и что они для вас означают?

- У кого вы лечились до настоящего времени?
- Как вы, ваш партнер, ваши родители, лечившие вас врачи относились к психотерапии?

Разногласия и анализ взаимодействия:

- В каких областях ваши взгляды расходятся со взглядами партнера, что приводит к возникновению конфликта?
- Как вы думаете, на какой из стадий (привязанность, дифференциация, отделение) вы находитесь? На какой находится ваш партнер?

Этап 3: ситуативное ободрение

Терапевтические акценты: развитие способности выделять относительно свободные от конфликта составляющие и позитивные аспекты симптоматики. Каковы позитивные аспекты этих явлений для вас и вашего окружения? Как вы преодолевали проблемы в прошлом?

Когда человек помнит о позитивных и вдохновляющих сторонах явления, ему легче сталкиваться и с явлениями, которые кажутся неприятными и негативными. В этом и заключается основной принцип ситуативного ободрения в позитивной психотерапии. Если партнер или семья постоянно сталкиваются с конфликтами и проблемами, то ситуация зачастую накаляется до такой степени, что становится неконтролируемой. Но когда терапевт интересуется тем, что объединяет семью, несмотря на все проблемы, он ободряет членов семьи и способствует восстановлению уже давно ушедших в прошлое позитивных отношений. Тем самым терапевт создает общую основу для конструктивного преодоления семейных конфликтов, даже если в конце концов это означает развод или решение расстаться.

Этап 4: вербализация

Терапевтические акценты: развитие способности целенаправленно обращаться к не до конца пережитым событиям и конфликтам.

«Какие проблемы еще открыты для вас, какие две-три следует решить в ближайшие месяц или полтора?» Техники позитивной психотерапии конкретизируют те конфликты, которые до сих пор оставались несформулированными или неосознанными, затем (по возможности – вместе со всеми участниками конфликта) вырабатывается соответствующая стратегия поведения. Терапевт спрашивает о возникновении конфликтов, их частоте, времени и месте возникновения. Затем он выясняет, какие актуальные способности в этом участвуют («Какое отношение это имеет к справедливости, бережливости?» и т. д.).

На предыдущих этапах терапевт старался расшатать жесткие позиции,

а также создавал ситуативные предпосылки для понимания, теперь же начинается непосредственное обсуждение проблемы: у каждого ее участника расширились представления о происходящем и каждый с помощью техник терапии уже нашел тот язык, который можно использовать для решения конфликта. Старый язык, который полностью исключает чувства или состоит лишь из стереотипов, отражал нарушение межличностных отношений. Чтобы улучшить взаимоотношения, пациент начинает поддерживать отдельные положительные качества партнера, принимая во внимание связанные с ними свои собственные качества.

Относительность ценностей. Каждый человек обладает положительными и отрицательными качествами. Что является позитивным, а что негативным, часто невозможно определить однозначно: все зависит от концепций, которые определяют масштаб восприятия. То, что человек считает негативным, партнер может воспринимать совершенно иначе. Пациенту предлагают подумать, какие его ожидания и установки соответствуют важным элементам проблематичного поведения – как его собственного, так и партнера.

Ситуативное ободрение. «Не критикуйте партнера. Поощряйте его позитивное поведение в течение одной-двух недель (содержательно, коротко и быстро). Это создает основы доверия для партнерства. Недостаточно сказать: „Ты приятный человек“ или „У тебя красивые глаза“. Лучше дать описание конкретного поведения или способности».

Парадоксальное ободрение. «Поощряйте партнера даже при его проблематичном поведении. Поищите позитивные аспекты, которые имеют его „ошибки“ для вас и для него. Это изменит вашу точку зрения. Если вы, например, прежде всего замечали неаккуратность ребенка, то теперь вы увидите позитивные стороны его неаккуратности: его собственные представления о порядке и творческий подход к уборке».

Преодолевать сопротивление. «У вас может возникнуть вопрос: почему я должен ободрять партнера, с которым у меня конфликт, который меня злит и которого я охотнее бы наказал? Постарайтесь найти ответ на этот вопрос».

Психологическая прививка. "Займитесь аутогенной тренировкой, прогрессивной релаксацией или другими методами расслабления. В расслабленном состоянии, когда вы себя прекрасно чувствуете, представьте себе образно позитивные аспекты проблемного поведения. Например: «Мое переживание – это часть моего освобождения (моей разгрузки). Когда я чувствую себя подавленно, я могу оставить все мои обязанности, все напряжение и даже себя саму. Мое переживание – это противовес для моей

потребности быть все время лучшей и все время добиваться большего».

Притчи как психологическая прививка: Большая часть всех возможных концепций и контраргументов отражена в поговорках и притчах. Это пластичное, живое слово, где проблемы и нерешенные конфликты конкретизируются и вербализуются. Пациенту предлагают представить его концепции и контраргументы в форме притч и поговорок. «Мы не подходим друг другу, мы совсем разные люди» (концепция) – «Гусь свинье не товарищ». «Общая жизнь приносит нам успокоение. Противоречия делают нас продуктивными» (контраргумент) – «В спорах рождается истина».

Работа в партнерской, семейной или профессиональной группе

Терапевт дает пациенту следующие инструкции: "Вначале предложите партнеру (партнерам) описать свою проблему и выразить свои пожелания. Слушайте внимательно, будьте вежливы. Постарайтесь понять, какое значение имеет для него проблема, как давно она существует и как он ее преодолевает. Прежде чем давать советы, постарайтесь понять его концепцию и помогите ее понять и ему самому. Если он, например, употребляет алкоголь, что это значит для него?

Будьте искренним, конкретизируйте для партнера вашу собственную проблему.

- Как вы относитесь к ней?
- Какое значение имеет для вас конфликт?
- Чего вы хотите этим достичь?
- Где находится ваша болезненная точка?

Ищите возможные решения. Это совместный поиск возможностей преодоления проблемы. Как вам самим, так и вашему партнеру понадобится время, чтобы изменить свою точку зрения. Вы отвечаете за себя, а ваш партнер – за себя. Если вы честно сказали, что думаете о проблеме, партнер должен будет извлечь отсюда вывод. То же самое относится и к вам.

Правила беседы. Участники обязуются хранить содержание разговора в тайне. Не забывайте, что неуважение по отношению к партнеру вредит больше, чем откровенный разговор в подходящий момент. Неуважение – это несправедливость по отношению к партнеру. Надо не упражняться в критике, а надо вовремя сказать, как можно сделать лучше.

Если такая работа проходит в семье, все ее члены регулярно собираются в условленное время, скажем, один раз в неделю. Или же семья может собираться лишь иногда, по отдельным конкретным поводам.

Можно использовать технику разделения обязанностей и обмена

ролями. При этом один из членов группы может временно принять на себя обязанности и ролевые функции, которые до сих пор выполнял другой член группы. Так, например, отец становится домохозяйкой, мать берет ответственность за планирование семейного бюджета, которая обычно лежит на главе семьи, дети выполняют те обязанности, которые обычно лежали на плечах родителей, например – ведение хозяйства, планирование, поддержку в форме советов.

Этап 5: расширение системы целей

Данный этап посвящен развитию способности вкладывать энергию не только в проблемы, но и в другие сферы жизни.

- Что бы вы сделали, если бы у вас больше не стало проблем?
- О чем вы мечтаете?
- Чему бы вы могли научиться у людей, которые ведут себя иначе, чем вы?

Терапевт может сказать пациенту примерно следующее: «Умный торговец не станет вкладывать весь свой капитал в один-единственный проект. Он вложит его в различные проекты. Нарушение коммуникации обычно ведет к ограничению контактов. Партнера наказывают тем, что ему что-то запрещают или от него отстраняются. Следствием этого становится охлаждение или отчуждение в отношениях. Это процесс сужения цели. Для расширения цели надо осознать, что наши партнеры несут в себе целый ряд иных возможностей, помимо тех областей, которые в настоящий момент охвачены конфликтом. Основой для расширения цели служит контраргументация, или концепция расширения. Каждая встреча с партнером, который демонстрирует свои концепции, уже сама по себе содержит потенциал для расширения цели. Чему вы можете научиться у других людей, которые ведут себя иначе, чем вы?»

Пациент разрабатывает цели и пожелания на ближайшие 5 лет, 5 месяцев, 5 дней, эти цели следует оценить с точки зрения четырех сфер переработки конфликта.

Расширение системы целей. «Расширьте ваши цели в сфере актуальных способностей: к каким актуальным способностям вы до сих пор относились излишне строго? Осваивайте новые возможности в преодолении конфликтов: какие сферы были до настоящего времени недостаточно задействованы? Какие формы отношений вы считаете перспективными для себя и вашего партнера?»

Семейная, родительская или партнерская группа и обмен ролями продолжают. Однако на данном этапе эта техника нацелена не только на преодоление проблем, но и на раскрытие новых возможностей и поиск

целей на будущее.

Партнер не принимает участия. «Что вы будете делать, если партнер не сотрудничает? Не забывайте о том, что у вас есть собственная жизнь и собственные интересы. Вы живете не только для других, но и для себя. Зачастую партнеру требуется время, чтобы последовать вашему примеру. Задайте себе вопрос: почему мой партнер не хочет сотрудничать? При этом наверняка вы увидите недопонимание: партнер не хочет сотрудничать, потому что его застали врасплох или он нашел другой путь, который трудно принять мне, и т. п.».

Пятиэтапная модель не является жесткой схемой, в которую терапевт обязан втиснуть живой терапевтический процесс. Отдельные этапы не надстраиваются друг над другом статично, но взаимосвязаны динамичными изменяющимися отношениями. Кроме того, каждая встреча имеет структуру подобных пяти этапов. Это особенно относится к первой беседе, в процессе которой семья получает важнейший импульс для активизации самопомощи. Этим уже достигается значимая терапевтическая цель: семья сообща работает на основе пяти этапов в русле самопомощи. Терапевт больше не является «ведущим» семейной группы, а лишь «советником». Таким образом, иногда лечение завершается уже после первой беседы. Остается только самопомощь, которая продолжается всю жизнь.

Опросник «Четыре сферы переработки конфликтов»

Ф.И.О. _____ **№** _____

Тело/ощущения: первая сфера переработки конфликтов

1. Какие физические недуги вас беспокоят, какие органы у вас не в порядке?
2. Как вы расцениваете свой внешний вид?
3. Воспринимаете ли вы свое тело как врага или как друга?
4. Важно ли для вас, чтобы ваш партнер хорошо выглядел?
5. Какой из пяти органов чувств для вас особенно значим?
6. Какие микротравмы играют роль в возникновении гнева, страха или радости? На какой орган действует ваш страх?
7. Как реагирует партнер (ваша семья), когда вы больны? Как вы ведете себя, когда болен партнер?
8. Много или мало времени вам нужно для сна?
9. Задумываетесь ли вы перед сном о прошедшем и наступающем дне?
10. Какое влияние оказывают болезни на ваше восприятие жизни и ваше отношение к будущему?
11. Довольны ли вы своей сексуальной жизнью?

12. Уделяет ли кто-нибудь в вашей семье большое внимание хорошему внешнему виду, занятиям спортом и физическому здоровью? Занимаетесь ли вы и ваш партнер спортом?

13. Кто был с вами нежен, целовал и ласкал вас, когда вы были ребенком?

14. Какое значение имеет для вас нежность сегодня? Ощущаете ли вы недостаток нежности?

15. Придавали ли в доме, где вы выросли, большое значение вкусной и полноценной пище?

16. Какое значение имеет для вас курение? Как вы реагируете на курение партнера? Можете ли вы открыто высказать свое мнение по этому поводу?

17. Какое значение имеет алкоголь для вас, вашего партнера и вашей семьи?

18. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют и каким побочным действием обладают?

19. Какое значение имеют для вас и вашей семьи лекарства?

20. Как реагировали ваши родители, когда вы играли со своим собственным телом (например, сосание пальцев, мастурбация)?

21. Как вас наказывали (били, ругали, лишали еды, лишали нежности и ласки и т. д.)?

Профессия/деятельность: вторая сфера переработки конфликтов

1. Довольны ли вы своей профессией? Чем бы вы охотно хотели заниматься? Какая деятельность вам трудно дается? Какие ваши способности задействованы в этой сфере?

2. Важно ли для вас всегда добиваться успеха в деятельности?

3. В чем заключаются ваши главные интересы (физическая, интеллектуальная, художественная деятельность, руководящая работа и т. д.)?

4. Когда вы судите о человеке, насколько важны для вас его интеллигентность и социальный статус?

5. Нормально ли вы чувствуете себя, когда вам вдруг стало нечего делать?

6. Легко ли вам признавать достижения других (партнера, детей, коллег)?

7. Придавали ли ваши родители особое значение трудолюбию и деятельности? Говорили ли вам ваши родители, почему вы что-то должны делать? Хвалили вас за успехи и как? Наказывали, если вы делали ошибки?

8. Какие переживания типичны для ваших школьных лет?

Контакты: третья сфера переработки конфликтов

1. Считаете ли вы себя общительным?
2. Как вы чувствуете себя в многолюдном обществе?
3. С какими людьми вам легко или трудно установить контакт?
4. Что, как правило, заставляет вас отказаться от приема гостей: не хватает времени; финансовые затраты; некоторых гостей приходится долго ждать; мысль, что вы неспособны достаточно хорошо встретить гостей (нечего предложить из еды); вы устали от работы и хотите, наконец, отдохнуть.
5. Как часто вы улыбаетесь своим коллегам по работе?
6. Как часто вы ходите в кино, с кем?
7. Как часто вы бываете у родителей, братьев и сестер, родственников и друзей или же приглашаете их к себе? Каковы ваши отношения со своими родителями и родителями партнера? Отношения партнера со своими и с вашими родителями?
8. Обращаете ли вы особое внимание на то, что скажут или могут подумать «люди»? Каких актуальных способностей это касается (например, бережливость, аккуратность)?
9. Кто из вас, вы или ваш партнер, общительнее?
10. Кто из ваших родителей общительнее?
11. Когда к вашим родителям приходили гости, разрешали ли вам находиться среди взрослых и участвовать в разговорах?
12. Когда вы были ребенком, у вас было много друзей или вы были одиноки?
13. К кому вы могли или можете обратиться, когда у вас проблемы?
14. Насколько ваши родители ценили хорошие манеры и вежливость?

Фантазии/будущее: четвертая сфера переработки конфликтов

1. Часто ли возникают у вас и у вашего партнера хорошие идеи? Кто из вас уделяет больше внимания фантазии? Считаете ли вы себя пессимистом или оптимистом?
2. Как часто вы и ваш партнер смеетесь? Когда вы в последний раз плакали?
3. Чему посвящены ваши фантазии: телу (пища, сексуальность, сон, спорт, уход за телом), профессии (успехи, неудачи), общению с другими людьми, будущему (желание, утопии), мировоззрению, религии?
4. Охотно ли вы отдаетесь воспоминаниям? Задумываетесь ли вы о будущем? Охотно ли вы читаете фантастику?
5. Какие качества партнера имеют наибольшее значение в ваших фантазиях? Какие актуальные способности значимы для фантазии?

6. Задумываетесь ли вы иногда, какой бы могла быть ваша жизнь с другим партнером, что бы было, если бы у вас была другая профессия?

7. Если бы вы на неделю могли поменяться местами с кем-нибудь, с кем бы вы поменялись? Почему? Если бы вы на один день стали невидимы, как бы вы это использовали?

8. Как вы относитесь к искусству (живопись, музыка, литература)? Рисуете ли вы сами? Что вы изображаете на своих картинах?

9. Кто из ваших родителей уделял больше внимания религиозным и мировоззренческим вопросам? Существовало ли между родителями единое мнение об этих вопросах? Были ли у ваших родителей трудности во взаимоотношениях с окружением, связанные с их религиозными или мировоззренческими позициями?

10. Кто из ваших родителей молился? Кто молился вместе с вами? Кто интересовался такими вопросами, как жизнь после смерти, смысл бытия, сущность Бога и т. д.? Какое значение имеют эти вопросы для вас?

11. Какое представление имели вы, будучи ребенком, о религиозных и общественно-политических событиях? Какое влияние оказывают ваши религиозная и мировоззренческая позиции на воспитание детей, выбор партнера и отношение к окружающим людям?

12. Какова была цель жизни ваших родителей? Какова ваша цель?

13. Как вы относитесь к сторонникам иной веры или других мировоззренческих убеждений?

14. Верите ли вы в жизнь после смерти? Если да, как вы ее себе представляете? Как часто вы ходите на кладбище?

15. Что бы вы сделали, если бы у вас не стало проблем? Как бы вы стали тогда жить? Каковы ваши цели на ближайшие 3–5 лет (месяцев, недель, дней)?

Позитивная психотерапия пищевого поведения

Нервная анорексия и булимия

Позитивная интерпретация : способность обходиться малыми средствами, способность разделить тяготы мирового голода.

Пословицы и народная мудрость: Перебить аппетит (всякая охота пропадает); я сыт по горло; кожа да кости остались; надоело до тошноты, с души воротит; голод – лучший повар; у него голодные глаза.

Актуальный конфликт . При анорексии и добровольном голодании речь идет скорее не о заболевании отдельного человека, а о заболевании всей семьи, где пациент становится носителем симптома. Своей болезнью он выражает то, от чего страдает вся семья, однако этого никто не смеет произнести вслух, а может быть, не осмеливается и думать об этом.

Поэтому пациента можно считать самым сильным членом семьи, ведь именно он, ставя под угрозу свою жизнь, отваживается обнажить семейные проблемы и социальную несправедливость. Сила этого с виду слабого и беспомощного человека проявляется в той настойчивости, с которой тот отказывается от приема пищи и выражает протест, а также в его честолюбии, активности и железном самоконтроле.

Базовый конфликт. Для семьи анорексика характерно прочное финансовое положение. В этих семьях (хотя бы один из родителей) высоко ценят аккуратность, опрятность, вежливость, достижения, а в религиозной сфере – послушание. Установки по отношению к телу, чувственности и сексуальности, как правило, односторонние, с тенденцией «одухотворения» и отказа от материального. Таковую семью иногда называют «аскетической». Тут не допускаются радости чувственных, «инстинктивных» прелестей жизни и нежности. Любовь направлена лишь на достижения и благополучие, у людей нет времени друг для друга, а контакты с внешним миром ослаблены. Здесь доминируют концепции типа: «Делу время – потехе час», «Если ты что-то умеешь, тогда ты что-то из себя представляешь», «Все, что на столе, следует съесть» и «Что скажут люди?»

Актуальные и базовые концепции. Когда выросшие дети, обретая самостоятельность, покидают свой дом, неизбежно появляется конфликт между домашним воспитанием и их собственными желаниями и установками. Появление соматического симптома для них не «бегство», а скорее драматичное действие, видимое для всех восстание против конвенций и конформизма и демонстрация автономии. Иногда симптом отражает семейные конфликты (ощущение несправедливости: «Почему именно я?»), а в других семьях это реакция на социальную несправедливость (например, голод в мире). Физическая реальность болезни вызывает позитивную реакцию семьи: им приходится признать наличие проблемы и пересмотреть свои концепции. Таким образом, позитивная психотерапия видит в анорексии не столько болезненное отсутствие аппетита или стратегию избегания, сколько способность при помощи голодания обратить внимание на что-то в себе или в окружающем мире. Страдающие анорексией, с одной стороны, своим примером показывают, какими малыми средствами может обойтись человек (аскетизм и одиночество), с другой стороны, они выражают альтруизм и готовы разделить судьбу голодающих в мире.

Пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нервной анорексии и булимии

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Какие симптомы и жалобы предшествовали заболеванию? Где и как пациент лечился до настоящего времени? Какие разъяснения давались ему в отношении заболевания?

Позитивная интерпретация, первое появление симптомов, факторы, способствовавшие началу заболевания, транскультурные аспекты, пословицы.

Ступень 2: инвентаризация

События жизни, актуальный конфликт. Какие события произошли с пациентом в последние 5-10 лет? Как пациент их перерабатывал? Пациент должен вспомнить как минимум 10 событий.

Четыре формы переработки конфликтов. Какое влияние оказали эти события на общее чувство благополучия, профессию, партнерские отношения, семью и другие межличностные отношения, а также на перспективы на будущее? Какие формы переработки конфликтов преобладают?

Микротравмы. Какие факторы оказывают микротравмирующее действие?

Модели для подражания («путешествие в прошлое» – базовый конфликт). Как было принято решение реагировать на конфликты и события именно таким способом? Какие концепции и симптомы существовали в семье в нескольких поколениях (становление концепций, детство, жизненная философия)?

Ступень 3: ситуативное ободрение

Какое позитивное влияние оказывают события и жизненные концепции на пациентку и ее семью? Терапевт обращает внимание на позитивные (относительно свободные от конфликта) сферы жизни пациента и его семьи и поощряет их развитие.

Способность идентифицироваться с другими и чувствовать их переживания формируется на основе восприятия нашего органического единства с обществом. Безусловно, один из аспектов болезни – стремление пациентки к этому чувству общности, однако они не могут его достичь в полноте или в желаемой форме. Следует заметить, что развод родителей, разлука с партнером и чуткость к вопросам несправедливости в жизни семьи и в мире играют важную роль в патогенезе анорексии, и эти вопросы обсуждают в процессе терапии.

Ступень 4: вербализация

Какие еще проблемы следует решить? Какие три проблемы пациент хотел бы затронуть в ближайшие 3–5 недель? Проблемы и неразвитые стороны жизни конкретизируются и вербализуются, обсуждаются также

правила коммуникации в семье.

Актуальная способность : справедливость. Справедливость – это поиск баланса интересов в отношении себя и других. Несправедливым кажется отношение, продиктованное личными предпочтениями и антипатиями или частными интересами. Общественный аспект этой актуальной способности – социальная справедливость.

Каждый человек обладает чувством справедливости. Способ обращения окружающих с ребенком, их справедливость в отношениях с ним, с его братьями и сестрами и друг с другом отражается в личном отношении ребенка к справедливости. Справедливость без любви видит только достижения и сравнивает; любовь без справедливости теряет контакт с реальностью. Следует научиться соединять справедливость и любовь.

Терапевт задает ряд вопросов на эту тему: «Кто из вас больше ценит справедливость, в каких ситуациях и по отношению к кому? Считаете ли вы своего партнера справедливым (по отношению к детям, братьям и сестрам, другим людям, вам лично)? Как вы реагируете на несправедливое отношение (на работе, в семье)? Были ли у вас проблемы на почве несправедливости (когда кого-то предпочитали вам)? Кто из ваших родителей больше обращал свое внимание или внимание ваших братьев и сестер на справедливость?»

Ступень 5: расширение целей Каковы цели пациента и его семьи на ближайшие 3–5 лет (месяцев, недель, дней)? Что бы он стал делать в отношении здоровья, профессии, семьи и общества, если бы у него не стало больше проблем?

Опросник к анорексии и булимии

1. Бывают ли у вас такие состояния, как будто в желудке появилась «ненасытность» или вам «перебили аппетит»? Бывает что-то противно «до тошноты», что вы чем-то «сыты по горло»? Приходят ли вам на память еще какие-нибудь пословицы или крылатые выражения, связанные с подобными состояниями?

2. От кого вы впервые узнали о своем заболевании?

3. Знаете ли вы, что длительное соблюдение «диеты» может стать причиной избыточной массы тела в последующем, так как при возвращении к обычному режиму питания жировые клетки не только заполняются, но и начинают размножаться?

4. Регулярно ли вы принимаете предписанные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие тут возможны побочные эффекты?

5. Знаете ли вы, как относятся к еде люди других культурных традиций?

6. Какое место занимают в вашей жизни школа, профессия, достижения?

7. Обсуждаются ли в вашем кругу другие темы, помимо профессиональных проблем?

8. Важно ли для вас, «что подумают люди»?

9. Цените ли вы в профессиональной деятельности аккуратность, опрятность, достижения, послушание, бережливость, обязательность?

10. Правда ли, что признание – это награда лишь за добродетельное поведение и достижения?

11. Портится ли у вас аппетит, когда вы находитесь в кругу семьи? Положительно ли относится ваша семья к вкусной трапезе, к нежности? Или это «аскетическая» семья?

12. Важно ли для вас, как выглядит ваш партнер? Каким вы представляете себе партнера? Какими качествами он должен обладать, чтобы быть вам приятным?

13. Интересует ли вас проблема голода в мире?

14. Что бы вы стали делать, если бы вдруг нас всех постиг голод?

15. Каковы ваши духовные и культурные потребности? Можете ли вы представить себе интеграцию духовных и материальных потребностей в повседневной жизни?

16. Задумываетесь ли вы о глобальном будущем человечества (война и мир, экологический кризис и т. д.)?

17. В чем для вас смысл жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл лишнего веса и смерти, жизни после смерти)?

18. Удастся ли вам видеть, что ваши страдания дают вам шанс познать неведомые до сих пор сферы?

...

Притча: «Лечение бреда»

Когда король Амирнуэ Самани умер, ученые воспользовались возможностью плести сети интриг вокруг ненавистного им Авиценны. Тогда Авиценне не оставалось ничего другого, как покинуть город Горган и направиться в Рей, принадлежавший династии Аиламина. Рей был под властью короля Мадудельдовля.

Повелитель страдал меланхолией и анорексией. Авиценна решил помочь ему одним весьма своеобразным способом. Древнеперсидский поэт описывает это лечение так:

Господин считал, будто он – корова, полностью позабыв, что он человек. Поэтому он мычал и умолял: «Придите, убейте меня и съешьте мое мясо». Он ничего не ел и отсылал обратно все подаваемые ему блюда: «Почему вы не отведете меня на зеленый лужок, где я мог бы поесть, как настоящая корова?» Так как он ничего не ел, то от него остались уже лишь кожа да кости. Никакие методы лечения не помогали, и тогда решили спросить совета у Авиценны. Тот попросил сказать правителю, что к нему придет мясник, чтобы убить его, разделать его тушу и раздать мясо людям. Когда пациент услышал эту новость, он чрезвычайно обрадовался и с нетерпением стал ждать своей смерти. В условленный день Авиценна пришел к королю. Он размахивал огромным ножом и кричал страшным голосом: «Где эта корова? Я, наконец, зарезу ее!» Король протяжно замычал, чтобы мясник понял, где его жертва. Авиценна громко приказал: «Принесите сюда животное, свяжите его, чтобы я мог отрубить ему голову». Но прежде чем приступить к работе, он проверил, как это делает каждый мясник, бедра и живот приведенного на бойню животного на количество мяса и жира и громко закричал: «Нет, нет, эта корова еще не готова для бойни! Она такая тощая! Заберите ее и дайте ей поесть. Когда она наберет хороший вес, я приду и зарезу ее». В надежде поскорее быть зарезанным пациент стал есть все, что ему приносили. Он стал набирать вес, его состояние улучшалось, и под наблюдением Авиценны он полностью освободился от своего недуга.

Ожирение

Позитивная интерпретация: способность здесь и теперь доставить себе что-то приятное

Пословицы и народная мудрость: Лучше полный желудок, чем полный

рот забот; ненасытная утроба (загребущие руки); проглотить обиду; обрасти заботами; еда и питье тело с душой связывают (ср.: живот крепче – на сердце легче); путь к сердцу мужчины ведет через желудок.

Концепции позитивной психотерапии и ожирение

При быстром похудении жировой слой не исчезает, снижение веса при этом происходит главным образом благодаря обезвоживанию. Склонность к ожирению часто бывает наследственной, но массу тела можно регулировать. Ожирение бывает следствием серьезного органического заболевания менее чем в 5 % случаев (синдром Кушинга, гиперинсулинизм, аденома гипофиза и др.), но и здесь степень ожирения поддается контролю. И хотя пациенты любят приписывать ожирение органическим причинам («железы не работают»), психические и психосоциальные факторы играют тут решающую роль. В дополнение к режиму диеты или курсу голодания следует задаться вопросом, что заставляет человека есть больше, нежели необходимо. Возможно, это связано с опытом раннего детства, когда еда является чем-то большим, чем просто питательные вещества (например, внимание матери, «усыпление» потребностей, уменьшение неудовольствия), а также с концепциями, которые человек усваивает в процессе воспитания: «Ты должен хорошо есть, чтобы стать большим и сильным», «Пусть лучше лопнет плохой живот, чем пропадет хорошая еда». Принцип «Человек есть то, что он ест» придает процессу принятия пищи особое значение. Общение, внимание, защищенность и надежность отражает принцип «Путь к сердцу мужчины лежит через желудок». Пятиступенчатая позитивная психотерапия при помощи позитивного подхода и содержательного анализа (осознание пищевых концепций) создает основы для терапии. Ожирение тут понимается как положительное отношение к Я, как актуализация ощущений, прежде всего вкусовых и эстетических, как щедрость и широта натуры, как приверженность устоявшимся традициям питания («Хорошего человека должно быть много»).

Опросник к ожирению

1. Есть ли у вас впечатление, что вы часто «едите себя за что-то»? Думаете ли вы, что «путь к сердцу ведет через желудок»? Собираете ли вы «забот полный рот»? Считаете ли, что «все полезно, что в рот полезло»? Приходят ли вам на память другие пословицы и крылатые фразы по поводу лишнего веса?

2. Думаете ли вы, что каждый человек обладает своим собственным балансом, к которому он возвращается, несмотря на любые диеты? Знаете ли вы, что диета может стать причиной последующей избыточной

полноты? Что проблемы с массой тела нельзя решить только диетами, не заботясь одновременно о других причинах?

3. Регулярно ли вы принимаете предписанные лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, чего от них ожидать и какие тут возможны побочные эффекты?

4. Есть ли у вас профессиональные проблемы, которые вы компенсируете едой? Каких актуальных способностей они касаются?

5. Что должен был бы делать партнер, чтобы вы похудели?

6. Скрепляет ли «еда душу и тело» для вас или вашего партнера?

7. Возникает ли во время еды «утихание» потребностей, уходит ли чувство неудовольствия, как это бывает у маленьких детей?

8. Едите ли вы на людях так же, как и другие, так как вам стыдно просить добавки или лакомого кусочка?

9. Что бы вы стали делать, если бы у нас наступил голод?

10. Надеетесь ли вы, что проблема голода в мире в обозримом будущем будет решена? Что вы можете сделать для этого?

11. Можете ли вы при помощи части денег, потраченных на еду, удовлетворить другие потребности или потребности других людей (например, образование, обустройство жилья, досуг, путешествия, прием гостей, пожертвования)?

...

Притча: «Разделение обязанностей»

Один торговец праздновал новоселье. Гостей потчевали щедро. На длинном столе стояли блюда с испускающим пар рисом, кабачками и баклажанами, ароматными супами, где плавали нежные белые куриные грудки. Были выставлены виноград, арбузы, огурцы и апельсины. Графины с различными соками должны были утолять жажду гостей. Все наслаждались этими великолепными яствами. Прежде всего мулла. Он набивал рот до отказа, а чтобы пища лучше влезала в утробу, запивал ее соком. Он запихивал себе за обе щеки так много еды, что его лицо в конце концов приобрело форму арбуза. «О мулла, – обратился тут к нему один из гостей, – разве ты хочешь лишить себя жизни, что так много и быстро ешь?» С полным

ртом, и при этом еще откусывая кусок от сочного ломтика арбуза, мулла возразил: «Что сказал нам пророк? Он сказал: „Ешьте и пейте!“ Я делаю только то, что велел пророк». "Но Бог и его пророки говорили также: «Знай меру!» – отвечал ему гость. На это мулла возразил, пожав плечами: «Я ведь не единственный правоверный, вы все тоже правоверные! Одну часть завета: „ешьте и пейте!“ выполняю я, другую – „знайте меру!“ должны соблюдать вы». Так сказал мулла и положил себе в рот еще горсть виноградин.

3.8. Гештальт-терапия

Гештальт-терапия (нем. *Gestalt* – образ, форма, структура) традиционно рассматривается как один из эффективных методов терапии работы с широким спектром внутренних и межличностных конфликтов. Благодаря целостному взгляду на человека, где его психологическое, биологическое и социальное существование рассматривается как единство, парадигма гештальт-терапии плодотворно применяется для понимания и терапии психосоматических расстройств, в том числе коррекции пищевого поведения и избыточного веса.

Целью терапевтической работы является устранение препятствий к развитию человека и стимуляция его роста, реализация его возможностей и устремлений за счет создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность человека к саморегуляции уникальна и для нее не существует адекватной замены. Поэтому особое внимание тут уделяется развитию способности пациента принимать решения и делать выбор. Внимание и активность терапевта направлены на расширение и обогащение сознания пациента и развитие способности ощущать контакт с окружающим и внутренним миром. Особое внимание тут уделяют осознанию различных установок, паттернов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом, а также раскрытию их значения и функций в настоящее время.

К основным понятиям гештальт-терапии относятся: фигура и фон, осознание и сосредоточение на настоящем, полярности, защитные функции и зрелость. В основе любых нарушений лежит ограничение способности к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организма. В гештальт-терапии выделяют пять наиболее часто встречающихся форм нарушения взаимодействия между индивидом и его окружением, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития, рассеивается или получает неверное направление, это интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и слияние. Данные виды нарушений часто называются сопротивлениями или защитными механизмами.

Сопротивление относится к тем силам в психике пациента, которые противодействуют терапевтической работе, неизбежно связанной с

неприятными переживаниями. Клиент, обратившийся за помощью к терапевту, обычно выражает свое стремление решать проблемы и на рациональном уровне готов к сотрудничеству. Однако любой клиент, независимо от того, насколько сильна и реалистична его мотивация, проявляет амбивалентность в своем желании измениться. Любой человек, даже стремящийся к росту и развитию личности, не склонен встречаться с болезненными аффектами, неприятными воспоминаниями и конфликтующими импульсами. В терапии всегда необходимо определенное мужество, чтобы лицом к лицу столкнуться со своим несовершенством и эмоциональным дискомфортом, болезненными воспоминаниями и чувствами.

Гештальт-подход расценивает сопротивление не как кожуру, под которой скрыто истинное Я, не как дурную привычку, но как само Я. Сопротивление – это и есть Я, причем жизнеспособное. Для гештальт-терапевта борьба с сопротивлением означает борьбу с целостным Я. Выражающее себя через сопротивление Я обычно не полностью осознано и не полностью принято клиентом, поэтому оно действует автоматически и непоследовательно. Другими словами, сопротивление не является предметом осознанного выбора и не позволяет человеку творчески адаптироваться к условиям окружающей среды.

Таким образом, в гештальт-терапии сопротивление осознается и выражается в его полноте от имени Я клиента – происходит отождествление с сопротивлением, а его принимают как выражение Я. Поэтому сопротивление рассматривают как важную функцию целостного организма.

К основным техникам гештальт-терапии относятся следующие:

- расширение осознания;
- интеграция противоположностей (конфликтующих частей личности);
- усиление внимания к чувствам;
- работа с мечтами (фантазией);
- принятие ответственности;
- преодоление сопротивления (работа с интроекцией, проекцией, ретрофлексией и слиянием).

Для работы с психосоматическими расстройствами наиболее значимы следующие принципы гештальт-подхода (Гронский, 2001):

1. Принцип целостности – человек представляет собой целостный организм в единстве его биологических, психологических, социальных и духовных аспектов (является единым гештальтом), и, что не менее важно, он представляет единый гештальт с окружающей средой (поле организм/

среда).

2. Принцип равновесия – здоровый организм способен поддерживать гомеостатическое равновесие со своей средой, то есть способен, используя окружающую среду, удовлетворять свои значимые потребности.

3. Принцип творческого приспособления – здоровый организм приспосабливается к изменяющимся условиям среды, находя возможности для удовлетворения своих нужд (Перлз, 1996; Робин, 1998).

Согласно теории гештальт-терапии, симптомы возникают тогда, когда человек находится в поле, где фрустрируются его значимые потребности, такие как материальное благополучие, социальный статус, физическая безопасность, удовлетворяющие межличностные отношения и т. д. Гомеостатическое равновесие нарушено, причем на данный момент человек неспособен удовлетворить потребности и восстановить нарушенный баланс. В связи с этим первоочередной задачей психологической помощи становится создание поля, в котором хотя бы частично могут получить удовлетворение некоторые потребности пациента: потребность в безопасности, внимании, уважении и др.

Другая часть коррекционной работы – это осуществление собственно психотерапевтического процесса. Гештальт-терапия является одним из типов личностно-ориентированной психотерапии. В связи с этим она эффективнее при работе с пациентами, для которых очевидна связь между их психологическими переживаниями и проявлениями соматического заболевания.

В условиях ограниченного времени работы принципиально важно сфокусироваться на наиболее актуальных проблемах пациента. Это может быть реакция на травмирующее событие (развод, смерть близких, изменение финансового или социального статуса и т. п.), приведшая к декомпенсации, или устойчивый паттерн дезадаптации, порождающий состояние хронического дистресса. Главными целями индивидуальной психотерапии являются исследование наиболее значимых фрустрированных потребностей, которые привели к психическим и психосоматическим нарушениям, и поиск альтернативных вариантов поведения, которые позволят удовлетворить эти потребности. Возможна также работа над отказом от потребности, которую удовлетворить невозможно (например, стремление вернуть супруга), и сопутствующими чувствами. Так достигается «завершение гештальта» и возникают условия для осознания жизненных возможностей, которые остаются доступными. Наиболее явные клинические улучшения при такой работе происходят у пациентов с нарушениями адаптации (Гронский, 2001).

В гештальт-терапии существует и своя стратегия работы с соматическими и психосоматическими заболеваниями. Эта работа включает четыре этапа:

1. Генерализация проекции. Скажем, пациенту предлагается побыть своим лишним весом и поговорить от его имени. Можно расспросить пациента о характере лишнего веса, попросить его описать.

2. Проявление активной нереализованной потребности, стоящей за симптомом, осознание этой потребности. Тут акцентируется позитивный аспект лишнего веса («Что ты можешь дать мне ценного и необходимого, без чего я не могу обойтись?»).

3. Выражение заблокированного чувства, осознанной потребности по отношению к окружению.

4. Интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

При работе с пациентом следует проанализировать функциональное значение лишнего веса, степень его жизненной важности, то есть выяснить, что для него значит лишний вес, в чем заключается личностный смысл избыточного веса для окружения, семьи, какое экзистенциальное послание может скрываться за этим симптомом и какими альтернативными путями его можно передать окружающим.

На социально-психологическом уровне исследуется функционирование симптома в системе межличностных взаимодействий и контактов с макросистемами. В межличностном плане исследуется регулятивная роль симптома в отношениях пациента с окружением и терапевтом. Вслед за психоанализом гештальт-терапия уделяет значительное внимание тем явлениям, которые являются общими для контекста «там-и-тогда» (жизненные отношения) и контекста «здесь-и-теперь» (отношения терапевт-пациент). Важную дополнительную информацию дает понимание социальных и правовых последствий лишнего веса и социокультурного смысла симптома.

Гештальт-терапия воспринимает тело как Я, то есть телесные процессы рассматриваются в контексте целостной личности, а не как изолированные феномены. Если же посмотреть на личность с точки зрения целостности, то любой процесс (симптом, конфликт или жизненная тема) является частью целого, которое включает в себя и соматические или физиологические аспекты. При этом любой соматический симптом – это не только физические ощущения и проявления, но и эмоциональная проблема, а также застывшая форма поведения (Булбаш, 2004).

Целью холистического гештальт-подхода является обретение

целостности. Этому нельзя научить, целостность можно только обрести в процессе терапевтической работы. Для того чтобы это стало возможным, необходимы некоторые условия (Кепнер, 1996):

1. Достаточная степень осознания тела и телесных ощущений. Телесные ощущения являются существенными данными о себе, которые создают целостность.

2. Достаточная степень осознания взаимосвязи между Я и актуальными проблемами жизни («это не случается со мной, я имею к этому отношение»).

3. Представление о взаимосвязи между телесными процессами и психическими явлениями. Часто изначально такого представления у клиента вовсе нет или он просто принимает его на веру (от психотерапевта). Однако когда осознание тела и собственного психологического функционирования увеличивается, появляется и ощущение этой связи, а существовавший прежде интроект (чужое мнение) становится личным убеждением, основанным на опыте.

Индивидуальная телесная структура – это результат адаптации человеческого организма к условиям жизни, и ее рассмотрение в этом контексте важно для терапевтической работы. Каждый человек имеет свою неповторимую семейную историю, историю вынужденных контактов с людьми, несимпатичными или опасными, уникальный жизненный опыт и чувство себя. Во многом история формирует устойчивые паттерны, причем не только паттерны мышления и аффектов, но и то, как мы физически реагируем, двигаемся и дышим. В основе телесной структуры обычно лежат незавершенные ситуации или «первичный сценарий» – комплекс ситуаций, относящихся к семейной истории до и после рождения ребенка (Rand, Fewster, 1995). Эти телесные паттерны, продукт детского опыта, проявляются «здесь и сейчас» в ходе терапевтической сессии. Переживания, первоначально возникшие в контакте с матерью, становятся интроектами и проецируются на тело, формируя паттерн обращения со своими телесными проявлениями (Хломов, 2000). Осознание незавершенной ситуации или первичного сценария как «устарелого» ответа на новую ситуацию дает возможность найти альтернативный ответ, удовлетворяющий актуальную потребность клиента.

Защитной реакцией ребенка на травму отвержения или вторжения является нарушение осознания своего тела («расщепление ума и тела»). Эта травма препятствует установлению здоровых границ, вместо которых конструируются защиты, создается дистанция от внешней угрозы и собственных неприятных чувств. Хронически повторяющаяся первичная

травма застывает в теле в виде его структуры. Чувствительность, ответственность и адаптивность сменяют повторяющиеся стереотипные позиции и поведенческие шаблоны.

Осознание тела и своих границ позволяет человеку полностью присутствовать при встрече с другими, быть максимально чувствительным и отзывчивым. Свободно расширяя и сужая свое энергетическое поле, люди с четкими границами могут определять степень, в которой они будут участвовать в данной ситуации, не убегая от нее. Люди с ясным чувством своих собственных границ в состоянии отстаивать свое физическое пространство, свою идентичность и принимать собственные чувства, быть спонтанными, говорить четкое «да» и «нет», а также принимать решения по поводу своих потребностей, оставаясь отзывчивыми к потребностям других людей.

Можно рассматривать структуру тела как «замороженный диалог» между конфликтующими сторонами Я. Этот диалог был остановлен потому, что одна из сторон конфликта взяла верх и был достигнут некоторый баланс между силой и слабостью. Подобным образом то, что поначалу представляло собой активную, живую борьбу между человеком и окружающей средой, при ретрофлексии превращается в борьбу между частями Я с господством одной из них.

Обычно у зависимых людей, в том числе и у пищевых аддиктов, наблюдается проблема расщепления на противоположности. Можно утверждать, что такой «раскол» – это основная составляющая нежелательной привычки. Одна сторона навязчиво чем-то злоупотребляет, другая терзается из-за проблемы, и обе взаимодействуют между собой не лучшим образом. В случае переедания это вполне очевидно. Женщина, которая попеременно то ест до рвоты, то голодает, действует в двух разных режимах. Одна сторона необузданна и стремится к удовольствиям, невзирая на последствия. Другая сторона отказывает себе в наслаждении и старается все делать правильно.

Такие резкие противоречия почти всегда связаны с тяжелыми травматическими происшествиями. Это обычно детские травмы, по меньшей мере – воображаемые. Скажем, маленькую девочку часто ругали и наказывали, внушая ей, что она должна хорошо себя вести и правильно кушать. Когда она не чувствует себя вправе получать наслаждение, неосознанная часть ее личности отщепляется, и теперь эта часть получает все удовольствие, но бесконтрольно, так как она не принимает ответственности за это.

При терапевтической работе проблема заключается в том, что

зависимая часть личности может как бы не присутствовать на сеансе. Именно «трезвая» часть решает, что ей нужна терапия, и терапевт, скорее всего, разговаривает с ней. Переедающей части нет, пока человек не начинает объедаться. А когда активна переедающая часть, она не думает об интересах «трезвой» части. Эту проблему можно решить только тогда, когда терапевт создаст условия для встречи двух этих полярностей.

Кроме противоположностей, есть еще один феномен, крайне важный для понимания и терапии нежелательных привычек – положительная цель. Мотивом привычного поведения людей в основном является какое-то положительное намерение или выгода. Это относится к подсознанию даже больше, чем к сознанию. Не бывает просто «плохих» привычек. И чтобы справиться с перееданием, следует выяснить, какие выгоды оно дает, и затем найти альтернативные способы добиваться тех же целей. Тогда задача терапии будет заключаться не в том, чтобы избавиться от переедания, а скорее в том, чтобы развивать какие-то дополнительные возможности.

Более подробно с теорией гештальт-терапии можно ознакомиться в следующих работах: Александров, 2000; Таланов, Малкина-Пых, 2002; Перлз, 1996, 2000; Перлз и др., 2001; Наранхо, 1995; Польстер, Польстер, 1999.

Приводимые ниже техники написаны в виде инструкций, которые психотерапевт дает пациенту.

Техники Техника 1. Развитие осознания

Упражнение 1

Попробуйте в течение нескольких минут составлять фразы, выражающие то, что вы в данный момент осознаете или замечаете. Начинайте каждое предложение словами «сейчас», «в этот момент», «здесь и сейчас».

Опишите, что происходит с вами и вокруг вас, начиная фразу каждый раз словами «сейчас я осознаю, что слышу (вижу, чувствую, думаю, вспоминаю, представляю)...».

Как только вы сказали «сейчас я осознаю, что...» о чем-либо, обратите внимание на ваш ответ: выбран ли он из нескольких возможных вариантов или же ваше внимание действительно занимал лишь один предмет.

Затем снова начните предложение со слов «сейчас я осознаю...», назовите то, что вы осознаете, и добавьте сюда слова: «...и нахожу это приятным (или неприятным)». Если вам трудно понять, приятно это или неприятно, попробуйте ответить наугад – и понаблюдайте, правильно ли выбрано слово.

Теперь попробуйте закончить предложение словами: «...и нахожу это

плохим (или хорошим)». Попробуйте совместить это упражнение с предыдущим, например: «Сейчас я осознаю, что... – нахожу это приятным и плохим».

Снова начните предложение со слов: «сейчас я осознаю, что вижу (слышу и т. д.)... – и я представляю, что это...».

Упражнение 2

Многие феномены не могли бы существовать, если бы не существовали их противоположности.

Придумайте несколько пар противоположностей, в которых каждое явление не может существовать без своей противоположности.

Упражнение 3

Взгляните на какую-нибудь повседневную жизненную ситуацию, какие-нибудь объекты или действия так, как если бы они представляли собой прямую противоположность тому, за что вы их обычно принимаете. Вообразите себя в ситуации, противоположной вашей собственной, где ваши склонности и желания прямо противоположны обычным. Рассмотрите объекты, образы и мысли, представляя себе, будто их функции или значения противоположны тому, чем вы их обычно считаете. Делая это, воздержитесь от обычных оценок: что хорошо и что плохо, что желательно и что нежелательно, что осмысленно и что глупо, что возможно и что невозможно. Стойте между противоположностями – точнее, над ними – в нулевой точке, сохраняя интерес к обоим полюсам, но не отдавая предпочтения ни одному.

Умение видеть противоположности, сохраняя беспристрастный интерес, развивает способность находить свои собственные оценки.

Упражнение 4

Представьте себе, что движения вокруг вас происходят в обратном порядке, как в кино, когда ныряльщик грациозно выпрыгивает из воды на трамплин.

Перемените функции на противоположные. При каких обстоятельствах на стуле можно есть, а на столе – сидеть? Астроном смотрит в телескоп на луну – а что если с Луны кто-то смотрит на него? Представьте себе, что потолок – это пол, переверните стены. Переверните картины вверх ногами. Представьте себе подводные лодки и рыб, летающих в воздухе. Дайте волю «шизофреническим» возможностям вашего воображения; вещи, о которых вы будете думать, не более странны, чем общепринятое мнение, что люди и общество в целом всегда ведут себя разумно.

Упражнение 5

Представьте себе, что было бы, если бы вы не встали сегодня утром с постели. Что случилось бы в определенной ситуации, если бы вы сказали «нет» вместо «да»? А если бы вы были на 10 сантиметров выше? Или весили на 10 килограммов меньше? Если бы вы были женщиной, а не мужчиной, или наоборот?

Если чего-то стало больше, значит, где-то еще его стало меньше. Вспомните что-нибудь, что вы получили, и подумайте, откуда это было взято? Что было бы, если бы вы этого не получили? А что если бы вы получили то, чего вам не досталось?

Если внимательно рассмотреть, что происходит, когда вы противопоставляете две ситуации или два явления, то вы увидите, что помещаете их в некоторый общий контекст. Выполняя дальше это упражнение, постарайтесь точнее представлять себе контекст. Например, «свежий» противоположен «тухлому», если речь идет о контексте «яйцо», а в контексте «новости» противоположностью будут «устарелые». Создание точного контекста улучшает вашу ориентацию. Вы начнете без специального усилия замечать связи, которые раньше приходилось искать.

Обратите внимание, как качество ситуации: отталкивающая она или привлекательная, радостная или трагическая – зависит от контекста. Если мысль о какой-то потере вызывает огорчение, подумайте, кто бы мог испытать радость от такой потери.

Упражнение 6

На некоторое время обратите внимание на какой-нибудь визуальный объект, например стул. Глядя на него, заметьте, как он проясняется, вырисовывается на мутнеющем фоне окружающего пространства и объектов. Затем переместите взгляд на какой-нибудь соседний предмет и понаблюдайте, как он, в свою очередь, «опустошает» фон.

Точно так же вслушайтесь в какой-нибудь звук в вашем окружении и понаблюдайте, как другие звуки становятся фоном. Наконец, «прислушайтесь» к какому-нибудь телесному ощущению, вроде боли или зуда, и понаблюдайте, как и в этом случае прочие ощущения отступают на задний план.

Упражнение 7

1. Динамика свободных взаимоотношений между фигурой и фоном может быть нарушена одним из двух путей:

а) фигура слишком зафиксирована во внимании, так что новый интерес к какому-то еще объекту из фона не возникает (именно это происходит, когда внимание имеет целенаправленный характер);

б) фон содержит точки сильного привлечения внимания, к которым

невозможно хотя бы на время потерять интерес, поэтому либо они будут действительно отвлекать на себя внимание, либо этот интерес необходимо подавлять. Исследуем каждый из этих случаев отдельно.

2. Пристально смотрите на какую-нибудь фигуру, стремясь смотреть только на нее, не отвлекаясь ни на что другое. Вы заметите, что скоро она станет неясной, а внимание начнет рассеиваться. С другой стороны, если вы позволите себе «играть» с фигурой, все время возвращаясь к ней от различных фрагментов фона, благодаря этим перемещениям фигура обретет цельность, станет четче и рельефней.

3. Выберите беспокойную ситуацию, например ожидание гостя или автобуса на остановке. Позвольте себе свободно видеть, слышать и воспринимать фигуры и фон в окружении, как в предыдущем эксперименте, то есть свободно переходить от одного к другому. Вы заметите, что возбуждение в ситуации беспокойства (например, возрастающая тревога по поводу того, что уже поздно, а тот, кого вы ждете, все не приходит) уменьшает интерес к другим вещам, уменьшает их притягательность. Продолжая наблюдать за происходящим вокруг вас (но без целенаправленной концентрации внимания на чем бы то ни было), позвольте себе осознать хаотическую бессмысленность окружающего. Замечайте свои сопротивления, слепые пятна и фантазии.

Упражнение 8

Дайте своему вниманию перемещаться от одного объекта к другому, отмечая фигуры и фон – и свои эмоции. Каждый раз выражайте эмоции словами, вроде: «мне это нравится» или «мне это не нравится». Разделите объект на части: «эта часть мне нравится, а эта не нравится». Наконец, дифференцируйте свои эмоции, например: «это вызывает у меня отвращение» и т. п.

Выполняя это упражнение, вы можете встретиться с такими сопротивлениями, как замешательство, смущение, опасение быть слишком грубым, слишком бесцеремонным или нескромным, а может быть, вы обнаружите в себе желание скорее быть объектом внимания, чем отдавать свое внимание. Если, когда вы таким образом смотрите на людей, сопротивление настолько сильно, что вынуждает вас прервать упражнение, на время переключите внимание на животных и неживые предметы.

Упражнение 9. «Ваше положение в пространстве»

Зафиксируйте ту позу, в которой вы находитесь, например, сидите так, как вы сидите, ничего не изменяя. Обратите внимание на то, как именно вы сидите, как держите руки. Через минуту найдите точки, где происходит соприкосновение двух частей тела, или где тело соприкасается с внешним

миром. Например, рука и подбородок. Дайте своему сознанию войти в руку, затем в подбородок. Попробуйте провести беседу между этими двумя частями.

Упражнение 10. «Ощущения тела»

Сосредоточьтесь на своих телесных ощущениях в целом. Дайте своему вниманию блуждать по различным частям тела, «пройдите» вниманием все тело. Какие части вы чувствуете? Отметьте боли и зажимы, которых вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Не старайтесь их устранить, пускай напряжение остается. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущение кожи. Чувствуете ли вы свое тело, связь головы с туловищем, ваши конечности?

Полностью ли вы осознаете себя? Какие «белые пятна», «пустоты» вы нашли в своем теле?

Упражнение 11. «Лицо»

Примите удобное положение, таким образом, чтобы ваша голова ни на что не опиралась. Закройте глаза и начинайте чувствовать свое лицо изнутри, просто отмечайте, что с ним происходит. Постепенно, после того как вы нашли какое-либо напряжение, усильте его там, где обнаружили, даже если это не совсем приятно. Обратите внимание, не напрягается ли какая-нибудь часть тела. Может быть, в голову приходит какая-нибудь мысль, появляется образ, воспоминание. Осознайте основную эмоцию своего тела. Лицо всегда «знает, что происходит».

Упражнение 12. «Жизнь без меня»

Когда забудешься, в первый момент кажется, будто застал мир, живущий без тебя. Представьте сейчас, что жизнь идет без вас, сама по себе. Посмотрите на нее со стороны... Теперь вернитесь к себе. Изменился ли мир в ваше отсутствие? Значимы ли вы в этой ситуации жизни?

Техника 2. Концентрация внимания на чувствах

Метод 1: Дифференциация и объединение

Упражнение 1

Оставаясь «здесь и сейчас», позвольте вниманию свободно играть с объектом, двигаться около него. Постоянно сдвигающиеся фигуры и фон помогут вам почувствовать, чем отличается внимание в состоянии смутного транса от живого участия.

Для примера давайте возьмем такой обычный объект, как карандаш. (Позднее сделайте подобное с любым другим объектом по вашему выбору.) Прежде всего обратите внимание на то, что карандаш – одна,

именно эта уникальная вещь. Конечно, существуют другие карандаши, но они другие, а не этот. Произнесите название – «карандаш» – и ясно почувствуйте, что вещь – это не слово.

Далее отметьте как можно больше качеств и особенностей этой вещи, которые ей присущи и ее отличают: цилиндр черной графиты, красноватое дерево, вес, твердость (дерева), мягкость (графита), его форму, окраску его поверхности, вытисненную на нем торговую марку, кусочек резинки, прикрепленный к нему полоской жести, и т. д., и т. п.

Теперь подумайте о его функциях и возможных ролях в окружении: им можно писать, им можно пользоваться как указкой, можно поковырять в зубах, его можно кусать при беспокойстве, наконец, его можно продавать (в магазине). Подумайте о его случайных ролях: он сгорит, если дом загорится, он попадет ребенку в глаз, если ребенок, бегая, на него наткнется, и т. д. Придумайте еще более экзотические ситуации: его можно подарить на Рождество, его могут съесть термиты.

По мере того как вы абстрагируетесь от уникальной вещи, этого карандаша, многих его качеств и функций, обратите внимание, как в деталях они связаны одна с другой, образуя структуру; например, как дерево жестко держит графит и его защищает, как рука держит деревянную оболочку карандаша и пр.

Вы можете увидеть в этом эксперименте различные уровни абстракции: свойство карандаша «быть таковым» – данного графита, заключенного в эту деревянную оболочку, покрытую этой желтой краской, отличной от всякой другой желтой краски в мире; далее – его очевидные функции, те, для которых он «предназначен»; далее – более случайные, даже фантастические способы его употребления. Постарайтесь собрать как можно больше подобных сведений и связать в одном переживании. Если объект порождает фантазии, не избегайте их, но все время возвращайтесь к данному объекту.

Упражнение 2

Попробуйте поэкспериментировать с картиной, которая вам нравится. Обратите внимание на линии и контуры, независимо от изображенных предметов; потом, отдельно, – на цветовые пятна и оттенки; проследите контуры основных фигур и структуру, которую они образуют.

Обратите внимание на структуру, создаваемую пустотами между контурами основных объектов. Рассмотрите структуры, создаваемые каждым цветом по отдельности, скажем, красным или голубым. Если картина создает иллюзию трехмерного пространства, последуйте за удаляющимися планами, отметьте, что находится на переднем плане, что –

на втором, что – вдали.

Отметьте игру света и тени. Обратите внимание на фактуру, на технику мазка. Лишь после всего этого посмотрите на то, что изображено: сцена, портрет, пейзаж и т. п.; обычно люди с этого начинают и фиксируют свое внимание только на этом.

Упражнение 3

Попробуйте проделать такой же эксперимент с музыкальным произведением. Если вы не привыкли к музыке или считаете себя «немузыкальным», обратите внимание прежде всего на то, как трудно вам вообще поддерживать контакт со звучащей музыкой: ее звуки скоро начинают казаться хаотическими, а вы впадаете в транс. В таком случае (лучше иметь возможность проигрывать звукозапись снова и снова) попробуйте следить за участием определенного инструмента или только за ритмом.

Потом обратите внимание исключительно на тембр. Попробуйте различить мелодию и аккомпанемент. Может быть, вы обнаружите, что там есть «подголоски», «дополнительные мелодии», которых вы раньше не замечали.

Попробуйте обнаружить то, что называют музыкальной гармонией – аккорды и их взаимосвязь, как вы ее слышите: где вы чувствуете неустойчивость, неразрешенность, необходимость продолжения, а где, наоборот, «разрешенность» и законченность. Если вы будете заниматься этим упражнением всерьез, в какой-то момент музыка неожиданно оживет.

Упражнение 4

Обратите внимание на чей-нибудь голос. Как он звучит? Монотонно? Изменчиво? На высоких тонах? Резко? Скрипуче? Мелодично? Слишком тихо? Какова артикуляция, легко ли понять произносимое? Не слишком ли громко его звучание? Течет ли речь свободно или в ней есть паузы, колебания, остановки? Форсированно? Легко?

Теперь задайте себе два вопроса: во-первых, какова ваша эмоциональная реакция на определенные качества этого голоса; раздражает ли вас то, что он слишком тихий, приводит ли в замешательство, что он слишком громкий, и т. п.

Второй вопрос: каково, по вашему мнению, эмоциональное состояние говорящего, что стоит за каждым из отмеченных качеств голоса? Он жалуется? Он угодливый? Сексуальный? Сердитый? Соответствует ли тон тому, что говорится? Не пытается ли говорящий вызвать в вас именно ту реакцию, которую вызывает его голос?

Можете ли вы таким же образом услышать свой собственный голос?

Это довольно трудно; известно, что, впервые услышав свой голос в записи, человек часто его не узнает; но если вы заранее знаете, что встретитесь с трудностями, это может увеличить успех попытки.

Упражнение 5

Теперь – так же, как вы это делали со зрением и слухом, но менее детально, – попробуйте рассмотреть в деталях «близкие» чувства: осязание, обоняние, вкус, чувствительность мышц. Вы заметите, что тут очень скоро появляются эмоции и возникает сопротивление или бегство от переживания. Столкнувшись с этим, не принуждайте себя продолжать упражнение, а переходите к следующим экспериментам.

Упражнение 6

Исследуйте свои привычки относительно пищи. На чем вы обычно сосредотачиваете внимание во время еды? На пище? На разговоре (так что даже забываете есть)? Чувствуете ли вы вкус только первого куса или продолжаете ощущать вкус до конца трапезы? Тщательно ли вы жуете? Отрываете ли кусок, захватив его зубами, или откусываете? Что вы любите и чего не любите? Не заставляете ли вы себя есть то, что не слишком любите (может быть, потому, что вам сказали, что это полезно)? Экспериментируете ли вы с новыми блюдами? Влияет ли на ваш аппетит присутствие определенных людей?

Обратите внимание на связь между вкусом пищи и «вкусом» мира. Если ваша пища – как солома, может быть, и мир кажется таким же серым? Если вы получаете удовольствие от еды, может быть, и мир тоже кажется интересным? Во время этой «ревизии» своих привычек не пытайтесь ничего изменить, разве что исключите грубые формы отвлечения внимания, например чтение; читать за едой может лишь человек, который рассматривает питание как неизбежное зло или как периодическую «заправку топливом». В конце концов, это весьма важная биологическая и (хотя пока мы не рассматриваем этот аспект) социальная функция. Вряд ли кто-нибудь будет читать книгу во время выполнения такой важной биологической и социальной функции, как половой акт. Еда, сексуальность и, как мы увидим далее, дыхание – это решающие факторы деятельности организма, и на них стоит обратить внимание.

Метод 2: Ощущения тела

Упражнение 1

Примите такое положение, чтобы голова была свободна и ни на что не опиралась. С закрытыми глазами попробуйте почувствовать свое лицо изнутри, почувствуйте напряжения, которые тут возникают. Найдите их, но не пытайтесь устранить. Замечайте – что там? С чем это связано? Какое это

чувство, эмоция? Какие ассоциации вызывает? Мышцы лица тесно связаны с эмоциями. Ваше лицо говорит вам, как вы относитесь к ситуации, какие моменты прошлого значимы. Важно обращать внимание на эту информацию.

Останьтесь в той позе, в которой вы находитесь прямо сейчас. Наблюдайте, где что есть в теле, что с чем связано, что к чему прикасается, где напряжение. Найдите 3–4 глагола, которые прямо сейчас подсказывает вам тело. Просто дайте этим глаголам прийти в голову, наблюдая за действиями и намерениями тела. Часто то, что делает тело, или что делается с телом, уравнивает или комментирует то, что говорится словами.

Выполняйте упражнение на осознание всего, что в данный момент с вами происходит, наблюдайте за этим, озвучивайте свои переживания, каждый раз начиная фразу со слов: «сейчас я осознаю, что». Например: «Сейчас я осознаю, что лежу на кушетке. Сейчас я осознаю, что собираюсь проделать упражнение на осознание. Сейчас я осознаю, что колеблюсь, спрашиваю себя, с чего начать. Сейчас я замечаю, что за стеной звучит радио. Это напоминает мне... Нет, сейчас я осознаю, что начинаю слушать передачу... Я осознаю, что возвращаюсь от блуждания. Теперь я опять ускользнул... Сейчас я осознаю, что лежу со скрещенными ногами. Я осознаю, что болит спина. Я осознаю, что мне хочется переменить положение. Теперь я это делаю...» и т. д.

Упражнение 2

Попробуйте сначала обращать внимание только на внешние события: на то, что вы видите, слышите, обоняете – но не подавляя другие переживания. Теперь по контрасту сосредоточьтесь на внутренних процессах: образах, физических ощущениях, мышечных напряжениях, эмоциях, мыслях. Теперь попробуйте дифференцировать различные внутренние процессы, сосредоточиваясь на каждом из них так полно, как только можете: на образах, мышечных напряжениях и т. п.

Упражнение 3

Сосредоточьтесь на своих «телесных» ощущениях в целом. Позвольте своему вниманию блуждать по различным частям тела. По возможности «пройдитесь» вниманием по всему телу. Какие части себя вы чувствуете? До какой степени и с какой ясностью существует для вас тело? Отметьте боли и зажимы, которые вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Обращая на них внимание, не старайтесь преждевременно их устранить, пускай они остаются. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущения

кожи. Чувствуете ли вы свое тело как целое? Чувствуете ли вы связь головы с туловищем? Чувствуете ли вы свои гениталии? Где ваша грудь? Конечности?

Упражнение 4

Ходите, разговаривайте или сидите; при этом замечайте и осознавайте проприоцептивные ощущения, никоим образом в них не вмешиваясь.

Упражнение 5

Сидя или лежа в удобной позе, осознайте различные ощущения тела и движения (дыхание, зажимы, сокращения желудка и пр.); обратите внимание, нет ли во всем этом определенных комбинаций или структур – того, что происходит одновременно и образует единый паттерн напряжений, болей, ощущений. Обратите внимание на то, что происходит, когда вы сдерживаете или останавливаете дыхание. Соответствуют ли этому какие-нибудь напряжения рук, пальцев, гениталий, перистальтика желудка? Или, может быть, есть какая-нибудь связь между задержкой дыхания и напряжением ушей? Или между задержкой дыхания и какими-нибудь тактильными ощущениями? Какие комбинации вы можете обнаружить?

Метод 3. Исследование эмоций

Упражнение 1

Попробуйте воспроизвести определенное телесное действие. Например, напрягите, а потом расслабьте челюсти, сожмите кулаки, начните тяжело дышать. Вы можете заметить, что действие вызывает смутную эмоцию – например, подавленный страх или гнев. Если к этому добавить, скажем, фантазию, представление о каком-то человеке или вещи в окружении, которые вас фрустрируют, эмоция разгорится с полной силой и ясностью. И наоборот, в присутствии того, что или кто вас фрустрирует, вы не чувствуете эмоции, пока не примете как свои собственные соответствующие телесные действия: сжатие кулаков, возбужденное дыхание и т. п. – только тогда вы начинаете чувствовать гнев.

Упражнение 2

В положении лежа попробуйте почувствовать свое лицо. Чувствуете ли вы свой рот? Лоб? Глаза? Челюсти? Найдя эти ощущения, задайте себе вопрос: «Каково выражение моего лица?» Не вмешивайтесь, просто позвольте этому выражению быть. Сосредоточьтесь на нем, и вы заметите, как быстро оно меняется. В течение минуты вы можете почувствовать несколько разных настроений.

Упражнение 3

Посетите художественную галерею, желательно – с довольно

разнообразными произведениями. Бросайте на каждую картину лишь быстрый взгляд. Какую эмоцию, хотя бы смутную, она вызывает? Если изображается буря, чувствуете ли вы в себе вихрь и волнение? Не пугает ли немного вот это лицо? Не раздражают ли столь яркие краски? Каким бы ни было ваше мимолетное впечатление, не пытайтесь его изменить при помощи тщательного изучения полотна, переходите к следующей картине. Обратите внимание, какое чувство она вызывает, и перейдите к другому. Если ваши реакции кажутся смутными и мимолетными или вы вообще неспособны их определить, не думайте, что всегда будет так же, повторяйте этот эксперимент при каждом удобном случае. Если вам трудно выбрать в галерею, можете проделать то же самое с репродукциями.

Упражнение 4

Вновь и вновь оживляйте в фантазии опыт, несущий в себе сильный эмоциональный заряд. Каждый раз старайтесь вспомнить новые детали. Например, какое самое пугающее переживание вы можете вспомнить? Прочувствуйте вновь, как все это происходило. И еще раз. И снова. Употребляйте настоящее время.

Возможно, в фантазии всплывут какие-то слова, нечто, что вы или кто-то другой говорил в этой ситуации. Произносите их вслух вновь и вновь; слушайте, как вы их произносите. Что вы переживаете, когда их произносите и слышите? Вспомните ситуацию, в которой вы чувствовали унижение. Воспроизведите ее в памяти несколько раз. Обратите при этом внимание, не вспоминается ли вам какое-то раннее событие подобного рода. Если это так, перейдите к нему и повторите упражнение.

Делайте это упражнение эмоциональными переживаниями разного рода, насколько у вас хватит времени. Есть ли у вас, например, незавершенные ситуации горя? Когда кто-то любимый вами умер, могли ли вы плакать? Если нет, можете ли вы это сделать сейчас? Можете ли вы мысленно встать у гроба и проститься с человеком? Когда вы были сильнее всего разъярены? Пристыжены? Потеряны? Чувствовали себя виноватым? Можете ли вы пережить эту эмоцию вновь? Если нет, то можете ли почувствовать, что вам мешает?

Метод 4. Интегрирующее осознание

Упражнение 1

Осознавая любую реальную ситуацию, попробуйте произносить фразы, более или менее выражающие эту ситуацию с точки зрения тела, чувств, социальных отношений и пр. Например: «Я стискиваю челюсти и напрягаю пальцы... Иными словами, я сержусь, но не даю своему гневу выйти наружу... Иными словами, в моем голосе звучит нервная дрожь, но

он сдержан... Иными словами, в обществе возможность сохранять контакт между людьми зависит от определенных ограничений в их поведении...». Каждая из таких формулировок – имеющий отношение к делу и существенный взгляд на живую ситуацию. Учитесь легко переходить от одной точки зрения к другой, это улучшит ориентацию – позволит точнее понимать, где вы находитесь и что нужно делать.

Техника 3. Интеграция полярностей

Объединение противоположностей не механическая процедура, тут можно двигаться разными путями. Тем не менее терапевт может опираться на следующую схему.

1. Найдите у клиента форму поведения, изолированную от прочих типов его поведения.

2. Выберите расплывчатое название для этого поведения, оставляя возможность его изменить при обнаружении нового материала. Но пусть названия остаются достаточно широкими и общими. Они нужны, чтобы поделить все формы поведения клиента на две больших группы, так что не стоит стремиться к чрезмерной точности.

3. Спросите клиента: «Есть ли у тебя часть А (название)?» – и получите утвердительный ответ.

4. «Чем занимается (что делает) эта твоя часть?» Пусть клиент расскажет о ее деятельности. Будьте совершенно беспристрастны и не позволяйте клиенту оценивать и вешать ярлыки, просто собирайте информацию.

5. «Есть ли у тебя часть, противоположная А?» Пусть клиент расскажет о противоположной стороне. Это просто дополняющая часть – та часть, которая не делает того, что делает первая, но делает все остальное или нечто противоположное.

6. «Чем занимается эта часть?»

7. «Какие хорошие качества части А? Чего ей не хватает?»

8. «Какие хорошие качества части Б, противоположной А? Чего ей не хватает?»

9. «Эти части присутствуют в поведении одновременно или поочередно?»

10. «Если бы часть А могла говорить с частью Б, что бы она сказала?»

11. «Если бы часть Б могла говорить с частью А, что бы она сказала?»

12. Теперь надо сделать так, чтобы эти две части поговорили одна с другой.

13. «Что часть А ценит в части Б (чем восхищается, что любит)? Часть Б – в части А?»

14. Сначала следует стремиться к тому, чтобы части больше ценили одна другую и признавали, что они взаимодополняющие элементы единого целого. Но не надо тут быть слишком настойчивым.

15. Всегда стоит поддерживать взаимопонимание с той частью, с которой вы разговариваете. Частям могут потребоваться разные интонации и манеры речи. Клиент должен осознавать, чем они отличаются одна от другой.

16. «Чему может часть А научиться у части Б?» Если они еще не поняли этого, стоит побудить каждую из них подумать о том, чего ей не хватает. Пускай каждая часть начнет работу над достижением нужных качеств, обращая внимание на противоположную часть как на ресурс для обучения.

17. Следует договориться о том, что они начнут обмениваться информацией и учиться друг у друга.

18. Побудите части обмениваться энергиями. Пусть клиент вообразит, что они это делают. «Ты можешь увидеть, как они обмениваются информацией и энергией?»

19. Если они после этого не соединяются, стоит спросить: «Что их разделяет?» Выясните, что стоит между ними, и давайте разберемся с этим. Это может быть неприятное ощущение от столкновения частей. Иногда полезно прояснить источник помехи, а затем вернуться к процессу объединения.

20. Если нужно подождать, если клиент говорит, что все происходит слишком быстро или слишком резко, терапевт может договориться с клиентом, чтобы тот позволил своим частям продолжать сотрудничество и объединение. Оценка ситуации проводится на следующем сеансе. Клиент может предпочесть, чтобы части оставались отдельными и чтобы они просто общались и сотрудничали друг с другом.

21. Если предпочтительнее полное слияние частей, следует продолжать работу в этом направлении.

22. Чтобы объединение произошло быстрее, терапевт предлагает клиенту вытянуть руки ладонями вверх, вообразить в каждой руке по части и понаблюдать, как они обмениваются энергией. Когда клиент говорит, что это у него получается, неожиданно попросите его свести руки вместе. Одновременно сведите вместе свои руки. Это, скорее всего, даст толчок к полному объединению частей, если они к этому уже готовы.

23. Слияние чаще всего происходит довольно тихо. Просто клиент переживает новое и непривычное чувство слияния. Он может испытывать замешательство, как бы не зная, что сказать. Не стоит анализировать

произошедшее.

24. Как только терапевт замечает, что части начинают сливаться, он меняет речь, постепенно смешивая интонации и словарь двух частей воедино. Например, он описывает качества одной части словами и интонациями другой. И в конце концов, когда они сливаются, терапевт вообще оставляет разговор о двух частях. Он обращается к клиенту как к целостной личности: «Теперь, когда у тебя есть все качества А и Б, можешь ли ты сказать, как твоя жизнь изменится в будущем?»

25. Итак, внимание клиента перемещается на будущее. Терапевт исследует представления клиента о будущих изменениях. Объединение противоположностей – это мягкий процесс, который требует точности в речи и поведении терапевта. Это процесс не интеллектуальный, а скорее эмоциональный и кинестетический. Его можно проводить с кем угодно и на каком угодно уровне.

Гештальт-терапия в группе

Упражнение 1. «Разыгрывание ролей»

Участники группы по очереди проигрывают некоторые свои внутренние конфликты, которые они не полностью осознают, но которые очевидны для окружающих. Например, если участник, не замечая этого, излишне часто извиняется, говорит негромким голосом, смущается, то ему можно предложить сыграть роль застенчивого, робкого молодого человека. При этом его просят несколько утрировать именно те черты характера, которые у него особенно ярко выражены.

Если участник осознает свое поведение и желает от него избавиться, ему можно поручить сыграть роль человека с противоположными чертами характера, например Хлестакова или Начальника, который разговаривает с подчиненными только в тоне приказа и нравоучений.

Для разыгрывания роли каждому участнику дается по 5-10 минут. Остальное время нужно оставить для обмена впечатлениями.

Упражнение 2. «Борьба противоположностей»

Ведущий определяет тему дискуссии, затем одному из участников поручает роль Нападающего, другому – Защищающегося.

Участники садятся лицом друг к другу и начинают дискуссию. Каждый из участников должен твердо придерживаться своей роли. Нападающий должен критиковать, ругать, поучать партнера, говорить твердым, авторитарным голосом. Защищающийся – извиняться, оправдываться, объяснять, почему у него не получается все то, что требует от него Нападающий.

Дискуссия длится 10 минут. После этого партнеры меняются ролями.

Каждому участнику диалога нужно как можно полнее и глубже осознать чувство власти, агрессии Нападающего и чувство робости, унижения, бессилия Защищающегося.

Сравните сыгранные вами роли с вашим поведением в реальной жизни. Обсудите этот опыт вместе со всей группой.

Упражнение 3. «Антикварный магазин»

Инструкция ведущего: "Сядьте на стул, закройте глаза, расслабьтесь. Представьте себе, что вы находитесь в магазине, где продают антикварные вещи. Мысленно выберите себе любой предмет и вообразите себя этим предметом.

Рассказывайте от имени этого предмета о себе. Как вы себя чувствуете? Почему оказались в магазине? Кто ваш прежний хозяин и где он сейчас? И так далее. Откройте глаза и поделитесь своими ощущениями с группой.

Точно так же можно идентифицироваться с цветком, деревом, животным, вообразив себя в соответствующих условиях. Не стесняйтесь своих ощущений. Старайтесь, чтобы у вас не осталось незавершенных переживаний".

Упражнение 4. «Два стула»

Ведущий: "Нередко человек ощущает некоторую двойственность, расщепление на полярности, чувствует себя среди этих противоположностей, противостоящих сил. Вам предлагается сыграть диалог между этими сторонами. С каждой сменой роли вы будете менять стулья: один – это «дружелюбное Я», а второй – «раздраженное Я».

Варианты: можно играть роль определенного человека, роль ребенка, матери, отца, супруга или начальника. Можно также исполнять роль физического симптома – язвы, головной боли, боли в пояснице, сердцебиения. Или роль предмета из сновидения: мебели, животного и т. д.

Упражнение 5. «Дублирование»

Один участник – дублер – вербализует мысли и чувства, которые другой участник (протагонист) затрудняется выразить. Дублер внимательно наблюдает за невербальными сообщениями протагониста и высказывает вслух свои догадки насчет того, что тот чувствует, о чем думает и что собирается сказать. Протагонист может изменить высказывания дублера, дополнить или уточнить их.

Техника 4. Преодоление сопротивления

Метод 1. Превращение слияния в контакт

Упражнение 1

Отметьте некоторые свои привычки: как вы одеваетесь, как чистите

зубы, как открываете или закрываете дверь, как печете пирог. Если привычки не кажутся вам совершенными или если альтернативные варианты поведения не менее эффективны, а кроме того, внесут в жизнь разнообразие, попробуйте их изменить. Что произойдет? Получаете ли вы удовольствие, учась делать что-то по-новому? Или вы сталкиваетесь с сильным сопротивлением? Не опрокинет ли изменение одной какой-нибудь частности всю схему вашего заведенного порядка? Что происходит, когда вы наблюдаете, как кто-то выполняет работу, похожую на вашу? Не раздражают ли вас отступления, хотя бы небольшие, от того, как делаете это вы сами?

Упражнение 2

Проснувшись, прежде чем встать, подумайте о возможности чувствовать или действовать как-то иначе, не так, как обычно. Не принимайте решений, которые непременно следует выполнить, просто живо вообразите возможные простые и легко выполнимые изменения в своем обычном распорядке.

Упражнение 3

Рассмотрите как можно больше своих особенностей: речи, одежды, поведения в целом и пр. – и задайте себе вопрос, откуда вы их приобрели. Подражая друзьям? Врагам? Если вы одобряете эту особенность, чувствуете ли вы благодарность к ее источнику?

Упражнение 4

Понаблюдайте за своими реакциями на кинофильм или спектакль. Отметьте, насколько, не замечая этого, вы отождествляетесь с героями. С какими именно? Не с теми ли, с кем на первый взгляд вам трудно было бы себя отождествить?

Упражнение 5

Вспомните человека, по отношению к которому вы чувствуете вину или обиду. Родилось бы у вас то же чувство, если подобные действия принадлежали кому-нибудь другому? Теперь вспомните свои отношения с этим человеком в целом. В какой степени вы принимаете как нечто само собой разумеющееся то, что, может быть, для того человека само собой разумеющимся не является? Хотите ли вы изменить статус-кво? Тогда, вместо того чтобы мучить себя чувствами вины или обиды, поищите пути расширения области контакта!

Упражнение 6

Почувствуйте свое дыхание. Можете ли вы ощутить, как воздух поступает в нос, проходит по трахее в легкие и бронхи, как раздвигаются ребра, растягивается спина, как увеличивается пространство, когда вы

вдыхаете и расширяете грудь? Можете ли вы прочувствовать выдох, как эластичное, безо всякого усилия, возвращение ребер и мускулатуры в состояние покоя, предшествующее следующему вдоху?

Сделайте привычкой зевать и потягиваться, когда есть такая возможность. Возьмите за образец кошку. Начиная зевок, дайте нижней челюсти опуститься, как будто она падает. Наберите воздуха, как будто нужно наполнить не только легкие, но и все тело. Дайте свободу рукам, расслабьте локти, отведите назад плечи насколько возможно. На вершине натяжения и вдоха отпустите себя и дайте уйти всем вашим напряжениям.

Метод 2. Работа с ретрофлексией.

Исследование направленности поведения

Упражнение 1

Когда мы употребляем такие выражения, как «я спрашиваю себя» или «я себе говорю» – что имеется в виду? Такие выражения, которые мы используем на каждом шагу, предполагают, что человек как бы разделен на две части, что это как бы два человека, живущих в одном теле и способных разговаривать друг с другом.

Попробуйте действительно понять, что «спрашивая себя» о чем-то, вы задаете ретрофлексивный вопрос. Вы не знаете ответа, иначе бы не задавали вопроса. Кто в вашем окружении знает или должен был бы знать ответ? Если вы можете определить, кто это, можете ли вы почувствовать, что хотели бы задать свой вопрос не себе, а ему? Что вас от этого удерживает? Застенчивость? Боязнь отказа? Нежелание обнаружить свое невежество?

Когда вы «советуетесь с собой» о чем-то, можете ли вы осознать свои мотивы? Они могут быть разными. Это может быть игра, домогательство, утешение или выговор самому себе. Чем бы это ни было, кого вы подменяете собой?

Рассмотрите самопорицание (угрызения совести). Вы найдете здесь не подлинное чувство вины, а лишь притворное признание себя виновным. Обратите упрек к тому, к кому он реально адресован. Кого вы хотите укорить? Кого вы хотите переделать? В ком вы хотите вызвать чувство вины, притворяясь, что испытываете его сами?

Рассмотрите случаи самосожаления и самонаказания в вашей жизни и попробуйте ответить на следующие вопросы. Кого вы хотите пожалеть? От кого вы хотели бы получить сочувствие? Кого вы хотите наказать? Кем вы хотели бы быть наказаны?

Упражнение 2

Хотя немногие люди страдают неврозом навязчивости, практически

всем свойственна известная мера принуждения. Пытаясь заставить себя делать то, чего вы сами не хотите делать, вы сталкиваетесь с мощным сопротивлением. Перспектива достижения цели проясняется, если вместо принуждения вы займетесь выяснением того, какие препятствия стоят на вашем пути (то есть посмотрите на себя, стоящего на своем же пути).

Превратите ситуацию, в которой вы принуждаете себя, в ситуацию, когда вы принуждаете другого выполнить задание за вас. Будете ли вы пытаться им манипулировать с помощью магических слов? Или вы будете угрожать, командовать, подкупать, награждать?

С другой стороны, как вы реагируете, когда вас принуждают? Притворяетесь глухим? Даете обещания, которые не собираетесь выполнять? Или вы реагируете чувством вины и выплачиваете свой долг презрением к себе и отчаянием?

Упражнение 3

Еще одна важная ретрофлексия – чувство презрения к самому себе, самоуничижение. Когда отношения человека с самим собой нарушены, все его межличностные отношения тоже нарушены. Человек хронически пребывает в плохих отношениях с самим собой, если у него сложилась привычка все время оценивать себя и сравнивать свои реальные достижения со своими завышенными требованиями.

В чем вы сомневаетесь относительно себя? В чем не доверяете себе? За что осуждаете себя?

Можете ли вы перевернуть эти отношения с ног на голову? Кто этот Икс, в котором вы сомневаетесь? Кого вы презираете? С кого хотели бы сбить спесь? Не является ли ваше чувство неполноценности скрытым высокомерием? Можете ли вы рассмотреть свое самоуничижение и увидеть в нем ретрофлексированное желание унижить кого-то еще?

Упражнение 4

Еще один важный вид ретрофлексии – интроспекция. Это рассматривание самого себя. Наблюдающий отделен от наблюдаемой части, и пока это разделение не будет преодолено, человек не почувствует, что возможно самопознание, которое не есть интроспекция.

Рассмотрите свою интроспекцию. Какова ваша цель? Вы ищете какую-то тайну? Пытаетесь вытащить какое-то воспоминание? Надеетесь (или боитесь) столкнуться с чем-то неожиданным? Не смотрите ли вы на себя пристальным оком сурового родителя, чтобы удостовериться, что вы не наделали чего-то недозволенного? Или вы стараетесь найти что-то, что будет соответствовать теории, хотя бы теории психологии? Или, наоборот, вы находите, что такого соответствия нет? Перенесите подобные

отношения на окружающих людей. Есть кто-нибудь, чьи «внутренности» вы хотели бы рассмотреть?

Есть ли кто-нибудь, за кем вы хотели бы строго смотреть? Независимо от цели интроспекции, как вы это делаете? Докапываетесь до чего-то? Или вы похожи на грубого полисмена, который стучит в дверь и требует немедленно открыть? Или вы смотрите на себя робко, украдкой? Невидящими глазами? Или вы подтасовываете события, чтобы они соответствовали вашим ожиданиям? Фальсифицируете их с помощью преувеличения? Или вы «спускаете их на тормозах»? Или вы выделяете только то, что соответствует вашим ближайшим целям? Короче, обратите внимание, как функционирует ваше Я. Это гораздо важнее, чем конкретное содержание.

Метод 3. Работа с ретрофлексией.

Мобилизация мускулов

Упражнение 1

В здоровом организме мышцы ни зажаты, ни расслаблены, они находятся в среднем тонусе, готовые совершать движения, поддерживающие равновесие, обеспечивать передвижение или манипулирование объектами. В начале упражнения не расслабляйтесь, пока вы не будете в состоянии справиться с мышечным возбуждением, высвобождаемым таким образом. С самого начала будьте готовы к неожиданным взрывам гнева, выкрикам, позывам к рвоте, мочеиспусканию, сексуальным импульсам и пр. Но эти импульсы довольно близки к поверхности, и вы легко с ними справитесь. Тем не менее, чтобы избежать возможного замешательства, лучше выполнять мышечные эксперименты в одиночестве. Кроме того, если вы склонны к приступам тревоги, прежде чем начнете интенсивно концентрировать внимание на мышцах, проработайте то, что вы собираетесь делать, с помощью вербализации.

Лежа, не пытаясь расслабиться произвольно, почувствуйте свое тело. Отметьте, в какой области ощущаются боли: головная боль, боль в спине, писчий спазм, желудочный спазм, вагинизм и т. д. Почувствуйте свои зажимы. Не «входите» в зажим и ничего с ним не делайте. Осознайте напряжение глаз, шеи, области рта. Позвольте своему вниманию последовательно пройти по ногам, нижней части туловища, рукам, груди, шее, голове. Если вы заметите, что сгорбились, исправьте положение. Не делайте резких движений, дайте возможность мягко развиваться ощущению себя. Обратите внимание на склонность вашего организма к саморегуляции – он отпускает что-то в одном месте, подтягивает в другом и

пр.

Не обманывайте себя, что вы якобы чувствуете свое тело в тех случаях, когда вы всего лишь зрительно или теоретически себе его представляете. Если вы склонны ко второму, вы работаете с представлением о себе, а не с собой. Но такое представление о себе вам навязано вашим Я с его сопротивлениями; оно лишено импульса саморегуляции и спонтанности. Оно не исходит из осознания организма. Можете ли вы, выжидая, не доверяя зрительным образам и теориям, обрести жар осознания непосредственно в частях тела, на которых вы сосредоточили внимание?

Обратите внимание, какие возражения вызывает у вас каждый момент самоосознания. Не питаете ли вы презрения к телесным функциям? Или вы стыдитесь, что вы – тело? Не считаете ли вы дефекацию болезненной и грязной необходимостью? Не пугает ли вас тенденция сжимать кулаки? Не боитесь ли вы нанести удар? Или того, что ударят вас? Не беспокоит ли вас ощущение напряжения в гортани? Не боитесь ли вы закричать?

Некоторые части тела вам было особенно трудно ощутить. Скорее всего вы почувствуете острую боль, болезненную тупость, спазм, когда чувствительность там восстановится. Если такие боли возникнут, сосредоточьтесь на них. Разумеется, мы имеем в виду только функциональные, или психогенные, боли, а не результат травмы или инфекции. Старайтесь не впасть в ипохондрию, но, если возникают сомнения, обратитесь к врачу. Если возможно, найдите такого врача, который разбирается в психосоматических расстройствах.

Упражнение 2

Чрезвычайно полезный способ понять значение определенных болей и напряжений – вспомнить соответствующие расхожие выражения. Как правило, они содержат веками проверенную мудрость. Например: если у меня жесткая шея, не упрям ли я? У меня болит голова – что является моей «головной болью»?

Я высоко задираю голову – не высокомерен ли я? Я выдвигаю вперед подбородок – не хочу ли я лидировать? Мои брови выгибаются дугой – не надменен ли я? У меня сжимается горло – не хочу ли я закричать? Я насвистываю в темноте – не боюсь ли я чего-то? Мое тело дрожит – я испуган? У меня нависающие брови – я сержусь? Мое горло сжато – нет ли там чего-то, что я не могу проглотить? Я чувствую тошноту – чего я не могу переварить?

Упражнение 3

До сих пор вы исследовали себя и мягко к себе приспособливались,

чтобы ориентироваться в своих ощущениях; теперь настало время явно выразить тот импульс к действию, который скрыт в зажатых мышцах, превратить мышечные зажимы в контролируемое поведение. Ориентация должна сочетаться с возможностью манипулировать средой. Наш следующий шаг в разрешении проблем хронических мышечных напряжений – и любых других психосоматических симптомов – состоит в обретении адекватного контакта с симптомом и в его «присвоении».

Примените к головной боли или другому подобному симптому метод упражнения на концентрацию. Отдайте ей свое внимание и позвольте спонтанно создаться фигуре (и фону). Если вы можете принять боль, она станет мотивирующим интересом; это ощущение, вызывающее заинтересованность. Для исчезновения боли важно уметь ожидать ее развития. Позвольте этому происходить самому по себе, без вмешательства и без предварительных идей. Если вы войдете в контакт, фигура будет становиться все более ясной и вы сможете разрешить болезненный конфликт. Но нужно иметь в виду, что в течение длительного периода после начала работы изменения могут происходить очень медленно, особенно если вы с самого начала ждете ярких событий, рискуя потерять терпение. Боль будет перемещаться, расширять или сужать зону действия, менять интенсивность, качество и т. п. Старайтесь замечать, в каких местах вы сжимаете определенные мускулы, определять форму и размеры зажимов. Будьте внимательны к каждой вибрации, зуду, «электричеству», вздрагиванию – короче, ко всем знакам биологического возбуждения. Такие ощущения возбуждения, вегетативные или мышечные, могут появляться волнами или быть постоянными, возрастать или убывать. По мере развития зуда, например, посмотрите, можете ли вы удержаться от преждевременного почесывания; сосредоточьтесь на нем и следите за его развитием. Позвольте возбуждению выйти на передний план. Если эта процедура проведена правильно, она в конце концов оставляет вас с чувством здоровья и благополучия. Эта техника приложима не только к психосоматическим болям, но также к усталости, неопределенному возбуждению, приступам тревоги.

Упражнение 4

При выполнении предыдущих упражнений вы, возможно, испытали тревогу, которая является попыткой организма регулировать дыхание во время усиливающегося возбуждения. Независимо от того, чувствуете ли вы тревогу, проведите следующий дыхательный эксперимент.

Сделайте 4–5 глубоких вдохов и выдохов. Затем легко вдыхайте, обеспечивая хороший выдох, но без усилия. Можете ли вы почувствовать

поток воздуха в горле, в носоглотке, в голове? При выдохе ртом дайте воздуху спокойно выйти и подставьте руку, чтобы его почувствовать. Не расширяете ли вы грудь, даже когда в нее не входит воздух? Втягиваете ли вы живот во время вдоха? Можете ли вы прочувствовать мягкий вдох до подложечной ямки и тазовой области? Чувствуете ли вы движение ребер вширь по бокам и на спине? Обратите внимание на напряжения в горле, в области челюсти, носоглотки. Обратите особенное внимание на напряжения в диафрагме. Сосредоточьтесь на этих напряжениях и зажимах и следите за их развитием. В течение дня, особенно в те моменты, когда вы испытываете интерес (в работе, когда рядом кто-то сексуально привлекательный, когда вы наслаждаетесь произведением искусства, при столкновении с важной проблемой), обратите внимание, как вы стараетесь сдерживать дыхание, вместо того чтобы дышать глубже, что биологически естественно в такой ситуации. Что вы удерживаете, сдерживая дыхание? Крик? Попытку убежать? Желание ударить? Рвоту? Испускание газов? Плач?

Метод 4. Работа с ретрофлексией.

Реориентация импульса

Упражнение 1

Сосредоточив внимание на различии ощущений в левой и правой сторонах тела, вы можете в значительной степени восстановить тонкие моменты равновесия, необходимые для правильной позы и здорового движения. Лягте на спину на пол. Поработайте сначала над поясницей и шеей. Если бы ваша поза была правильной, эти части тела касались бы пола, однако не пытайтесь расслабиться или насильно заставить позвоночник распрямиться. Согните ноги в коленях и слегка раздвиньте их, опираясь подошвами о пол. Это уменьшит напряжение в позвоночнике, но вы все еще можете почувствовать жесткость спины и тянущее ощущение в ногах. Позвольте возникнуть спонтанным движениям, которые сделают вашу позу более удобной. Теперь сравнивайте каждую анатомическую часть правой стороны с левой. Вы найдете много отклонений от двухсторонней симметрии. Ощущение, что вы лежите «совершенно криво», выражает, хотя и в несколько преувеличенном виде, то, что на самом деле имеет место. Следуя внутренним импульсам организма по мере того, как вы их замечаете, мягко меняйте позу – очень, очень медленно, без резких движений. Сравните левый и правый глаз, плечи, ноги, руки и т. д.

В процессе работы держите колени несколько раздвинутыми, руки свободными и не скрещенными. Отметьте желание их соединить, если оно возникнет. Посмотрите, что это может означать. Вы хотите защитить

гениталии? Чувствуете себя слишком открытым и незащищенным перед миром, когда так лежите? Кто может напасть на вас? Или вы хотите связать себя из страха, что иначе распадетесь на куски? Не выражают ли асимметричные ощущения правой и левой сторон желания одной рукой ухватиться за кого-то, а другой – его оттолкнуть? Пойти куда-то и в то же самое время не пойти? Когда вы пытаетесь устроиться поудобнее, как вы это делаете? Вы извиваетесь? Ежитесь? Переползаете? Не чувствуете ли вы себя в ловушке?

Очень важная связь существует между передней и задней половинами тела. Например, возможно, что вы притворяетесь, будто смотрите перед собой, а на самом деле вас постоянно интересует то, что сзади вас, так что вы никогда не видите, где находитесь. Какой неизвестной вещи вы ждете сзади? Или вы надеетесь, что нечто возьмет вас приступом? Если вы склонны спотыкаться и падать, внимание к различию ощущений от передней и задней частей может оказаться очень полезным.

Позволяя развиваться мышечным ощущениям, вы можете иногда почувствовать смутное, но сильное желание проделать определенное движение. Это может быть какое-то потягивание. Попробуйте последовать этому импульсу. Если чувство усилится, вытяните всю руку и – как естественное продолжение этого жеста – все тело. К чему вы устремились? К матери? К отсутствующей возлюбленной? Не переходит ли в какой-то момент вытягивание руки в отталкивание? Если это так – оттолкните. Оттолкнитесь от чего-то твердого, например стены. Делайте это с силой, соответствующей вашему чувству.

Или, предположим, ваши губы сжимаются и голова отклоняется в сторону. Дайте вашей голове двигаться из стороны в сторону и скажите «Нет!». Можете вы сказать это твердо и громко? Или ваш голос дрожит и прерывается? Вы просите? Оправдываетесь? Или, напротив, ваш отказ перерастает в общее чувство неповиновения и бунта, с ударами, пинками и криками? Что это значит?

При выполнении этих движений ничего нельзя достичь насильно. Иначе все превратится в актерскую игру и уведет вас с нужного пути. Понимание того, что нужно выразить, должно расти из исследования и развития ваших ощущений и их значения для вас. Если движения правильные и происходят в нужном ритме и в нужное время, они прояснят и ваши чувства, и значение ваших межличностных отношений.

Метод 5. Работа с интроекцией.

Интроецирование и еда

Упражнение 1

Сосредоточьтесь на процессе еды, без чтения или размышления. Просто обратитесь к вашей пище. Моменты еды стали для нас в основном поводом для различных социальных действий. Примитивное существо уединяется, чтобы поесть. Последуйте – ради эксперимента – его примеру: один раз в день принимайте пищу в одиночестве и учитесь есть. Это может занять около двух месяцев. Но чтобы избавиться от своих интроектов, вы сами должны совершить работу по разрушению старых стереотипов и новой интеграции.

Отмечайте свое сопротивление при концентрации внимания на пище. Может быть, вы чувствуете вкус только первых кусков, а потом впадаете в транс размышления и грез – и при этом теряете ощущение вкуса? Откусываете ли вы куски пищи определенным и эффективным движением передних зубов? Иными словами, откусываете ли вы кусок бутерброда, который держите в руке, или только сжимаете челюсти, а потом движением руки отрываете кусок? Жуete ли вы до полного разжижения пищи? Пока просто замечайте, что вы делаете, без произвольных изменений. Многие изменения будут происходить сами собой, спонтанно, если вы будете поддерживать контакт с пищей.

Когда вы осознаете процесс еды, чувствуете ли вы жадность? Нетерпение? Отвращение? Или вы обвиняете спешку и суету современной жизни в том, что вам приходится проглатывать пищу? Меняется ли ситуация, когда у вас есть свободное время? Избегаете ли вы пресной, безвкусной пищи или глотаете ее без возражений? Чувствуете ли вы «симфонию» запахов и структуры, фактуры пищи или вы настолько анестезировали свои вкусовые ощущения, что для вас все более или менее одинаково?

Как обстоит дело не с физической, а с умственной пищей? Задайте себе подобные вопросы, например относительно читаемой страницы. Пробегаете ли вы мимо трудных абзацев или прорабатываете их? Или вы любите только легкое чтение, то, что можно проглотить без активной реакции? Или вы принуждаете себя читать только «трудную» литературу, хотя ваши усилия доставляют вам мало радости?

А как с кинофильмами? Не впадаете ли вы в своего рода транс, при котором как бы «тонете» в сценах? Рассмотрите это как случай слияния.

Метод 6. Работа с интроекцией.

Изгнание и переваривание интроектов

Упражнение 1

Каждый раз во время еды один кусок – помните: только один! – разжевывайте полностью до разжижения; не дайте ни одному кусочку

проскользнуть в горло неразрушенным, выискивайте их языком и вытаскивайте из уголков полости рта для дальнейшего разжевывания; когда вы почувствуете, что пища полностью разжижена, – проглотите ее.

Упражнение 2

В качестве функциональной аналогии пережевыванию одного куска найдите себе такую же работу в интеллектуальной сфере. Например, возьмите одно трудное предложение в книге, которое кажется «крепким орешком», и тщательно его проанализируйте, разложите на части. Найдите точное значение каждого слова. Определите, ясно или смутно, истинно или ложно предложение в целом. Сделайте это предложение своим или уясните, какую его часть вы не понимаете. Может быть, это не ваше непонимание, а предложение непонятно? Решите это для себя.

Еще один полезный эксперимент, где используется аналогия между пережевыванием физической пищи и «перевариванием» межличностной ситуации, таков: когда вы пребываете в беспокойном настроении – сердиты, подавлены, обвиняете кого-то, то есть склонны к «проглатыванию», – произвольно примените свою агрессию, набрасываясь на какую-то физическую пищу. Возьмите яблоко или кусок черствого хлеба и обратите на него свое возмездие. В соответствии со своим состоянием жуйте его так нетерпеливо, поспешно, злобно, жестоко, как вы только можете. Но кусайте и жуйте, а не глотайте!

Упражнение 3

Хотя это и неприятно, но нет иного пути, чтобы обнаружить, что в тебе не является частью тебя, кроме как восстановить отвращение и сопровождающий его импульс отвержения. Если вы хотите освободиться от этих чуждых вкраплений, интроектов в вашей личности, вы должны, в дополнение к жевательному упражнению, интенсифицировать осознание вкуса, искать места, где вкус отсутствует, и восстанавливать его. Осознавайте изменение вкуса во время жевания, различия в структуре, консистенции, температуре пищи. Делая это, вы наверняка возродите отвращение. Тогда, как и при любом другом болезненном опыте, который является вашим собственным, вы должны принять и это, осознать это. Когда, наконец, появляется импульс рвоты, последуйте ему. Это кажется ужасным и болезненным только из-за сопротивления. Маленький ребенок делает это с легкостью; сразу же после этого он снова счастлив, как только освободится от чуждой материи, беспокоившей его.

Упражнение 4

Вот простое упражнение для того, чтобы начать работу над подвижностью фиксированной челюсти. Если вы заметили, что ваши зубы

часто бывают сжаты или что вы находитесь в состоянии суровой решимости, вместо того чтобы работать с легкостью и интересом, позвольте своим верхним и нижним зубам легко соприкасаться. Держите их не сжатыми и не разомкнутыми. Сосредоточьтесь и ждите развития событий. Рано или поздно ваши зубы начнут стучать, как от холода. Дайте перейти дрожи – если она появится – в возбуждение, общую дрожь по всем мышцам. Дайте свободу этому состоянию, пока все тело не начнет трястись и дрожать. Если вам удался этот эксперимент, используйте возможность увеличить свободу и гибкость связок суставов нижней челюсти. Смыкайте зубы в различных положениях – резцы, передние коренные, задние коренные, а в это время сожмите пальцами голову там, где челюсти переходят в уши. Найдя болезненные точки напряжения, используйте их как места сосредоточения внимания. Если вы достигли общей дрожи в этом или других упражнениях, используйте это для того, чтобы полностью отпустить всякую ригидность – до головокружения или прекращения напряжения.

Попробуйте противоположное – сильное сжатие зубов в любом положении, как при откусывании. Это создаст болезненное напряжение в челюстях, которое распространится на десны, рот, горло, глаза. Сосредоточьтесь на паттерне напряжения и затем так внезапно, как можете, освободите челюсти.

Чтобы вернуть подвижность жесткому рту, откройте его широко, когда разговариваете, а затем «откусывайте» свои слова. Выбрасывайте их, как пули из пулемета.

Упражнение 5

В этом упражнении координируются дыхание и мышление (внутренняя речь). Поговорите про себя (молча, внутренне), но обращаясь к определенной аудитории, может быть, к одному человеку. Будьте внимательны к своей речи и дыханию. Постарайтесь не оставлять слов в горле («уме») во время вдоха; выпускайте одновременно дыхание и мысли. Заметьте, как часто вы сдерживаете дыхание. Вы вновь увидите, как много в вашем мышлении от односторонних межличностных отношений, а не обмена; вы всегда читаете лекцию, комментируете, судите или защищаете, расследуете и пр. Поищите совпадения ритма речи и слушания, отдачи и принятия, выдоха и вдоха. (Такая координация дыхания и внутренней речи – хотя одного этого и недостаточно – является основой терапии при заикании.)

Метод 7. Работа с проекцией. Обнаружение проекций

Упражнение 1

Страх быть отвергнутым очень важен для всех невротиков, поэтому мы можем начать упражнение с него. Невротик создает, обыгрывает и поддерживает образ отвергнутого себя – сначала отвергнутого родителями, а теперь – друзьями. Одновременно невротик отвергает других за то, что они не живут в соответствии с фантастическим идеалом или стандартом, который он им предписывает. Поскольку он спроецировал свое отвержение на других, он может, не чувствуя никакой ответственности за ситуацию, считать себя пассивным объектом необоснованной вражды, недоброжелательства и даже мести.

Что касается вас – вы чувствуете себя отвергнутым? Кем? Матерью, отцом, сестрой, братом? Таите ли вы на них зло за это? На каких основаниях вы отвергаете их? В чем они не отвечают вашим требованиям?

Представьте себе кого-нибудь из знакомых. Любите ли вы этого человека? Любите ли вы ту или иную его особенность характера или поведения? Представьте его образ и поговорите с ним вслух. Скажите ему, что вы принимаете в нем то-то и то-то, не хотите больше терпеть того-то, не выносите, когда он делает то-то, и т. д. Повторите этот эксперимент много раз. Говорите ли вы неестественно? Неуклюже? Смущенно? Чувствуете ли вы то, что говорите? Не появляется ли тревога? Вы чувствуете себя виноватым? Боитесь, что своей искренностью вы можете непоправимо испортить отношения? Убедитесь в разнице между фантазией и реальностью, что обычно и путает человек, склонный к проекциям.

Теперь самый важный вопрос: не чувствуете ли вы, что это вы отвергаете – на тех самых основаниях, на которых считаете себя отвергнутым? Вам кажется, что люди смотрят на вас свысока? Если так, можете ли вы вспомнить случаи, когда вы смотрели (или хотели бы смотреть) свысока на других? Не отвергаете ли вы в себе тех самых черт, за которые, как вы думаете, другие отвергают вас? Тощий, жирный, с плохими зубами – что еще вы не любите в себе? Считаете ли вы, что другие так же презирают вас за эти недостатки, как вы сами? С другой стороны, не замечаете ли вы, как приписываете другим вещи, нежелательные в себе? Обманув кого-то, не говорите ли вы: «Он чуть было не обманул меня!»

Упражнение 2

Рассмотрите свои мысли, выраженные словами. Переведите их как бы на другой язык: все предложения, в которых подлежащим является «оно», замените на такие, где подлежащим будет «я». Например: «Мне вспомнилось, что мне назначили встречу» замените на «Я вспомнил, что у меня встреча». Ставьте себя в центр предположений, которые вас касаются; например выражение «Я должен это сделать» означает «Я хочу это

сделать», или «Я не хочу этого делать и не буду, но при этом я выдумываю себе оправдания», или «Я воздерживаюсь от того, чтобы делать что-то другое». Переделайте также предложения, в которых вы действительно должны быть объектом, в такие, где вы что-то переживаете. Например: «Он ударил меня» в «Он ударил меня, и я ощущаю удар»; «Он говорит мне» в «Он что-то говорит мне, и я слушаю это».

Тщательно рассматривайте содержание «оно» в таких выражениях; переведите словесную структуру в визуальную фантазию. Например: «Мысль пришла мне в голову». Как она это сделала? Как она шла и как вошла? Если вы себе говорите: «У меня болит сердце» – испытываете ли вы боль по какому-то поводу всем своим сердцем? Если вы говорите: «У меня болит голова» – не сжимаете ли вы мускулы таким образом, что причиняете боль голове – или даже с намерением причинить боль себе? Вслушайтесь в язык других людей и попробуйте «переводить» его таким же образом. Это многое для вас прояснит. В то же время вы начнете понимать, что в жизни, как в искусстве, не так важно, что говорится, но важнее структура, синтаксис, стиль – это выражает характер и мотивацию.

Метод 8. Работа с проекцией. Ассимиляция проекций

Упражнение 1

Чтобы преодолеть иррациональную «совесть», нужно сделать два шага. Во-первых, переведите фразу типа «Моя совесть или мораль требует...» в «Я требую от себя...», то есть переведите проекцию в ретрофлексию.

Обратите ретрофлексию в обоих направлениях, то есть в «Я требую от Х» и «Х (например, общество) требует от меня». Нужно отличать реальные требования общества как от своих личных требований, так и от своих интроектов. Посмотрите, как вы ведете себя в качестве «совести». Придираетесь? Ворчите? Угрожаете? Шантажируете? Бросаете горькие, обиженные взгляды? Если вы сосредоточитесь на этих фантазиях, то увидите, сколь многое в «моральном долге» является вашей собственной скрытой атакой, что тут представляет собой частично интроецированные влияния и какая их часть рациональна.

Упражнение 2

Составьте список вещей, которые вы, по вашему мнению, должны делать в своей жизни. Затем переведите каждую запись в такую форму: «Если я не сделаю то-то, тогда...» – и укажите последствия, которые вам предстоит пережить, если вы не осуществите задуманное. Далее постройте предложения так: «Лучше я сделаю то-то (то, что вы „должны“), чем переживу то-то (последствия невыполнения)». После этого попробуйте

построить предложения так: «Я хочу делать то-то (то, что вы „должны“), чтобы не переживать то-то (последствия невыполнения)». Верно ли это для вас? Если нет, то что вам мешает признать, что вы действительно «хотите», а не «должны»? Что вам дает формулировка «я должен»? Если же это верно, осознаете ли вы, что на самом деле имеете возможность выбора и выбрали именно то, что хотели в данной ситуации?

3.9. Нейролингвистическое программирование

Теория и практика нейролингвистического программирования (НЛП) подробно описаны во многих работах, как новых, так и ставших уже классическими: Альдер, 1998, 2000; Андреас, Андреас, 1999а, 1999б; Андреас и др. 2000; Бэндлер, 1998; Бэндлер, Гриндер, 1992, 1994; Гриндер, Бэндлер, 1996; Дилтс, 1997, 1998; О'Коннор, Сеймор, 1997; Мак-Дермотт, О'Коннор, 1998, и др. НЛП занимается исследованием структуры субъективного опыта, который позволяет человеку строить свой уникальный внутренний мир, что прямо связано со здоровьем человека (рис. 3.2.). Для первого знакомства с основными положениями и техниками НЛП можно порекомендовать книгу «Исцеление с помощью НЛП» (Ковалев, 1999).

Здоровье и болезнь с точки зрения НЛП являются субъективными переживаниями. Человек сам определяет уровень своего здоровья, главным образом – оценивая свои ощущения.

- Что значит для вас быть здоровым?
- Как бы вы определили выражение «быть здоровым»?
- Как это можно ощутить?
- Как вы узнаете, что здоровы?

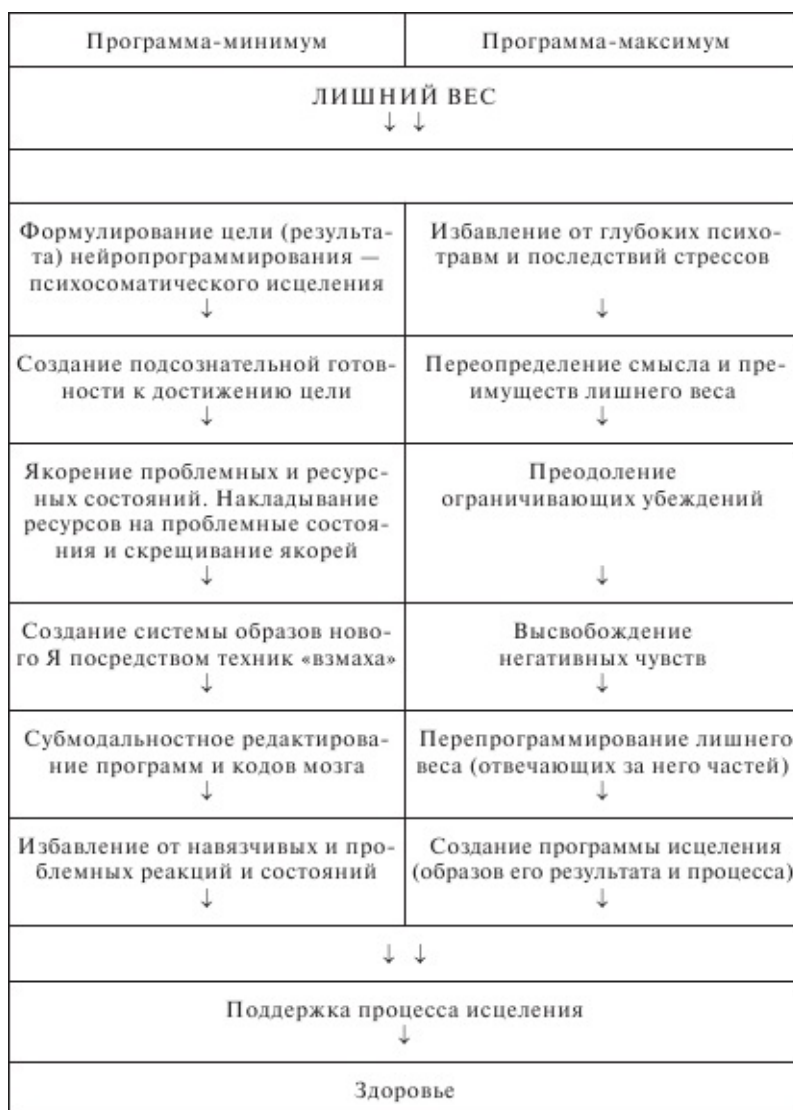


Рис. 3.2. Алгоритм системы психосоматического исцеления (Ковалев, 1999)

Это главные вопросы о личном определении здоровья. Тут речь идет о том, как «быть здоровым», а не о «здоровье», и это не случайно.

Основные положения НЛП применительно к психосоматике

НЛП построено на двух фундаментальных принципах:

1) Карта не есть территория. Люди никогда не смогут постичь всей полноты действительности. То, что они познают, — лишь восприятие действительности. Как правило, человека сдерживает или побуждает идти вперед не сама действительность, а «карта» — отражение этой действительности. Таким образом:

- а) люди реагируют на свое собственное восприятие реальности;
- б) каждый человек обладает своей собственной индивидуальной «картой мира». Никакая отдельная карта — отражение мира — не является

более подлинной или «настоящей», чем любая другая;

с) смысл коммуникации заключается в реакции, которую данная коммуникация вызывает, независимо от намерений коммуникатора;

д) наиболее «мудрые» и «дружественные» карты – те, которые предоставляют наиболее широкий и богатый выбор возможностей, а не те, что являются наиболее «подлинными» или «точными»;

е) люди уже обладают (по крайней мере, потенциально) всеми ресурсами, необходимыми для эффективного функционирования;

ф) любое поведение представляет собой выбор лучшего варианта из имеющихся на данный момент, исходя из возможностей и способностей человека, определяемых его моделью мира;

г) изменения происходят при высвобождении или приведении в действие подходящих ресурсов в рамках определенного контекста, благодаря обогащению карты мира данного человека.

2) Жизнь и сознание являются системными процессами. Следовательно:

а) процессы, происходящие в человеке и при взаимодействии человека с окружающей средой, являются системными;

б) невозможно полностью изолировать какую-либо часть системы от всей остальной системы. Люди не могут не оказывать влияния друг на друга. Взаимодействие людей образует такие цепи обратной связи, что человек на самом себе испытывает результаты воздействия своих поступков на других;

с) системы являются самоорганизующимися и стремятся к естественному состоянию равновесия и стабильности. Не существует поражений – существует только обратная связь;

д) никакая реакция, опыт или поступок не имеют смысла вне контекста или вне отклика, который они за собой влекут. Любое поведение, опыт или реакция могут служить ресурсом или ограничивающим фактором, в зависимости от того, насколько они согласуются с остальными частями системы;

е) не все взаимодействия в системе происходят на одном и том же уровне. То, что является позитивным на одном уровне, может оказаться негативным на другом. Полезно отделять свой поступок от собственного Я, то есть положительные намерения, функцию, убеждения и т. п., вызывающие данный поступок, от самого поступка;

ф) любое поведение (на определенном уровне) имеет «позитивное намерение». Оно воспринимается или воспринималось как положительное и приемлемое в том контексте, где получило развитие, и с точки зрения

человека, совершившего действие. Гораздо легче и продуктивней работать с «благим намерением», чем с проблемным поведением;

g) окружающая обстановка и контексты меняются. Одно и то же действие не всегда приводит к одному и тому же результату. Для успешной адаптации и выживания необходима определенная гибкость. Уровень гибкости пропорционален вариативности системы. По мере усложнения системы требуется все большая степень гибкости;

h) если действия не находят ожидаемого отклика, необходимо варьировать поведение, пока не будет достигнут желаемый результат.

Все модели и техники НЛП основываются на сочетании двух принципов, описанных выше. Между миром и представлением человека об этом мире («картой») существует неустранимое различие. Мудрость, этика и экология не тождественны обладанию одной «правильной», или «точной», «картой мира», ибо ее создание превосходит человеческие возможности. Задачей скорее является создание возможно более подробной и точной «карты», которая отдавала бы должное системной природе и экологии человека и его окружения.

Экология в понятиях НЛП – это забота о целостности взаимосвязей между личностью и окружающей средой, динамическое равновесие элементов в системе. В отношении внутренней среды экология – это уравнивовенность взаимосвязей между личностью и ее мыслями, поведением, способностями, ценностями и убеждениями.

Применению техник НЛП, как и любому практическому навыку, трудно учиться по книгам (это касается не только самопомощи, но и работы терапевта). Ниже приводятся только основные понятия НЛП, имеющие отношение к психосоматике, и техники, эффективные при терапии психосоматических заболеваний.

Репрезентативные системы

Человек использует органы чувств, чтобы воспринимать внешний мир, но когда он «репрезентирует» (представляет) свои переживания, он опирается на те же модальности. Системы для получения, хранения и кодировки информации в мозге: внутренние картинки, звуки, ощущения – в НЛП называют репрезентативными системами.

Репрезентация определяет организацию опыта и то, как человек описывает мир: в ощущениях (кинестетика), в образах (визуальная система), звуках (аудиальная система), как набор знаний (рациональная или дискретная система) или, что встречается реже, как набор сенсорных ощущений типа запаха и вкуса. Внутренняя картина мира человека находит отражение в тех словах, которые он использует, в мимике и жестах.

Собеседник будет слышать и понимать человека вне зависимости от используемого набора слов («я вижу, что происходит», или «я чувствую, как идут дела», или «что-то мне подсказывает»), но эмоционально для собеседника в большей мере значима информация, описанная на его языке. Если же человек намеренно использует лексику собеседника, это увеличивает степень взаимопонимания.

Каждый человек предпочитает тот или иной канал для поступления новой информации: кто-то должен прочитать текст сам, кто-то – обсудить со «знатоком», а третий, пока «сам не попробует», никому не поверит. Предпочтение того или иного канала для поступления новой информации определяет ключевую репрезентативную систему, «канал» доступа, используя который, легче донести до человека необходимую информацию. Чаще всего, но не всегда, ключевая система одновременно используется и для организации внутреннего опыта (ведущая репрезентативная система). Соответственно, в зависимости от ведущей системы людей можно разделить на следующие группы: «кинестетическая», «визуальная», «аудиальная» и «рациональная» («дискретная», когда человек опирается не на сенсорный опыт, а на «знание», «понимание» и т. д.).

Визуальная, аудиальная и кинестетическая системы являются первичными репрезентативными системами. Вкусовая и обонятельная системы менее важны, и их часто рассматривают в рамках кинестетической системы.

Легко обнаружить, как человек думает: картинками, звуками или ощущениями. Для этого следует обратить внимание на движения глаз человека (рис. 3.3). Глазные сигналы доступа позволяют понять, как люди получают доступ к информации. Существует определенная связь между движениями глаз и репрезентативными системами, поскольку одни и те же паттерны свойственны людям во всем мире.

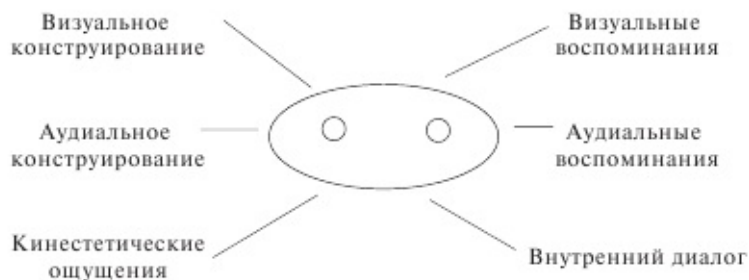


Рис. 3.3. Глазные сигналы доступа

Когда человек визуализирует воспоминание, он перемещает взгляд вверх и влево. Когда он реконструирует картинку из слов или пытается себе «вообразить» нечто такое, чего никогда раньше не видел, он смотрит вверх

и направо. Глаза перемещаются по горизонтали налево, когда человек вспоминает звуки, и по горизонтали направо при конструировании звуков. Для доступа к ощущениям характерно движение глаз вниз и вправо. Когда же человек разговаривает сам с собой, глаза чаще всего смотрят вниз и налево. Расфокусированный взгляд прямо перед собой, когда собеседник смотрит на вас, но ничего не видит, тоже говорит о визуализации.

Субмодальные характеристики

Итак, существует три основных типа мышления: с помощью звуков, картинок и ощущений – но это лишь первый шаг. При описании виденной ранее картинке появляется масса деталей, которые можно уточнить. Была ли картинка цветной или черно-белой? Это фильм или слайд? Далеко она или близко? Такого рода особенности не зависят от того, что изображено на картинке. Аналогичным образом можно описать звук как высокий или низкий, близкий или далекий, громкий или тихий; ощущения могут быть сильными или слабыми, тяжелыми или легкими, притупленными или острыми. Эти характеристики в литературе по НЛП называют субмодальностями. Если репрезентативные системы являются модальностями – способами описания мира, то субмодальности – это кирпичики, из которых строится восприятие, то, из чего состоят картинки, звуки и ощущения.

Ниже приводится список наиболее часто встречающихся субмодальностей.

Визуальные. Ассоциированная (вижу собственными глазами) или диссоциированная (вижу себя со стороны). Цветная или черно-белая. В рамке или без нее. Глубина (двух– или трехмерная). Местоположение (слева или справа, сверху или снизу). Расстояние от зрителя до картинки. Яркость. Контрастность. Резкость (размытая или сфокусированная). Движение (фильм или слайд). Скорость (быстрее или медленнее обычного). Количество (отдельная сцена или множество образов). Размер.

Аудиальные. Стерео или моно. Слова или звуки. Громкость (громко или тихо). Тон (мягкий или жесткий). Тембр. Местоположение источника звука. Расстояние до источника. Длительность. Непрерывность или дискретность. Скорость (быстрее или медленнее обычного). Чистота (чистый или приглушенный).

Кинестетические. Локализация. Интенсивность. Давление (сильное или слабое). Степень (насколько велико). Текстура (шероховатый или гладкий). Тяжесть (легкий или тяжелый). Температура. Длительность (как долго это длится). Форма.

Это далеко не полный список наиболее важных характеристик.

Субмодальности можно рассматривать как фундаментальный операционный код человеческого мозга.

Самой существенной субмодальной характеристикой является ассоциированность-диссоциированность восприятия. При ассоциированном восприятии человек ощущает себя субъектом, а ситуацию – объектом действия, тут есть полный контакт с ощущениями, поступающими по всем сенсорным каналам (репрезентативным системам), полное проживание эмоций в ситуации. При диссоциации человек чувствует себя объектом наблюдения, он видит и слышит себя со стороны, тут внимание фокусируется на одной или двух репрезентативных системах, информация по кинестетической системе не поступает.

Для выполнения многих техник НЛП пациенту необходимо научиться мысленно представлять себе «живые картины», включающие максимально возможное число субмодальностей.

Якорение

Это очень важный прием, используемый во многих техниках НЛП. Якорение – это процесс, посредством которого определенное событие, как внутреннее (образ, мысль), так и внешнее (звук, слово, поднятие руки, интонация, прикосновение), связывается с определенной реакцией или состоянием и может их «запустить». Якоря могут возникать естественным образом или их можно устанавливать намеренно. Положительный якорь вызывает ресурсное состояние (приятное переживание). Отрицательный якорь вызывает проблемное состояние (неприятное переживание).

При установке якоря следует ориентироваться на три принципа:

1. Якорем может быть прикосновение, движение или звук.
2. Якорь ставится незадолго до пика нужного переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать. Это очень важно – только в этом случае мозг свяжет переживание с внешним якорем.
3. Следует воспроизводить якорь чрезвычайно точно: точно такой же звук или слово, произнесенное с точно такой же интонацией, точно такое же движение или прикосновение.

При обучении пациента технике якорения ему необходимо помочь: показать образцы поз и движений, подать звуковой сигнал в нужный момент и т. д. В дальнейшем пациент должен научиться устанавливать и воспроизводить якоря (в первую очередь тактильные) самостоятельно.

Тактильные якоря, для которых используется прикосновение, – самые надежные и удобные с точки зрения их установки. Аудиальный якорь обычно трудно удерживать, от визуального пациент может отвернуться, а прикосновение всегда ощущается и действует. Поэтому отработку

установки якорей начинают именно с тактильных. Хорошо поставленный тактильный якорь обычно органично вписывается в ситуацию, является естественным и незаметным. Самое важное при установке – помнить значение якорей. Рекомендуется ставить положительные (ресурсные) якоря одной рукой, отрицательные – другой. Обучая пациента технике установки якорей, следует помнить, что некоторые люди неприязненно относятся к прикосновениям.

Два других вида якорей используют в тех случаях, когда пациент по каким-либо причинам неспособен установить тактильный (кинестетический) якорь.

Визуальным якорем может быть характерное движение, положение в пространстве (например, «поза гипнотизера»), мимика. Большинство якорей желательно удерживать продолжительное время, так что если используется какой-нибудь забавный жест, для того чтобы этот якорь удерживать, его придется часто повторять. Обычно рекомендуется использовать такие позы или положения в пространстве, которые не возникают случайно.

Аудиальные якоря . Для удобства можно разделить все аудиальные якоря на два типа: голосовые и звуковые.

Голосовые ставятся определенным звучанием голоса: с помощью интонации, высоты, скорости и т. п. Эту высоту или скорость следует применять только для якорения и воспроизведения якоря. Звуковые якоря ставятся с помощью подручных предметов (дудочка, колокольчик и т. д.).

Вызов состояния . Самая важная задача при работе с якорями – не сама их установка, а вызов нужного состояния, которое потом можно использовать.

При установке якоря терапевт может прямо попросить пациента войти в нужное состояние или предложить ему вспомнить ситуацию, в которой он испытывал это состояние. Можно ввести пациента в нужное состояние, а потом помочь ему поставить якорь.

Модели изменения в нейролингвистическом программировании

Нейролингвистическое программирование – это стратегический подход, нацеленный на результат. Для осуществления нужных результатов в НЛП существует несколько моделей.

Модель «НС-ЖС». Эта модель проста и эффективна. «Стартуя» в исцеление, человек находится в настоящем состоянии (НС) – мучительном и проблемном. Если, например, пациент не просто хочет избавиться от лишнего веса, а прийти к здоровью, его цель – желаемое состояние здоровья (ЖС), тот результат, которого он хочет добиться. Для того чтобы

это продвижение осуществилось, нужны следующие вещи:

1. Точно знать конечную цель – результат следует четко определить и описать.

2. Ресурсы – любые средства, которые можно задействовать для достижения результата: физиология, состояния, мысли, чувства, стратегии, переживания, люди, события или вещи.

3. Техники – приемы и методы психологической работы, с помощью которых осуществляется продвижение к цели.

Модель *SCORE* (*score* – счет) определяет первичные компоненты, необходимые для организации информации о проблемном пространстве. Модель получила свое название по первым буквам английских слов: *Symptoms, Causes, Outcomes, Resources, Effects* (симптомы, причины, результаты, ресурсы, эффекты). Данные элементы описывают то минимальное количество информации, которое необходимо собрать для эффективной работы с проблемой.

Согласно модели *SCORE*, работая с зависимостью, мы имеем дело с симптомом (*symptom*), который является следствием какой-то причины (*cause*). Цель работы – нормализация пищевого поведения – это результат (*outcome*), когда цель будет достигнута, это немедленно окажет позитивное воздействие (*effect*) на жизнь клиента. Добиться же цели помогают ресурсы (*resources*), к которым в НЛП относят все, что может быть задействовано для достижения результата, при этом к основным ресурсам относят физиологию, состояния, мысли, чувства, переживания наряду с конкретными технологиями их репрезентации.

В качестве причины любого симптома в модели *SCORE* обычно рассматривается некое событие, которое в силу его травматичности или значимости как бы запечатлелось в психике (бессознательном) человека и в результате породило нарушение комплекса реакций в данной конкретной области поведения.

1. Симптом, как правило, является наиболее заметным и осознанным аспектом проблемы или текущего состояния. Определение признаков влечет за собой выяснение «сдерживающих причин», то есть действующих отношений, предположений и ограничивающих условий (либо отсутствия границ) в пределах системы, сохраняющей настоящее, или «симптоматическое», состояние.

2. Причины – это основные элементы, отвечающие за создание и поддержание симптомов. Как правило, они менее очевидны, чем порождаемые ими проявления. Определение причин влечет за собой выяснение «предшествующих» или «ускоряющих» причин: прошлых

событий, действий или решений, влияющих на нынешнее «симптоматическое» состояние через непрерывную линейную последовательность «действий и противодействий».

3. Результаты – это конкретные цели или желаемые состояния, которые должны прийти на смену симптомам. Определение результатов – это поиск ответа на вопрос, в каком виде будет получен результат и как можно точно узнать о том, что он достигнут. Выяснение результатов является важной составной частью задания проблемного пространства, поскольку именно разрыв между нынешним и желаемым состоянием определяет границы проблемы.

4. Ресурсы – это основные элементы, позволяющие устранить причину симптомов и поддерживать желаемый результат. Определение ресурсов влечет за собой поиск «средних», относящихся к достижению желаемых результатов и преобразованию причин симптомов.

5. Эффекты – это долговременные следствия достижения конкретного результата. Положительные эффекты, как правило, сами по себе являются причиной или мотивацией для достижения результата (предполагаемые отрицательные эффекты могут вызывать сопротивление). Какие-либо особые результаты обычно являются «мостиками» к достижению долговременного эффекта. Определение эффектов включает в себя выявление «конечных причин», то есть будущих целей, задач или намерений, которые дают направление или оказывают влияние на систему, определяя, таким образом, смысл, целенаправленность или уместность текущих действий.

Система «фрейм-результата». Чтобы достичь успеха, необходимо ясно представлять себе (ограничить, от англ. *frame* – рамка) результат.

Техника «фрейм-результата» представляет собой пошаговую процедуру уточнения исходного замысла, в ходе которой пациент последовательно отвечает себе на следующие вопросы:

1. Результат. Чего я хочу добиться?
2. Признаки. Как я узнаю, что достиг цели? Что я увижу, услышу, почувствую, смогу сделать?
3. Условия. Где, когда и с кем мне это необходимо и желательно? Где, когда и с кем – нежелательно?
4. Средства. Чего мне не хватает, чтобы достичь цели? Каких ресурсов?
5. Ограничения. Почему я не мог достичь цели раньше?
6. Последствия. Что произойдет, если я достигну (не достигну) цели?
7. Ценность. Стоит ли цель моих усилий?

Логические уровни здоровья

Здоровье – это образ жизни в целом, и на него оказывают влияние очень многие факторы: индивидуальные, психологические, социальные, физические, в частности – питание. Существуют два важных вопроса, касающихся любой проблемы здоровья:

- На какие факторы человек может воздействовать?
- Какой из них вызовет наиболее сильное изменение?

Одни факторы в значительной степени поддаются влиянию пациента, другие – только частично, а третьи вовсе не поддаются контролю. При работе со здоровьем представление о различных уровнях контроля и влияния (их называют «нейрологическими уровнями» или просто «логическими уровнями») имеет практический смысл. Основными уровнями являются следующие:

1. Окружение – вещи и люди, которые окружают человека: внутренняя среда, внешнее окружение, социальное окружение.

2. Поведение – то, что человек делает. Эта сфера связана со здоровьем в двух аспектах: человек может избегать нездоровых привычек и развивать здоровые.

3. Способности – повторяющиеся последовательности действий и привычки, освоенные человеком «стратегии» – паттерны мышления и реагирования. У людей есть стратегии для поддержания стресса, формирования взаимоотношений, гнева, выбора, для определения того, когда и что есть или в какое время и какое количество физических упражнений нам делать. Стратегии – это последовательности мыслительных операций, которые используются постоянно и, следовательно, приводят к привычным действиям.

4. Убеждения – принципы, которые управляют действиями. Они определяют то, как человек относится к самому себе, как он реагирует на других людей и какой смысл придает своим переживаниям. Ценности – это то, к чему человек стремится: здоровье, благополучие, счастье, безопасность, любовь. Ценности создают ориентир для поведения. Убеждения и ценности оказывают огромное влияние на наше здоровье.

5. Идентичность (индивидуальность, тип личности) – восприятие самого себя, глубинные убеждения и ценности, которые определяют цель человека с его собственной точки зрения.

6. Духовность – связь с другими людьми и с тем, что выше личности.

Здоровье воздействует на все нейрологические уровни и, в свою очередь, подвергается влиянию со стороны каждого уровня. Оно имеет много измерений. Здоровье включает в себя всего человека: его окружение,

поведение, мысли, убеждения, идентичность и духовность.

В НЛП разработаны практические методы для осуществления воздействий на разных уровнях:

- на уровне окружения, где можно создавать и поддерживать прочные и хорошие взаимоотношения;
- на уровне поведения и способностей, формируя здоровые привычки и стратегии мышления, дающие человеку возможность реагировать изобретательнее, что позволяет лучше защищаться от стресса и управлять своим состоянием;
- на уровне убеждений и ценностей, где человек осознает свои убеждения и то, что является для него важным. НЛП предлагает конкретные стратегии для разрешения конфликтующих убеждений и замены старых убеждений на новые, которые позволяют эффективнее поддерживать здоровье;
- на уровнях идентичности и духовности, регулируя все остальные уровни.

Нейрологические уровни представляют собой не столько иерархию, сколько систему взаимосвязей. Каждый оказывает влияние на все остальные, и все они важны для здоровья. Эти уровни по своим функциям в какой-то мере аналогичны работе различных физиологических систем:

- идентичность – иммунная и эндокринная системы;
- убеждения и ценности – вегетативная нервная система;
- способности – кора и подкорка головного мозга (неосознанные процессы);
- поведение – ассоциативные и двигательные центры коры (осознанные процессы);
- окружение – рефлексы (периферическая нервная система).

В одной работе список логических уровней расширен до девяти и включает в себя: 1 – окружение, 2 – поведение, 3 – способности, 4 – желания (цели, намерения), 5 – ценности, 6 – убеждения, 7 – идентичность, 8 – миссия, 9 – смысл (Ковалев, 2003).

Программа психотерапии при нарушениях пищевого поведения и лишнего веса, приведенная в данном разделе, взята из работы С. В. Ковалева «Семь шагов от пропасти. НЛП-терапия наркотических зависимостей» (М.: «КСП+», 2003); эта программа была модифицирована для работы с пищевой аддикцией.

Техники

Модуль 1. Введение

Техники данного модуля направлены на следующие цели:

- формирование мотивации к излечению;
- слияние идентичностей «обжоры» и «нормального едока»;
- создание нового образа Я;
- наложение «ломки» на «кайф».

Проблема позитивной и негативной мотиваций (мотивационного конфликта) при нормализации пищевого поведения подробно рассмотрена в разделе 3.1 настоящей главы справочника. Техника интеграции противоположностей (слияния идентичностей) представлена в разделе 3.8 настоящей главы. Здесь же представлены другие техники, которые можно эффективно использовать для усиления мотивации клиента к нормализации пищевого поведения.

ТЕХНИКА «АЛГОРИТМ САМОИСПОЛНЯЮЩИХСЯ ПРЕДСКАЗАНИЙ» (Сидоренко, 2000)

1. Вспомните человека, обладающего, на ваш взгляд, недостаточной или неправильной мотивацией (в данном случае это клиент).

2. Оставьте за порогом сознания все, что вы знаете об этом человеке и его мотивах.

3. Сосредоточьтесь на том, каким вы хотели бы видеть этого человека. Составьте себе желаемое представление о нем. Какие он должен ставить перед собой цели? Чего хотеть? К чему стремиться?

4. Добейтесь того, чтобы перед вами (разумеется, в вашем сознании, но как бы перед вашими глазами) возник отчетливый идеальный образ этого человека. Представьте себе, что он уже стал таким, каким вы хотите его видеть.

5. С этого момента, общаясь и взаимодействуя с клиентом, обращайтесь как бы к вашему идеальному представлению о нем. И стоит верить, что такое «предсказание» исполнится и клиент действительно станет ближе к вашему идеальному представлению о нем.

Для усиления сознательной части мотивации клиента можно использовать следующую технику.

Техника «Логический квадрат»

Логический квадрат, с которым вы будете работать, имеет такой вид:

1. Что случится, если это произойдет?	2. Что случится, если это не произойдет?
3. Что не случится, если это произойдет?	4. Что не случится, если это не произойдет?

Для работы с пищевой аддикцией логический квадрат выглядит следующим образом:

1. Что случится, если ты перестанешь переедать?	2. Что случится, если ты не перестанешь переедать?
3. Что не случится, если ты перестанешь переедать?	4. Что не случится, если ты не перестанешь переедать?

Предложите клиенту последовательно заполнить все четыре сектора логического квадрата.

Наибольшее внимание следует обратить на части 3 и 4. Третий сектор – «Что не случится, если это произойдет?» – позволяет выяснить очень важные моменты, прямо связанные с причинами возникновения и устойчивости пищевой зависимости. Потому что если, например, окажется, что при нормализации пищевого поведения у клиента исчезнет («не случится») спокойствие, равнодушие к проблемам, возможность общаться и прочее, необходимо предпринять специальные усилия для создания экологичного варианта лечения.

Четвертый сектор – «что не случится, если этого не произойдет» – позволит клиенту еще раз убедиться в необходимости достижения результата – нормализации пищевого поведения. Однако тут можно воспользоваться еще одним странным ресурсом: проклятием. Клиент вполне может согласиться с тем, что он как бы кем-то был проклят (хотя проклинал-то он себя сам). Но если у клиента есть дети, ему стоит объяснить, что, согласно исследованиям Ч. Тойча, эти самые проклятия, а точнее – нерешенные проблемы родителей, как бы кодируются в ДНК и РНК их детей, которые затем вынуждены решать эти проблемы либо снова передать их по наследству. А это значит, что если клиент не хочет, чтобы его дети выросли с таким проклятием нарушенного пищевого поведения, единственное, что для этого совершенно необходимо сделать, – это полностью изменить свое собственное пищевое поведение.

Почти все люди, страдающие зависимостями (в том числе и пищевые аддикты), сознательно или неосознанно делают две вещи. Во-первых, они оставляют за собой право на сомнения по поводу эффективности и возможности исцеления. А во-вторых, как бы перекладывают ответственность за него с себя на терапевта. Здесь можно применить технику терапевтической метафоры. Для этого, обнаружив эти свойства у клиента, терапевт может задумчиво произнести: «Знаешь, мне это напоминает одну историю», – и рассказать следующую притчу (М. Павлова, «Интенсивный курс повышения грамотности на основе НЛП»).

"Эта история произошла давным-давно в старинном городе, в котором жил великий мудрец. Слава о его мудрости разнеслась далеко вокруг его родного города. Но был в городе человек, завидующий его славе. И вот

решил он придумать такой вопрос, чтобы мудрец не смог на него ответить. И он пошел на луг, поймал бабочку, положил ее между ладоней и сказал себе: «Спрошу-ка я у мудреца: скажи, о мудрейший, какая бабочка у меня в руках – живая или мертвая? Если он скажет – живая, я сомкну ладони, и бабочка умрет, а если он скажет – мертвая, я раскрою ладони и бабочка улетит. Вот тогда все поймут, кто из нас умнее». Итак, завистник отправился к мудрецу и спросил у того: «Какая бабочка у меня в руках, о мудрейший, – живая или мертвая?» И тогда мудрец, который действительно был очень умным человеком, сказал: «Все в твоих руках».

Рассказав притчу, терапевт не должен ничего говорить. Он может некоторое время внимательно смотреть на клиента (так что появляется необычно длинная пауза, когда клиент может почувствовать легкий дискомфорт), после чего прерывает контакт с клиентом на какое-то время.

Люди с зависимостями страдают от расщепления на противоположности. Для успешной терапии сначала необходимо объединить две полярные идентичности клиента. Когда одновременно присутствуют две этих идентичности, можно работать с ними двумя или даже организовать их диалог. Серьезная проработка идентичности «обжоры», а также объединение частей личности, выступающих «за» и «против» освобождения от пищевой зависимости, будут проведены позднее. Однако без объединения «обжоры» и «умеренной» идентичности вся последующая работа может оказаться малоэффективной.

Для того чтобы сделать это слияние максимально надежно, используются техники скрещивания якорей и четырехшагового рефрейминга.

Техника «Скрещивание якорей»

1. Попросите клиента сесть поудобнее и вспомнить ситуацию, в которой ему страстно хотелось чего-нибудь съесть – просто вспомнить, а не погружаться в соответствующие переживания.

2. Теперь предложите ему мысленно войти в эту ситуацию (важный момент: все происходившее там он должен видеть, как говорят в НЛП, ассоциированно, то есть как бы своими глазами, а не диссоциированно – как бы наблюдая за собой со стороны) и ощутить все то, что он ощущал там и тогда. Попросите клиента дать вам знак в тот момент, когда эти ощущения приближаются к вершине.

3. Предварительно выбрав место постановки якоря (лучше всего использовать колени, кисти рук и плечи), сразу после того, как клиент даст знак, прикоснитесь к данному месту и на 1–3 секунды задержите на нем руку. Повторите все, описанное в пунктах 2–3, несколько раз – вначале от 5

до 7. При этом постарайтесь запомнить выражение лица, направление взгляда, позу и характер дыхания клиента в момент, когда он глубоко погружен в соответствующие ощущения.

4. Проверьте постановку якоря, для чего, отвлекая внимание клиента, прикоснитесь к выбранному месту так, как вы это делали в момент постановки. И если реакция клиента: выражение лица, направление взгляда, поза и характер дыхания – похожа на то, что можно было видеть, когда его переживания достигли пика, можно считать, что дело сделано – якорь для вызова идентичности «обжора» поставлен. Учтите, однако, что иногда для появления нужной реакции якорь приходится удерживать не 1–3, а 5–10 секунд.

5. Теперь пересадите клиента на другой стул (это важно, ибо прошлое место уже само по себе может стать якорем) и попросите его вспомнить ситуацию, в которой он был полон решимости начать новую жизнь, сесть на диету, отказаться от обжорства и т. п. А после того, как он эту ситуацию отыщет, поставьте якорь «умеренной» идентичности по той же схеме (шаги 2 и 3), естественно, на другом плече, колене или другой кисти. Точно так же сделайте это несколько раз и запомните внешние признаки, сопровождающие появление пика ощущений.

6. Проверьте постановку якоря так, как это описано в пункте 4.

7. Далее следует самая важная часть работы. Одновременно нажмите на два якоря и держите их до тех пор, пока не произойдет слияние или, по крайней мере, соединение идентичностей. Заметить этот момент довольно-таки легко. Скорее всего сразу же после одновременного включения двух якорей у клиента возникнет так называемая лицевая асимметрия, когда две половины лица заметно отличаются одна от другой. А затем асимметрия как бы сгладится (что часто сопровождается отличным от прежних глубоким вдохом или выдохом, изменением позы на более расслабленную и т. п.), это и будет свидетельством о слиянии или соединении идентичностей. Обычно этот процесс занимает 40–50 секунд.

8. Поскольку в момент скрещивания якорей клиент впадает в частичный, а иногда даже и «полноценный» транс (гипнотическое состояние), используйте время слияния идентичностей для соответствующих внушений.

Скажите следующее:

«И пока ты испытываешь эти чувства, ты можешь обнаружить, что существует прямая связь между тем, насколько интенсивны эти чувства, и тем, насколько быстро ты освоишь новые варианты поведения, которые нужны тебе для того, чтобы решить проблемы, связанные с перееданием».

Можно также использовать упрощенный вариант текста:

«Ты сможешь найти такие варианты поведения, которые позволят удовлетворять себя в той же степени, какой ты достигаешь с помощью еды».

Повторяйте этот текст (несколько раз) в процессе слияния идентичностей – на выдохе вашего клиента и по возможности в такт его дыханию.

Центральным моментом в процедуре скрещивания якорей является их постановка.

При постановке якорей следует опираться на следующие принципы:

1. Чтобы вызвать желаемую реакцию, и клиенту, и терапевту следует использовать соответствующие поведенческие аспекты (адекватные искомому состоянию позы, жесты и т. п.), выражение лица, а также тональные, ритмические и содержательные (слова) характеристики речи.

2. При установке якоря клиент должен думать об одном конкретном событии, а не о серии инцидентов.

3. Переживание клиента должно быть ассоциированным – то есть он вновь переживает нужное событие, а не просто думает о нем.

4. Необходимо установить якорь в момент интенсивного переживания, а не в момент входа в это состояние или выхода из него.

5. Чем неповторимей поставленный якорь, тем лучше. Однако терапевт должен уметь в точности повторить якорь: то же место, та же продолжительность воздействия, то же давление – или тот же голос, жест и т. п.

Если при проверке якоря желаемого отклика не возникает, это, вероятнее всего, значит, что:

- клиент не переживал событие как нечто актуальное;
- якорь был установлен не в тот момент, когда интенсивность переживания достигла вершины.

В этом случае следует подкрепить якорь дополнительными событиями, вызывающими нужное состояние.

Если в результате скрещивания якорей слияние идентичностей, как минимум, началось, то следующим этапом является создание нового образа Я при помощи техники четырехшагового рефрейминга.

В этой технике происходит смешивание двух Я-образов клиента: «хорошего» и «плохого», в результате чего появляется новый устойчиво «хороший» образ Я.

Этот образ станет для мозга своеобразным «чертежом» идентичности, исходя из которого мозг будет строить конкретные программы поведения.

Техника «Четырехшаговый рефрейминг»

1. Предложите клиенту идентифицировать свою проблему и назвать ее словом или словосочетанием. Это делается для фиксации соответствующего фрагмента поведения. Важно, чтобы изменения касались только проблемного аспекта деятельности человека, а не распространялись на другие области жизни. Для этого полезно назвать поведение, подлежащее изменению, каким-либо словом.

2. Попросите клиента пережить две-три жизненные ситуации, когда проблема беспокоила его больше всего. Получить полный доступ к переживаниям можно, лишь находясь внутри ситуации. Поэтому на данном этапе все проживается в ассоциированном состоянии. И здесь важно найти привязку к телесным ощущениям, то есть выявить, какие телесные состояния соответствуют проблемной ситуации.

3. Затем предложите клиенту диссоциироваться от ситуаций, связанных с проблемным поведением. Другими словами – посмотреть на происходящее с позиции стороннего наблюдателя. Скорее всего перед его внутренним взором откроется неприятное зрелище. Хотя человек и пользуется диссоциацией, но ощущение дискомфорта и негативные переживания, связанные с увиденным, остаются.

4. Попросите клиента изменять образ самого себя в проблемной ситуации, делая его все более и более негативным. Пусть сделает этот образ максимально неприятным и в это время сжимает левый кулак – чем неприятнее образ, тем сильнее кулак сжимается. На пике негативного переживания ему надо разжать пальцы.

Установив взаимосвязь между мышечным напряжением и психологическим переживанием, можно легко регулировать интенсивность этого переживания.

5. Предложите клиенту как бы смоделировать желаемое состояние. Пусть создаст образ самого себя в будущем и посмотрит, как он будет выглядеть после того, как проблема перестанет быть проблемой. Как изменятся его движения и ощущения. Какие новые особенности обретет его голос.

Попросите клиента задать себе вопрос: «Для чего я хочу избавиться от проблемы?» Ответ на него часто и является формулировкой состояния, к которому стоит стремиться. В желаемом состоянии просто нет места проблеме. Оно предполагает наличие у человека новых качеств, нивелирующих действие проблемы.

Если ему понравился сконструированный образ себя, то пусть ассоциируется с ним. Или, другими словами, «шагнет» внутрь себя и

ситуации и ощутит, как он будет себя чувствовать после всех изменений. Если клиента устраивают эти переживания, можно переходить к следующему шагу процедуры. Если нет, надо произвести необходимые изменения. Например, добавить легкости в движениях или твердости в голосе. Все зависит от его и вашей фантазии, а также от контекста для будущего состояния.

6. Предложите клиенту вновь вернуться в позицию стороннего наблюдателя, то есть диссоциироваться от будущей ситуации, и посмотреть на себя, на все то, что происходит, на свои действия. Пусть он пытается сделать желанный образ все более и более привлекательным, чтобы тот вызывал массу позитивных чувств. Одновременно пусть сжимает правый кулак по тому же самому «принципу»: чем сильнее переживание, тем сильнее мышечное напряжение. На пике позитивных ощущений ему опять-таки надо разжать пальцы.

Теперь у клиента есть два образа: один слева, другой справа. Они оба находятся в поле его внутреннего зрения. Созерцание изображений вызывает положительные переживания, ведь это результат приложенных усилий и «строительный материал» для позитивных изменений в будущем.

7. Попросите его вытянутыми руками как бы прикоснуться к образам и начать мысленно сближать картины проблемного и желаемого состояний. Пусть сближает руки так, чтоб в момент объединения образов руки тоже соединились. Хотя довольно часто соприкосновение рук происходит чуть раньше, чем слияние образов, но это допустимо, так как ускоряет процесс объединения.

После того как клиент соединил руки, предложите ему дождаться, пока образы не объединятся. И попросите его оценить, нравится ли ему новый образ Я? Все ли в нем так, как хотелось бы? Если что-то не устраивает клиента, например слишком много негативных черт осталось от образа проблемного состояния, это можно легко исправить. Пусть клиент, снова разведя руки, как бы разведет и образы. Затем пусть добавит или усилит соответствующие позитивные черты. А после снова соединит руки и образы. Данную процедуру можно повторить несколько раз, пока итоговый образ не будет устраивать клиента и терапевта на все сто процентов.

8. Теперь предложите своему клиенту объединить итоговый образ со своим собственным телом. Другими словами, погрузить образ в себя или ассоциироваться с ним. Для этого, переплетя пальцы, пусть приближает руки к своей груди, одновременно мысленно придвигая к себе и образ. Коснувшись груди, он может расцепить руки и даже обнять себя,

переживая процесс объединения. Попросите клиента обратить внимание на то, чтобы все части образа совпали с соответствующими частями тела. Когда переживания потеряют интенсивность, можно опустить руки.

Если новый образ Я не удовлетворит терапевта или клиента (терапевт может прямо спросить его об этом или догадаться по выражению лица клиента), не стоит снова разводить два этих образа, но лучше представить этот образ как негативный, после чего клиент может придумать новый позитивный образ, повторяя все шаги процедуры до тех пор, пока новое Я не станет неотразимо притягательным и экологичным.

Для того чтобы предлагаемые воздействия глубже проникали в психику клиента, рекомендуется как можно шире использовать уже упомянутую технику терапевтической метафоры. С ее помощью на языке правого полушария терапевт незаметно и исподволь вводит в бессознательное переживающего клиента некие новые и весьма важные смыслы, отношения и реакции, так создается нечто вроде информационной матрицы желаемых изменений. Тут лучше использовать и так называемые «контекстные» метафоры, которые говорят о содержании конкретных шагов терапии, и «внеконтекстную» обобщенную терапевтическую метафору избавления от зависимостей.

Скорее всего ваш клиент придет в состояние легкого транса. Воспользуйтесь этим для того, чтобы рассказать следующую терапевтическую метафору (по Н. Пезешкиану, «Позитивная семейная психотерапия»).

...

"Мулла захотел достать из кувшина немного орехов для своей жены, которая обещала приготовить ему фесенъян, его любимое блюдо. Предвкушая удовольствие, мулла засунул руку глубоко в кувшин с орехами и схватил столько орехов, сколько мог взять одной рукой. Когда он попытался вытащить руку из кувшина, она застряла. Из всех сил мулла тащил и крутил руку, но кувшин не отпускал ее. Он кричал, стонал, сыпал проклятиями, неподобающими мулле, – ничего не помогало. Даже когда его жена взялась за кувшин и потянула его изо всей силы, ничего не получилось. После долгих мучительных попыток они

позвали на помощь соседей, которые с большим интересом следили за этим спектаклем. Один из соседей спросил у муллы, как все случилось. Жалобным голосом и со стонами отчаяния мулла поведал о своем несчастье. Сосед сказал: «Я помогу тебе, если ты сделаешь в точности так, как я скажу». – «Я обещаю сделать все, что скажешь, если только ты можешь освободить меня от этого ужасного кувшина». – «Тогда протолкни руку дальше в кувшин».

Это показалось мулле странным: зачем проталкивать руку дальше в кувшин, если он хочет вытащить ее оттуда? Но он сделал так, как ему было сказано.

Сосед продолжал: «Теперь раскрой руку и отпусти орехи, которые ты держишь». Это требование расстроило муллу. Он так хотел полакомиться любимым блюдом, а теперь ему предлагают бросить орехи. Неохотно он последовал указанию своего советчика. А тот сказал: «Теперь медленно вытащи руку из кувшина».

Мулла легко вытащил руку из кувшина. Но он был не вполне удовлетворен: «Моя рука теперь свободна, но как же орехи?» В ответ на это сосед взял кувшин, перевернул его и высыпал из него столько орехов, сколько было нужно мулле. Мулла широко раскрыл глаза и рот и спросил: «Ты волшебник?»

Модуль 2. Постановка и программирование результата

Техники данного модуля направлены на следующие взаимосвязанные цели:

- превращение проблемы в решение;
- определение результата;
- формирование бессознательной готовности к его достижению;
- создание предварительных программ достижения результата.

Для того чтобы как бы трансформировать проблему клиента в решение и сформулировать результат, необходимо пройти ряд процедур. Первая из них называется «волшебный вопрос». Это вопрос, который терапевт ставит перед клиентом, в общей форме он звучит примерно так: «Предположим, что однажды утром случилось чудо – проблема, мучившая тебя, исчезла.

По каким признакам ты бы узнал об этом? Что изменилось бы в тебе и в мире? Что заметили бы в тебе окружающие? Что тогда было бы по-другому?»

Итак, терапевт задает этот «волшебный» вопрос клиенту и ожидает ответа. При этом терапевт активен, он постоянно переспрашивает и уточняет: «Это как? И что еще?»

Скорее всего через некоторое время в результате появится приемлемая формулировка, с которой уже можно работать.

Техника «Раскрутка вверх» Последовательно, шаг за шагом, как бы укрупняя решение клиента, терапевт задает вопросы о будущем: «Что это тебе даст?» («Предположим, ты уже перестала переедать. Что это тебе даст?» – «Нормальную жизнь». – «Предположим, что у тебя уже есть нормальная жизнь. Что тебе это даст?» – «Возможность иметь семью» – «Предположим, что у тебя уже есть семья. Что тебе это даст?» – «Счастье в личной жизни» – и т. д. и т. п.). Терапевт работает в технике «раскрутки» до тех пор, пока клиент не дойдет до очень «высоких материй» и пока он не поймет – уже не умом, но сердцем, что от нормализации пищевого поведения зависит вся ее дальнейшая жизнь.

Техника «Раскрутка вниз» Чтобы «разукрупнить» и конкретизировать слишком большое и расплывчатое решение, используется техника «раскрутки вниз». Тут терапевт задает клиенту серию вопросов «Как можно?». Именно серию, потому что уже первый из них придется задавать неоднократно («Как можно наладить пищевое поведение?... Как еще? А еще?... А как можно жить нормальной или даже счастливой жизнью без переедания?... Как еще можно?... А еще?...») А полученные ответы терапевт продолжает «дробить» до тех пор, пока не получит вполне конкретное решение или действие. Главный результат этого подхода – точный «чертеж» будущего желаемого состояния, поскольку для достижения успеха необходимо ясно представлять себе результат.

Техника «Хорошо сформулированный результат»

Данная техника представляет собой пошаговую процедуру уточнения исходного замысла, в ходе которой клиент последовательно отвечает на следующие вопросы:

1. Результат. Чего я хочу добиться?
2. Признаки. Как я узнаю, что достиг цели? Что я увижу, услышу, почувствую, смогу сделать?
3. Условия. Где, когда и с кем мне это необходимо и желательно? Где, когда и с кем – нежелательно?
4. Средства. Чего мне не хватает, чтобы добиться цели? Каких

ресурсов?

5. Ограничения. Почему я не мог достичь цели раньше?

6. Последствия. Что произойдет, если я достигну (не достигну) цели?

7. Ценность. Стоит ли цель моих усилий?

Хорошо сформулированная цель:

- определена в позитивных и вполне конкретных сенсорных категориях;
- практична и достижима;
- необходима и сама по себе, и по ее последствиям;
- предполагает процедуру проверки и может быть достигнута с помощью разнообразных средств.

Техника «Работа над формулировкой цели»

Данная техника есть первый, подготовительный этап работы по формированию у клиента бессознательной готовности к достижению столь нужного ему (но в глубине души все еще не вызывающего однозначного отношения) результата.

Терапевт просит клиента последовательно ответить на следующие четыре вопроса:

1. Возможно ли это получить (или делать, или ощущать)?

2. Стоит ли это иметь?

3. Даст ли это мне то, чего я действительно хочу?

4. Будет ли стоить получение результата затрат?

Положительный ответ клиента на первый вопрос весьма важен в связи с его тайным страхом, что все предпринятые усилия окажутся бесплодными, так как у него уже есть опыт использования различных диет и «чудодейственных» пилюль.

Утвердительный ответ на второй вопрос просто необходим, так как если клиент не обнаружит, что он приобретет куда больше, чем потеряет, ни о какой готовности или мотивации (хотя бы для предварительной работы) не может быть и речи (так что стоит посвятить время перечислению и описаниям – образным и красочным – всего того, что он обретет взамен своего пристрастия).

Положительный ответ на третий вопрос чрезвычайно важен потому, что перечисления и описания, относящиеся ко второму вопросу, вначале для клиента носят поверхностный характер и, вероятно, мало его затрагивают внутри (так что стоит подумать, какие желания, потребности, мотивы и ценности клиента можно использовать для того, чтобы он поверил в ценность результата).

Ответ на четвертый вопрос важен в связи с тем, что, согласно данным

современной психологии, человек начинает что-то делать ради достижения результата только в том случае, если ценность результата превышает ценность затрат на его достижение, так что следует стремиться хорошо нагрузить чашку весов «ценность», соответственно, разгрузив чашку «затраты».

Техника «Формирования подсознательной готовности к достижению цели»

Терапевт предлагает клиенту проделать следующую процедуру.

1. Одним предложением запишите цель, которой вы хотите достичь.

Цель: _____

2. Укажите на шкале от 1 до 5, как сильно вы верите в свою цель по отношению к следующим утверждениям (1 – самая низкая и 5 – самая высокая степень веры):

а) моя цель желанна и стоит того;

б) эта цель достижима;

в) то, что мне нужно делать, чтобы достичь этой цели, нормально и естественно;

г) у меня есть необходимые способности для достижения цели;

д) я заслуживаю достижения этой цели.

3. Теперь просмотрите свои ответы и выберите тот, правдоподобность которого вы оценили ниже остальных. Повторите это предложение 9 раз, каждый раз добавляя очередное суждение из нижеперечисленных и то, что спонтанно появится за ним. Постарайтесь быть искренним и обязательно аргументированно переработайте «всплывшие» сомнения и возражения. Когда вы закончите, снова вернитесь к пункту 2 и посмотрите, что изменилось и укрепились,

потому что _____

... и я ее достигну до того, как _____

... и я ее достигну после того, как _____

... пока _____

... если _____

... хотя и _____

... так же как _____

... в любое время _____

... так что _____

«Запрограммировать» клиента на обретение хорошей формулировки результата можно с помощью следующих техник.

Техника «Создание образа желаемого будущего»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Представьте самый хороший исход вашей будущей деятельности – например, результат или качество личности, которые вы бы хотели обрести, но пока их не имеете.

2. Мысленно просмотрите не менее трех «кинофильмов» о своем успехе, в которых вы будете видеть самого себя, исполняющего будущие роли с блеском и вдохновением, – каждый по три раза.

3. «Войдите» в эти фильмы и мысленно проиграйте все эти будущие роли (то есть если на шаге 2 вы на себя смотрели как бы со стороны – были «режиссером», то теперь на происходящее смотрите своими глазами – вы стали «актером») – опять-таки по три раза каждый.

4. Пребывая в будущем, где вы уже добились успеха или стали таким, каким хотите, посмотрите на свое настоящее, из которого вы пришли, и определите, что нужно сделать, чтобы достичь такого будущего.

5. Вернитесь в настоящее, еще раз посмотрите в будущее (представьте его), проверьте последовательность шагов, которые необходимы вам для достижения будущего, и еще раз прокрутите фильмы о будущем успехе. Полностью ощутите себя в настоящем и почувствуйте приобретенную уверенность – в себе, в результате или в новых качествах и состояниях вашей психики.

Техника «Создание побуждающего будущего»

Данная техника описана ниже лишь в общем виде, на практике же ее необходимо конкретизировать. Инструкции терапевта:

"Выберите любую цель, касающуюся одной из перечисленных областей:

- физической;
- профессиональной;
- социальной;
- эмоциональной;
- духовной.

Это ваша жизнь.

Если у вас все еще нет никакой конкретной цели, представьте себе, каким вы хотите стать. Какие качества вы хотели бы иметь?

Вообразите линию времени, протянувшуюся от вашего прошлого к будущему. Вы можете сделать это мысленно, но можно также использовать линию на полу, чтобы ходить по времени.

Отметьте на линии времени то место, которое будет обозначать настоящее.

Перейдите по вашей линии времени в прошлое на такое же расстояние, какое отделяет вас от вашей будущей цели. Если вы строите

побуждающее будущее через пять лет, то и в прошлое необходимо отойти на пять лет.

Посмотрите вперед на то место, которое вы обозначили как «настоящее». Вы построили это «настоящее» теми действиями, которые совершили в прошлом.

Пойдите вперед к «настоящему» и почувствуйте, как много вы изменили за это время. Вам могут прийти в голову определенные ключевые события.

Сойдите с временной линии, представьте себе диссоциированную картину самого себя,двигающегося к своей цели в будущем. Вы должны видеть себя таким, каким вы хотели бы стать. Добавьте нужные звуки и голоса. Теперь «войдите» в картинку (ассоциация).

Какие ощущения у вас возникают? Настройте субмодальности этой картинки,увеличивая ее и делая более яркой и цветной до тех пор, пока ваши приятные ощущения не достигнут пика интенсивности. Сделайте то же самое с аудиальными субмодальностями.

Когда вы почувствуете полное удовлетворение, выйдите из картинки (диссоциация).

Поместите эту картинку в то место в будущем, где вы хотите достичь своей цели. Пусть она встанет прямо на вашу линию времени.

Теперь посмотрите из этой будущей позиции на настоящее.

Какие шаги вам предстоит предпринять, чтобы превратить будущее в реальность?

Какие препятствия могут возникнуть у вас на пути и как вы их будете преодолевать?

Что должно произойти в этот промежуток между настоящим и будущим?

Отметьте шаги и этапы этого процесса.

Вернитесь в настоящее.

Вы поймете, что существует ряд конкретных шагов, через которые придется пройти, чтобы достичь желаемой цели.

Пусть цель всегда находится впереди. Когда вы осуществите ее, создайте новую. Если цель потеряла всякую привлекательность, создайте другую. Пусть всегда у вас будет мечта, выходящая за рамки той фантазии, в которой вы живете".

Техника «Коллапс обобщений»

Данная техника основана на переводе настоящего и желаемого состояний (НС и ЖС) в соответствующие символы с последующим смешением этих символов.

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Подумайте о несоответствии между вашим нынешним состоянием и желаемым состоянием. Отметьте все несовпадения между тем состоянием, в котором вы находитесь сейчас, и тем, которое для вас желанно, – или между вашими настоящими возможностями и желанными возможностями.

2. Когда вы думаете о своем нынешнем состоянии (состоянии проблемы, тупика), какой зрительный образ или представление в вас возникает? Какую картинку вы видите своим мысленным взором? Отметьте, в частности, где и на каком расстоянии от вас расположена картинка.

3. Когда вы думаете о желаемом состоянии (результат, возможности), какое зрительное представление у вас возникает? Отметьте расположение данной картинки.

4. Теперь позвольте вашему мозгу превратить первую картинку в некоторый абстрактный символ или зрительный образ, который вы расположите в том же месте, где была первая картинка. Здесь вам нужно следовать интуиции. Используйте, скажем, чертеж, рисунок, карикатуру. Так, некоторые люди создают разработанные образы, другие просто представляют себе цвет. Важно тут перейти от мелкой картинки к крупномасштабному зрительному представлению.

5. Повторите тот же процесс со второй картинкой – создайте из нее абстрактный символ или визуальный образ.

6. Когда у вас появятся два образа или символа на своих местах, постепенно позвольте им поменяться местами, затем верните их на место, затем поменяйте местами снова и т. д., создавая вращательное движение. Теперь дайте им двигаться быстрее по кругу. Еще и еще быстрее. Теперь очень быстро! Делайте это в течение десяти-двадцати секунд.

7. Освоив передвижение символов, дайте им теперь смешаться в единый образ и пусть этот новый образ окажется прямо перед вами, так, чтобы он был ясно виден.

8. Как только единый образ окажется на месте, начните немедленно рассказывать истории или случаи из жизни, какие только придут в голову. Это может быть случай из вашей жизни, сказка, рассказ, который вы читали, или придуманная история про вас, что угодно – просто начинайте рассказывать.

В конце рассказа подумайте, как сюжеты, образы и характеристики из рассказа связаны с желаемым состоянием, к которому вы стремитесь. И как следует поразмышляйте о том, какое отношение рассказ имеет к вашей проблеме и путям ее преодоления?

Завершить работу модуля 2 терапевт может притчей. Так, например, в состоянии задумчивости он говорит клиенту, что все, что вы сегодня вместе делали, напоминает ему историю о ручье. И рассказывает историю (по М. Кинг, Ч. Цитренбаум, «Экзистенциальная гипнотерапия»).

«Жил-был ручей, который сбегал с горы и вытекал на равнину. Миллю за милей, день за днем этот ручей тек в одном направлении. Иногда на его пути вставали преграды, но ручью удавалось преодолеть любое препятствие, которое лежало перед ним. Но как только ручей попал в пустыню, очень быстро иссяк, впитавшись в песок. Этот ручей проделал длинный путь, затратив много времени, так как просто следовал в одном направлении, но песок очень быстро его победил. И тут он услышал шепот песка: „Ветер путешествует через пустыню, почему бы так не сделать и ручью?“ Ручей отвечал: „Да, но ведь ветер может летать, а ручьи не летают“. – „Ты можешь позволить ветру освободить себя, – прошептал песок, – и он подхватит тебя и перенесет на ту сторону пустыни“. Тогда ручью стало страшно, он никогда не испытывал ничего подобного и боялся такой свободы. Ему было страшно потерять свое Я и, возможно, навсегда. „Послушай, – прошептал песок, – ты все равно изменишься тем или иным способом. Отправишься ли с ветром или останешься здесь, пытаясь пересечь пустыню, ты все равно изменишься. Если ты унесешься с ветром, это будет твоя удача, очень большая удача, потому что ветер нежно возьмет тебя в свои руки и перенесет на другую сторону, и там ты будешь опять самим собой, хоть и измененным. Если же ты продолжишь течь сквозь песок, он легко впитает тебя, и, скорее всего, ты просто станешь болотцем. Но в любом случае ты изменишься, – говорил песок, – выбор за тобой“. Ручью все еще было страшно, но каким-то образом он смог набраться смелости, чтобы решиться воспользоваться ветром. Ветер нежно подхватил его и перенес на многие мили и многие дни вперед, через огромную пустыню. И когда, наконец, ветер коснулся вершин гор на той стороне пустыни, пролился ласковый дождь, и ручей снова заструился, такой же, как и был, но в то же время изменившийся, научившийся верить в свое истинное Я еще сильнее. Ручей устремился вниз, пока не достиг равнины, а затем продолжил свой путь. Может, поэтому иногда говорят, что течение реки жизни нашептывает песок пустыни».

Модуль 3. Устранение пищевой зависимости и работа с неэкологичным поведением

Техники данного модуля направлены на следующие цели:

- устранение пищевой зависимости;
- установление автоматической связи «триггер переедания –

необходимый ресурс»;

- замена образа и сценариев неэкологичного поведения;
- отделение переживания от контекста.

Существуют два основных подхода для устранения зависимости: одноразовое резкое усиление выбранной характеристики и так называемый метод рычага или храповика. В первом случае необходимо очень быстро увеличить избранную характеристику до такой крайней степени, чтобы навязчивость усилилась до такого предела, когда происходит взрыв. Во втором терапевт также быстро усиливает «кодovou» характеристику, но делает это неоднократно, всякий раз возвращаясь к ее исходному уровню.

Техника «Взрыв навязчивости»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Подумайте о своей навязчивости или зависимости (например, о шоколадных конфетах).
2. Подумайте о чем-то сходном, на что вы реагируете нейтрально (например, о черном хлебе).
3. Определите различия (например, вы обнаружили, что шоколадные конфеты выглядят в вашем воображении намного больше и ярче, нежели черный хлеб).
4. Проведите проверку и найдите наиболее мощную отличительную характеристику.
5. Убедитесь, что эта характеристика действительно ключевая.
6. Используя однократное усиление либо метод рычага, работайте с этой характеристикой до тех пор, пока она не перейдет порог.

Однако одного только уничтожения пищевой зависимости недостаточно для того, чтобы устранить заодно и неэкологичное поведение клиента. В человеческой психологии действует так называемый принцип функциональной автономии, согласно которому поведение может сохраняться и воспроизводиться еще долго после того, как причина или мотив этого поведения были устранены. Поэтому необходимо провести переключение неэкологичного поведения клиента, для чего сначала необходимо обнаружить триггер, запускающий данное поведение, а затем сделать так, чтобы он стал запускать совершенно другое, экологичное поведение.

Техника «Постановка ресурсных якорей»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Выявите ситуацию, в которой вам нужны недостающие ресурсы.
2. Определите необходимый вам ресурс, например – уверенность или спокойствие.

3. Убедитесь в том, что ресурс действительно подходит к ситуации, задав себе вопрос: «Если бы у меня был этот ресурс, улучшилось бы мое восприятие ситуации и мои действия в ней?» Если ответ «да», продолжайте. Если «нет», вернитесь к шагу 2.

4. Вспомните несколько случаев из жизни, когда у вас был нужный ресурс, и выберите из них один-два, когда ресурс проявился интенсивнее всего.

5. Определите якоря, которые вы собираетесь использовать в каждой из трех основных репрезентативных систем: визуальной, аудиальной и кинестетической. То есть представьте себе соответствующий образ, звук или слово и выберите действие, с помощью которого вы введете кинестетическую составляющую якоря (например, сжатие трех пальцев на правой руке).

6. В воображении войдите полностью в переживание ресурсного состояния и ощутите его снова. Когда оно достигнет пика интенсивности, выйдите из него.

7. Теперь снова переживите ресурсное состояние, и в тот момент, когда оно достигнет пика, присоедините составляющие вашего якоря. Повторите это несколько раз.

8. Проверьте качество якорения, включив якорь и убедившись, что вы действительно входите в нужное состояние. Если результат вас не удовлетворяет, повторите шаг 7.

Теперь у клиента есть ресурс, который вполне подходит для проблемной ситуации запуска пищевой аддикции. Однако вопрос о том, подключит ли он сознательно данный ресурс, остается открытым. Поэтому лучше сделать так, чтобы все здесь происходило и переключалось бессознательно и как бы само собой.

Техника «Установка автоматической связи триггер-ресурс»

Попросите клиента подумать о будущей ситуации, в которой ему явно понадобится то самое ресурсное состояние, которое он заякорил (скажем, очередной банкет или деловая встреча в ресторане). Если надо, пусть клиент составит список всех ситуаций, в которых он боится сорваться, тогда для каждой из них следует подобрать соответствующий ресурс, заякорить его, а после проделать нижеописанное. Теперь ему следует взять эту ситуацию (или первую из них) и подумать о том, что в ней может быть триггером, например – что он может использовать в качестве сигнала, который дает ему понять, что он уже нуждается в ресурсе. Пусть вспомнит, что он видит, слышит или ощущает прямо перед возникновением нежелательного поведения. Это даст ему понять, что он уже на грани срыва

(такой сигнал может быть и внешним, и внутренним). А теперь предложите ему, раз за разом вызывая этот внешний или внутренний сигнал (с помощью воображения, но так, чтобы он его действительно видел, слышал или ощущал), так же раз за разом «включать» якорь необходимого ресурса. Если клиент сделает это нужное количество раз (специалисту понадобится от 3 до 7 повторений, но клиенту, по-видимому, больше), триггер неэкологичного поведения станет якорем ресурсного состояния. И то, что могло спровоцировать срыв, само будет «включать» ресурс, который может этот срыв пресечь.

Техника «Контекстный взмах»

1. Определите нежелательное поведение (реакцию) клиента (например, пищевую аддикцию – настоящее состояние).

2. Выясните картину-триггер, запускающую данное поведение.

А. Определите, какие именно визуальные ключи доступа предшествуют нежелательному поведению, спросив, например: «Когда ты чувствуешь желание чего-нибудь съесть, что ты видишь (слышишь, чувствуешь) такого, что заставляет тебя это делать?»

Если клиент найдет лишь аудиальные или кинестетические триггеры, сделайте наложение на визуальный ключ. «Если бы этот звук (чувство) был бы картинкой, как бы она выглядела?»

Б. Попросите клиента создать большой яркий ассоциированный образ того, что он видит как раз перед началом нежелательного поведения. Откалибруйте его «внешнее поведение» (тут должно проявиться нежелательное чувство или поведение) и скажите: «А сейчас на минутку отложи картинку в сторону».

3. Создайте новую картину – желаемого состояния.

«Представь себя – каким бы ты был, если бы у тебя больше не было всего этого? Каким другим человеком ты бы видел себя, если бы освободился от нежелательного влечения и поведения?» Убедитесь в том, что он представляет себе картинку с помощью диссоциации, то есть видит со стороны себя как другого человека, у которого больше возможностей. Убедитесь в том, что картинка:

- а) отражает новые качества, а не какое-то конкретное поведение;
- б) просматривается в состоянии диссоциации;
- в) нравится клиенту;
- г) не имеет узкого контекста (здесь просто можно сделать фон вокруг образа как можно более размытым).

4. Экологическая проверка.

Скажите клиенту: «Глядя на это изображение, представь себя таким,

каким ты хочешь быть, подумай, есть ли у тебя какие-нибудь колебания относительно того, чтобы стать таким человеком?» Используйте любые возражения для того, чтобы менять образ до тех пор, пока клиент не почувствует полного удовлетворения.

5. Подготовка к взмаху.

Скажите клиенту: «Создай большой яркий ассоциированный образ триггера (шаг 2) и помести небольшую темную картинку с желанным образом себя (шаг 3) в середину триггера».

6. Взмах.

Скажите клиенту: «Представь, как картинка с желанным образом быстро становится больше и ярче, а картина триггера в то же время уменьшается в размерах и становится тусклой. Затем открой глаза или сотри изображение со своего визуального канала, посмотрев на что угодно другое».

Повторите эту процедуру пять раз, всякий раз ускоряя процесс. Не забудьте делать перерыв после каждого взмаха.

7. Проверка.

Скажите клиенту: «Представь себе ту самую ситуацию: что происходит?»

Если техника взмаха прошла успешно, то удержать картинку триггера (шаг 2) будет нелегко; естественным путем ее заменит новый желаемый образ себя (шаг 3). Если образ триггера все еще сохраняется, надо еще несколько раз повторить этап 6, после чего провести еще одну проверку.

Сделайте технику контекстного взмаха для всех контекстов – событий и обстоятельств, которые могут «запускать» нежелательное пищевое поведение.

Следующие две техники позволят еще полнее освободить клиента от риска в угрожающих ситуациях.

Техника «Замена сценария»

1. Попросите клиента вспомнить три ситуации его, мягко говоря, неэкологичного поведения – разумеется, поочередно, причем в каждой срыву должен предшествовать достаточно продолжительный период.

2. Предложите ему развернуть эту ситуацию как фильм, где благодаря диссоциации он видит себя со стороны, и мысленно просмотреть его, отметив момент, когда началось неэкологичное поведение – примерно так, как это изображено ниже.

экологичное поведение (до срыва)	неэкологичное поведение (после срыва)

3. А теперь важно найти триггер. Попросите клиента пристальнее приглядеться к эпизоду фильма непосредственно перед срывом, обратив внимание на то, что перед срывом он уже как-то знал, что сейчас сорвется. Он предчувствовал или предвидел (а может быть, даже «предслышал»), что сейчас покатится по наклонной. Объясните ему, что такое предвидение, предчувствие и «предслышание» (то есть визуальные, либо кинестетические, либо аудиальные ощущения) и являются триггером, запускающим неэкологичное поведение. Предложите ему обнаружить этот триггер, причем не настаивайте на точной его определенности – здесь куда важнее найти нужную «кнопочку», чем описать ее размеры, цвет и фактуру. В идеале у вас должно получиться примерно следующее:

экологичное поведение (до срыва)	неэкологичное поведение (после срыва)

триггер

4. И еще одна важная вещь: теперь надлежит определить, является ли этот триггер универсальным. Дело в том, что человеческий мозг работает весьма экономно и обычно для одного вида поведения (в том числе – и аддикции) выбирает один триггер. Поэтому попросите клиента, чтобы он сделал то, что описано в пункте 3, для двух оставшихся ситуаций срыва. И если и в них триггером неэкологичного поведения выступало нечто подобное тому, что было выявлено для первой ситуации, можно с уверенностью утверждать, что вы нашли искомый универсальный триггер, с которым и нужно далее работать. Если же триггеры для разных ситуаций существенно отличаются, вначале проверьте себя и клиента: точно ли вы сформулировали инструкции и не принял ли он случайно за триггер нечто совсем иное. И если все было сделано правильно, но триггеры все равно остаются разными, значит, у клиента имеется не один, а несколько типов зависимого поведения, с каждым из которых вам и придется поработать (опять-таки, подобрав по три ситуации для каждого).

5. Если вы смогли выявить единый триггер, считайте, что большая часть работы уже проделана. Остальное – это простая и рутинная операция. И прежде всего надо предложить клиенту как бы оторвать вторую часть фильма, начинающуюся сразу вслед за триггером (но ни в коем случае не трогая сам триггер!), и уничтожить ее в воображении любым способом.

экологичное поведение (до срыва)	неэкологичное поведение (после срыва)

Сохранить

Уничтожить

6. Теперь попросите клиента придумать вариант «сюжета» с нормальным – заведомо экологичным – развитием событий. Например, он может себе представить, как, вместо того чтобы залезть в холодильник за куском шоколадного торта, он отверг это искушение и занялся чем-то достаточно интересным (сел за компьютер, делает упражнения, выехал на природу – пусть выберет что-то одно). И представив себе это экологичное поведение (опять-таки используя диссоциацию), пусть присоединит этот новый эпизод к оставшемуся фрагменту фильма, уберет «монтажный стык» и трижды просмотрит, что получилось, от начала до конца: сначала с помощью диссоциации (три раза), а потом (тоже трижды) как бы войдя в свое тело и видя, слыша, чувствуя и совершая все, что в нем происходит, изнутри.

экологичное поведение (до срыва)	экологичное поведение (вместо срыва)
	*

триггер

7. Теперь предложите клиенту сделать все, что описано в пункте 5, еще дважды – с двумя новыми сюжетами, а точнее – вариантами поведения. Каждый из этих фильмов ему также надлежит посмотреть еще три раза – сначала с помощью диссоциации, а потом – войдя в фильм.

8. Теперь клиент должен взять сначала вторую, а потом третью ситуацию неэкологичного поведения и проделать все, что описано в пунктах 2–6 с каждой из них (разумеется, по очереди). Таким образом, единый триггер одного неэкологичного вида поведения станет теперь пусковым моментом для девяти форм поведения экологичного.

9. А напоследок осуществите проверку всей проделанной работы – и одновременно так называемую подстройку к будущему. Предложите клиенту представить, что в недалеком будущем у него возникнет ситуация, аналогичная использованной, и попросите его создать фильм о развитии ситуации – причем не целенаправленно, а по принципу «как получится». И если клиент обнаружит, что в этом фильме за триггером почему-то следует один из воссозданных (новых и экологичных) вариантов поведения, можно считать, что работа продвигается успешно.

Техника «Отделение контекста от поведения»

Неэкологичное поведение клиента связано с некоторыми ситуациями, условиями и обстоятельствами. Например, с ситуациями застолья, совместного отдыха и т. п. Так вот, чтобы эти ситуации не возвращали клиента к старому поведению, для каждой из них предложите ему проделать следующую технику отделения контекста от поведения, дав

клиенту следующие инструкции:

1. Подумай о любой ситуации, в которой возникало неправильное пищевое поведение. Оцени, как ты реагируешь на эту ситуацию.

2. Посмотри на себя там в состоянии диссоциации. И четко отдели себя от контекста. Используй для этого любые характеристики изображения, которыми можно воспользоваться: размер, цвет, дистанцию, прозрачность и т. п. Например, если картина черно-белая, представь себя в цвете. Если картина далеко, представь себя близко.

3. Прокрути фильм вперед, причем пусть ты в этом фильме движешься с удвоенной скоростью, а контекст – с половинной скоростью (не наоборот!). Ты увидишь, что «приходишь» к концу фильма раньше, чем появляется контекст, так что тебе придется ждать, пока этот самый контекст тебя не догонит.

4. Прокрути фильм в обратную сторону: пусть теперь ты движешься замедленно, а контекст – с удвоенной скоростью (не наоборот!). На этот раз контекст придет к началу фильма раньше, чем ты.

5. Теперь прокрути фильм обычным способом, чтобы проверить, есть ли изменения в твоих ощущениях по поводу этой ситуации.

6. Если изменений нет, проделай все шаги снова, в состоянии диссоциации, сделав себя больше, чем контекст.

7. Если изменения появились, возьми другую ситуацию и проделай все, что ты только что сделал, уже для нее.

Обычно такими опасными для клиента контекстами являются разнообразные компании, в которых он раньше переидал. Выявляя подобные ситуации, стоит снова и снова повторять процедуру отделения контекста от поведения.

Закончите третий модуль очередной притчей (по Н. Пезешкиану, «Позитивная семейная психотерапия»).

"Рассказывают о страннике, который устало брел по дороге, казавшейся бесконечной. Он тащил на себе разные вещи. Тяжелый мешок с песком висел у него на спине; толстый бурдюк с водой обвивал его тело; в правой руке он нес булыжник. На его шее на обтрепанном канате висел жернов. Ржавые цепи, на которых по пыльному песку волочились тяжелые гири, обматывали его лодыжки. На голове он нес полусгнившую тыкву. При каждом его шаге цепи гремели. Со стонами и вздохами он шаг за шагом двигался вперед, жалуясь на тяжелую судьбу и усталость, измучившую его. В раскаленный полдень ему встретился крестьянин, который спросил его: «О усталый странник, зачем ты несешь этот булыжник?»

«Ужасно глупо, – ответил странник, – но я не замечал его раньше». С этими словами он отбросил булыжник в сторону и почувствовал значительное облегчение.

Пройдя еще часть пути, он вновь встретил крестьянина, который спросил его: «Скажи мне, усталый странник, почему ты мучаешь себя этой полусгнившей тыквой на голове и зачем ты тащишь за собой на цепях эти тяжелые чугунные гири?»

Странник ответил: «Я очень рад, что ты сказал мне об этом. Я не знал, что они есть у меня». Он снял цепи, скинул тыкву в придорожную канаву и опять почувствовал облегчение. Но чем дальше он шел, тем большее страдание он ощущал.

Идущий с поля крестьянин посмотрел на него в изумлении и сказал: «О добрый человек, ты несешь в мешке песок, но вокруг больше песка, чем ты мог бы поднять. А твой большой бурдюк с водой – ты что, собираешься пересечь Каирскую пустыню? Рядом с дорогой течет чистый ручей, который будет долго сопровождать тебя на твоём пути». Услышав это, странник снял бурдюк и вылил из него солоноватую воду. Затем он высыпал в яму песок из своего мешка. Он задумчиво стоял и смотрел на заходящее солнце. Последние лучи посылали ему свой свет. Он оглядел себя, увидел тяжелый жернов на шее и вдруг осознал, что именно он заставлял его так сгибаться. Он снял жернов и швырнул его как можно дальше в ручей. Освободившись от тяжестей, он побрел по вечерней прохладе в поисках пристанища".

Модуль 4. Формирование мотивации на нормализацию пищевого поведения

Техники данного модуля направлены на следующие цели:

- создание привлекательного будущего;
- формирование устойчивой мотивации;
- изменение иерархии ценностей;
- умение соглашаться и говорить твердое «нет».

Техника «Создание неотразимого будущего»

Терапевт предлагает клиенту оценить два варианта его будущего: с пищевой аддикцией (и соответственно, с избыточным весом) и без нее.

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Сконструируйте полный мысленный образ себя через 5 лет. Возможно, вам поможет представление о том, что вы как бы смотрите в магическое зеркало, отражающее будущее.

2. Когда вы сможете разглядеть себя ясно, представьте, что вошли в этот образ и оказались собой в будущем. Почувствуйте, каково это быть

человеком постарше. Ощувив все это, возвращайтесь назад, выйдите из образа будущего себя.

3. Спросите будущего себя, что он хотел бы от вас получить. Внимательно выслушайте ответ.

4. Немного отодвинув будущего себя в сторону, выберите область жизни, где вы не слишком заботились о себе (например, в связи с пищевым поведением). После чего оцените ваше сегодняшнее положение, отметив негативное и позитивное.

5. Попробуйте провести такую же оценку вашей заботы о себе в этой области 5 лет назад.

6. Оцените, какой вклад внесло ваше прошлое поведение (улучшило или ухудшило ситуацию) в ваше настоящее положение.

7. Вообразите, в чем вы были бы еще хуже, если бы вели себя не подходящим образом последние пять лет.

8. Выясните, что еще вы могли бы сделать (больше, чем уже сделали) на протяжении последних пяти лет, что привело бы к гораздо лучшему состоянию дел на сегодня.

9. А теперь нарисуйте для себя две картины будущего. Первая – вы через пять лет от нынешнего момента, при этом вы пережили все, что действительно хотите, в этой сфере жизни. И вторая – вы через пять лет, при этом вы испытали все, чего вы бы не хотели пережить за эти годы. Каждая картинка должна достаточно хорошо походить на реальность будущего с желательными и нежелательными обстоятельствами.

10. Посмотрите на ваше желанное будущее и спросите себя: «Как я могу сделать это реальностью?»

Найдите по крайней мере три вещи, которые стоит сделать, чтобы такое будущее стало реальным.

11. Теперь посмотрите на картинку проблемного будущего и спросите себя: «Как я могу сделать так, чтобы этого не случилось?» Найдите как минимум три вещи, которых не стоит делать.

12. Теперь еще раз посмотрите на свое желанное будущее. Каждый раз, когда вы совершаете действия, приближающие его, вы сможете почувствовать, что действительно влияете на этот процесс.

Техника «Создание мотивации»

1. Попросите клиента выбрать какую-то вещь, которую он действительно любит делать (именно там присутствует мотивация). Он делает это охотно, и это для него легко и естественно. Затем пускай он себе представит это действие в виде картинки и, как и в технике «Коллапс обобщений», отметит, где в пространстве он видит данную картинку.

2. Теперь предложите клиенту представить любую картинку, связанную с контролируемым пищевым поведением (что, скорее всего, его не слишком привлекает), и опять-таки отметить ее пространственное расположение.

3. Попросите клиента мысленно переместить картинку контроля и поставить ее рядом с картинкой мотивации (использование субмодальности пространственного расположения), после чего предложите ему сравнить две картинки по списку субмодальностей. При этом любую субмодальность картинки контролируемого пищевого поведения, которая отличается от соответствующей субмодальности картинки мотивации, клиент должен привести в соответствие с «эталоном» второй картинки. Например, если две картинки отличаются по признаку ассоциация-диссоциация (на картинке мотивации он видит себя со стороны, а картинку контроля видит изнутри), пусть клиент соответствующим образом изменит картинку контроля. Или если картинка контроля черно-белая, а мотивации – цветная, ему надо пусть мысленно покрасить первую красками «эталона». И так далее и тому подобное – по всему списку визуальных субмодальностей.

4. После того, как все субмодальности картинки контролируемого пищевого поведения приведены в соответствие с «эталоном», предложите клиенту, взяв ту же или иную «ситуацию с мотивацией», представить новую картинку контролируемого пищевого поведения и снова проделать все, что описано в пунктах 1–3. Постарайтесь повторить эти шаги до семи раз (во всяком случае, их не должно быть меньше трех).

Техника «Шоколад леди Годива»

1. Мотивирующая картинка. Создайте картинку вещи или деятельности, которой вы желаете наслаждаться (скажем, есть шоколад), используя ассоциацию. Быстро отставьте ее в сторону.

2. Картина задачи. Используя диссоциацию, постарайтесь увидеть, как вы делаете нечто такое, о чем вы искренне решили, что хотите это делать, заодно получая при этом удовольствие.

3. Экологическая проверка. Есть ли какая-либо часть вашей личности, которая возражает против того, чтобы вы получали удовольствие, делая дело, относительно которого вы решили, что его нужно делать?

4. Техника зрачка.

А. Мысленным взором смотрите на картину задачи, расположив мотивирующую картинку прямо позади нее. Быстро проделайте маленькое отверстие в центре картины задачи, так чтобы вы могли через него видеть мотивирующую картину. Пусть отверстие расширится в такой мере, чтобы у вас могла возникнуть полноценная чувственная реакция на

мотивирующую картинку.

Б. Теперь быстро уменьшайте отверстие, но с такой скоростью, чтобы при этом вы могли сохранить чувственную реакцию на мотивирующую картинку.

В. Повторите шаги 4А и 4Б еще несколько раз, так быстро, как сможете. В конечном итоге надо соединить ощущения от мотивирующей картины и от картины задачи.

5. Проверка. Посмотрите на картину задачи. Тянет ли вас к ней? Если нет, повторите шаг 4 или же вернитесь к предыдущим шагам, чтобы проверить, правильно ли вы выбрали ситуации.

Техника «Иерархия ценностей»

Необходимо помнить, что хотя мотивация и обладает некоторой самостоятельностью, она всегда подчиняется диктату ценностей (согласно самому простому определению, ценности есть то, на что человек согласен тратить свое время, деньги и силы). Как правило, ценности образуют нечто вроде иерархии, в которой одни доминируют над другими, и соответственно, одни сильнее влияют на поведение человека, чем другие.

Попросите вашего клиента построить по рангу ценности из приведенного ниже списка – от самой значимой, которая получит номер 1, до самой маловажной, которая, соответственно, станет 24-й.

- активная и деятельная жизнь
- интересная работа
- материально обеспеченная жизнь
- наличие верных друзей
- счастливая семейная жизнь
- жизнь, полная удовольствий, развлечений
- свобода, независимость
- расширение кругозора, пополнение запаса знаний
- мирная обстановка в стране
- чистая совесть, честная жизнь
- общественная активность
- комфорт, покой
- здоровье
- любовь
- наличие детей
- достижение власти
- уважение окружающих
- творчество
- равенство для всех

искусство
деньги любыми способами
успех в карьере
общение с людьми

вера

Техника «Изменение места ценностей в иерархии»

1. Определение субмодальностей ценностей

1. Возьмите ценность с номером 1 из вашего списка ценностей и определите тип ее репрезентации (как правило, это картинка). Если вы ее обнаружили, определите основные субмодальности.

Визуальные:

ассоциация или диссоциация?

черно-белая или цветная?

четкая или расплывчатая?

близкая или далекая?

фотография или фильм?

в рамке или панорамная?

где она расположена?

Аудиальные:

громкие или тихие звуки?

из какого источника они исходят?

каков их тон?

Кинестетические:

где это ощущается?

как это ощущается?

2. Теперь возьмите ценность, занявшую среднее место в вашей иерархии, и сравните субмодальности, пока вы не найдете, в чем же различия – какой фактор заставляет вас воспринимать эту ценность не как наивысшую?

3. Теперь возьмите ценность со дна вашей иерархии и исследуйте ее субмодальности. Какие важные различия с этой точки зрения существуют между ценностями, занимающими верх, низ и среднее место в вашей иерархии?

2. Изменение места ценности в иерархии

1. Найдите ценность, которой в вашей иерархии не хватает или статус которой вы хотели бы повысить. Спросите себя, что это изменение вам даст и каковы будут его последствия. Как изменится ваша жизнь во всех ее контекстах? Если ответ вас удовлетворит, то решите, куда стоит поместить данную ценность.

2. Определите субмодальности в картинке данной ценности.
 3. Найдите субмодальности ценности, расположенной на одну ступеньку выше (то есть если вы хотите поставить ценность на третье место, исследуйте состояние второй).
 4. Теперь измените субмодальности ценности, которую вы решили переместить, так, чтобы они соответствовали положению 3.
 5. Проверьте, как теперь выглядит ваша иерархия ценностей, и еще раз проверьте, что это будет значить для вашей дальнейшей жизни.
- А теперь еще один важный момент. Стоит подумать, какое место в списке занимает такая ценность, как еда. Если она близка к самому верху, можно переместить ее вниз, используя аналогичную технику.

Техника «Иерархия критериев»

1. На пол кладут четыре листа бумаги, каждый из них обозначает определенную позицию. Можно даже надписать на каждом листе его заголовок, но между ними должен оставаться промежуток, равный небольшому шагу.

Позиция 4	Позиция 3	Позиция 2	Позиция 1
Что мотивирует тебя это делать, несмотря на ограничения	Что тебя останавливает, что заставляет этого не делать (ограничения)	Что тебя может мотивировать это делать	То, что ты хотел бы делать, но не делаешь

2. Попросите клиента войти в позицию 1 (стать на соответствующий лист) и предложите определить то, что ему хотелось бы делать, но чего он в настоящее время не делает. В данном случае речь, конечно же, идет о действиях, связанных с контролем над пищевым поведением.

3. Предложите ему перейти в позицию 2 и определить, что может мотивировать это новое поведение. Например, такими вещами может стать желание «быть здоровым» или «нормально жить». Попросите клиента определить характеристики субмодальностей для каждого из этих факторов, то есть дайте ему подумать о желаниях «быть здоровым» или «нормально жить» и описать, что и как он при этом видит, слышит и ощущает. Запишите эти характеристики.

4. Теперь пусть он перейдет в позицию 3 и определит вещи, которые не дают ему измениться. Например, что часто встречается, клиенту «не хватает силы воли». Опять-таки определите характеристики субмодальностей этих ограничений.

5. А теперь в позиции 4 выявите факторы еще более высокого уровня, которые превосходят ограничения позиции 3, спросив клиента: «Что могло бы быть достаточно важным, чтобы ты смог проявить силу воли и

контролировать пищевое поведение, несмотря на то что тебе не хватает силы воли». Тут, скажем, у семейного человека вполне реальным и достаточным может оказаться такой фактор, как «ответственность за жену и детей». Также определите характеристики субмодальностей найденного фактора.

6. Теперь, вернувшись в позицию 1, заякорите желанное поведение (пусть клиент о нем подумает и ассоциируется с этим желаемым), а затем переведите своего клиента в позицию 4, минуя позиции 2 и 3. А фактор, выявленный в позиции 4, можно использовать для преодоления ограничений. Например, вы можете сказать: «Поскольку твое поведение является моделью для твоей жены и детей, не проявишь ли ты больше ответственности, когда найдешь в себе силу воли, чтобы быть здоровым и жить нормально, поддерживая нормальное пищевое поведение?»

7. Сразу же после этого клиент переходит из позиции 4 в позицию 3 и ищет такой способ достижения желаемого поведения, чтобы он соответствовал требованиям всех трех уровней и не нарушал бы ограничений. Например, спросите его: «Существует ли какая-нибудь программа нормализации пищевого поведения, для которой не нужна большая сила воли и в которой могли бы участвовать твои жена и дети?» После чего следует перенести характеристики субмодальностей факторов высшего уровня на ограничения и желанное поведение.

Техника «Да и нет»

Вот алгоритм данной техники в форме прямой инструкции терапевта:

1. Создайте образ того, чему вы хотите сказать «нет».
2. Войдите в состояние, в котором вы говорите по-настоящему сильное «нет», вспомнив или вообразив что-либо, на что вы никогда не согласитесь (возможно, вы ответите категорическим «нет» на предложение столкнуть ребенка с обрыва или стать гомосексуалистом). Повторяйте это «нет» снова и снова – до тех пор, пока не почувствуете это состояние всем телом. Усиьте данное состояние, приняв нужную позу, с помощью движений головы, дыхания, жестикуляции рук и голоса.

3. Уничтожьте все нежелательное с помощью «нет». Войдите в состояние сильного «нет», ощутите его в полноте и скажите свое «нет» тому, чего вы не желаете сохранять в своей жизни. Повторяйте это «нет» до тех пор, пока не ощутите, что нежелательное явление уже не управляет вами и как бы стерлось из вашего сознания.

4. Создайте образ того, чему вы хотели бы сказать «да».

5. Войдите в состояние энергичного и мощного «да», вспомнив или представив себе то, что вы безоговорочно принимаете – безо всяких

колебаний и сомнений. Повторяйте это «да» до тех пор, пока не ощутите это состояние всем телом.

6. Введите желаемое в свою жизнь и психику с помощью вашего сильного «да», повторяя его до тех пор, пока не ощутите, что вы целиком и полностью приняли то, что хотели.

7. Осуществите подстройку к будущему, представив себе, как теперь изменится ваша жизнь.

Закончите работу четвертого модуля следующей притчей (по Д. Гордон, «Терапевтические метафоры»):

"Однажды царь решил испытать всех своих придворных, чтобы узнать, кто из них способен занять в его царстве важный государственный пост. Толпа сильных и мудрых мужей обступила его. «О вы, поданные мои, – обратился к ним царь, – у меня есть для вас трудная задача, и я хотел бы знать, кто сможет решить ее». Он подвел присутствующих к огромному дверному замку – такому огромному, какого еще никто никогда не видел. «Это самый большой и сложный замок в моем царстве. Кто из вас сможет открыть его?» – спросил царь. Одни придворные только качали головами. Другие стали разглядывать замок, но вскоре признались, что не смогут его открыть. А раз мудрецы потерпели неудачу, остальные придворные сразу решили, что задача им не под силу. Но один визирь подошел к замку из толпы. Он стал внимательно разглядывать и ощупывать замок, а затем вдруг одним рывком его открыл! Замок просто не был заперт. Тогда царь объявил: «Ты получишь эту важную должность, потому что полагаешься не только на то, что видишь и слышишь, но надеешься на собственные силы и не боишься делать попытки».

Модуль 5. Устранение неэкологичных убеждений

Техники данного модуля направлены на следующие цели:

- определение убеждений, препятствующих нормальному поведению;
- оценка экологичности этих убеждений;
- трансформация и внедрение экологичных убеждений;
- усиление Я.

Неэкологичные, препятствующие нормальному поведению, в том числе – пищевому, убеждения клиента можно выявить с помощью двух приведенных ниже техник.

Техника "Анализ сопротивления
собственных убеждений"

Попросите клиента заполнить пробелы в утверждениях.

Если я сброшу лишние килограммы, то _____

(Что вы можете потерять или что может пойти не так, если вы получите то, чего хотите?)

Сбросить лишние килограммы для меня будет значить _____

(Что плохого для вас или других людей в том, что вы получите то, чего хотите?)

Из-за того, что _____ (Что мешает ситуации измениться?)

все остается по-прежнему.

Ситуация никогда не изменится, потому что _____

(Какие ограничения или препятствия поддерживают нынешнее положение вещей?)

Я не могу сбросить лишние килограммы, потому что _____

(Что мешает вам получить то, чего вы хотите?)

Невозможно сбросить лишние килограммы, потому что _____

(Что делает для вас невозможным получить то, чего вы хотите?)

Я неспособен сбросить лишние килограммы, поскольку _____

(Какой личностный недостаток мешает вам получить желаемый результат?)

Лучше уже не будет, потому что _____

(Что всегда мешает вам добиваться успеха?)

Техника «Исследование представлений»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

"Выберите момент, чтобы проверить поток своих представлений о лишнем весе. Выпишите 10 мыслей о лишнем весе вообще и еще 10 о своем лишнем весе в частности.

Затем просмотрите полученный список. Мысли, которые вы записали, вероятно, отражают ваши представления о лишнем весе. Вполне возможно, что сюда входят некоторые мысли, которые ограничивают для вас возможность стать стройным человеком. Вы можете затем путем инверсии

превратить мысли, которые вам мешают жить, в утверждения, которые способны изменению.

Например, если в списке есть мысль: «Стать стройной тяжело», то ее инверсия порождает утверждение: «Стать стройной легко», а из мысли: «Нормализация веса – это тяжкий и мучительный процесс» рождается утверждение: «Я решила стать стройной, и процесс снижения веса доставляет мне удовольствие».

После выявления основных ограничивающих убеждений клиента их следует устранить или трансформировать. Однако наряду с убеждениями, смысл которых клиента ужасает («Боже, и я с этим живу!»), есть и такие, которые он не готов признать вредными. В этом случае терапевт предлагает проверить каждое из таких убеждений на экологичность. Для такого беспристрастного анализа можно использовать технику логического квадрата. Можно записать выявленное убеждение и предложить клиенту заполнить четыре клетки логического квадрата, отвечая на вписанные в клетки вопросы.

Формулировка ограничивающего убеждения.

Что случится, если эта идея верна?	Что не случится, если эта идея верна?
Что случится, если эта идея неверна?	Что не случится, если эта идея неверна?

Предположим, что в ходе анализа «правил», по которым живет клиент, было найдено весьма распространенное в нашей стране убеждение «Жизнь нелегка» (а из-за этого он и переедает). Не пытаясь оспаривать это убеждение, терапевт предлагает его проанализировать с помощью логического квадрата, отвечая на вопросы, стоящие в клеточках. И тогда легко обнаружить, что такая идея действует на жизнь разрушительно. Ведь если эта идея верна, клиенту предстоит нелегкая жизнь, в которой он постоянно будет искать эту тяжесть («но мы выбираем трудный путь») – и соответственно, убегать от нее в переедание. Если эта мысль все-таки верна, клиенту не стоит надеяться на нормальную жизнь и здоровое существование, ведь в соответствии со своим убеждением относительно жизни он будет угрюмо отворачиваться от всего легкого и приятного и, наоборот, искать трудности даже там, где их нет. Если же эта идея неверна, его ждет интересная жизнь, которая дарована открытым людям. Если эта идея неверна, то не должно продолжаться его тягостное существование, когда он не живет, а борется, превращая каждый пустяк в проблему и не получая удовольствия даже там, где оно доступно всем и каждому, за исключением сомнительных радостей, связанных с постоянным

перееданием. Так неужели он не хочет отказаться от этого убеждения? Ведь тогда можно начать жить. А для этого потребуется всего-навсего заменить фиксированную идею «жизнь нелегка» на другую, куда более экологичную «жизнь вполне может быть легкой и приятной».

Техника изменения убеждений

Терапевт дает клиенту следующий ряд инструкций:

А. Сбор информации и подготовка

1. Подумайте о своем убеждении, касающемся вас самих. Это убеждение, которое вы не хотели бы иметь, потому что оно как-то вас ограничивает или приводит к нежелательным последствиям. Как вы представляете это убеждение в своем внутреннем опыте (то есть как узнаете, что «проявилось» это убеждение, – как вы его видите, слышите или ощущаете)?

2. Теперь подумайте о чем-то таком, в чем вы сомневаетесь, где вы не уверены: верно это или нет. Как вы представляете это сомнение в своем внутреннем опыте?

Однако убедитесь, что вы в этом «сомнительном» действительно не уверены. Если вы говорите что-то вроде: «Я сомневаюсь в том, что это хорошая идея», за этим на самом деле может стоять уверенность в том, что эта идея плохая. Сомнение – это когда вы колеблетесь, переходя от мысли, что это, возможно, верно, к мысли, что это, возможно, неверно; вы просто не знаете.

3. Найдите и опишите субмодальные различия между верой и сомнением – точно так же, как вы это делали раньше.

4. Проверьте по очереди каждую субмодальность из вашего списка различий, чтобы выяснить, какие из них эффективнее всего превращают веру в сомнение. Проверив одну субмодальность, верните образ в исходное состояние, прежде проверки следующей.

5. Теперь решите, какое новое убеждение вы хотели бы иметь вместо того, которое у вас сейчас есть и которое вам не нравится? Позаботьтесь о том, чтобы это убеждение было сформулировано в позитивных терминах, без отрицаний. Например: «Я могу успешно сбросить лишний вес», но не: «Я перестану быть толстой».

Обязательно осуществите экологическую проверку. Спросите себя, не причинит ли вам неприятности это новое убеждение? Как изменится поведение вашего мужа или других членов семьи, когда у вас появится это новое убеждение? Как это новое убеждение повлияет на вашу работу? При необходимости видоизменяйте и модифицируйте новое убеждение, дабы учесть любые потенциальные проблемы.

Б. Процесс изменения убеждения

6. От веры к сомнению. Оставляя содержание неизменным, превратите нежелательное убеждение в сомнение путем использования одной или нескольких наиболее мощных субмодальностей, обнаруженных на шаге 4. Например, если два наиболее резкие различия звучали так: слайд-фильм и близкая панорама – удаленная картина в рамке, пусть ход фильма замедляется, пока не застынет, а затем отодвиньте его и превратите в картину в раме.

7. Изменение содержания. Используя какую-нибудь другую субмодальность, смените содержание старого нежелательного убеждения на содержание нового, желательного. Например, если при сомнении картинки у вас прыгают туда-обратно, они могут перепрыгнуть из старого содержания в новое. Или вы можете заставить картину старого убеждения отодвинуться настолько далеко, что невозможно будет разобрать изображение, а потом вернуть ее обратно с образом нового убеждения. Наконец, вы можете сделать картинку столь яркой или столь темной, что старое содержание исчезнет, а потом вернуть ее в прежнее состояние с новым содержанием – и т. д.

8. От сомнения к вере. Сохраняя новое содержание, превратите сомнение в убеждение путем обратного изменения тех же субмодальных характеристик, которые вы использовали на шаге 6. Если перемещение вправо превратило старые убеждения в сомнения, то теперь вы возвращаете картину влево, чтобы превратить новое содержание из сомнения в убеждение. Делая это, будьте очень внимательны к любому сопротивлению изменению, возникающему у вас внутри.

Если новое убеждение плохо сформулировано или содержит отрицание, то какая-нибудь часть вашей личности вполне может воспротивиться такому изменению. Если вы столкнулись с сопротивлением, отнеситесь к нему уважительно, соберите недостающую информацию и вернитесь на шаг 5, чтобы создать более экологичную формулировку нового убеждения.

9. Проверка.

Существует несколько способов проверки. Самый простой из них – спросить себя: «И как я теперь думаю об этом новом убеждении?»

Техника «Внедрение новых убеждений с помощью движений глаз»

Терапевту необходимо сделать следующие шаги:

1. Определить и точно сформулировать убеждение, которое следует использовать.

2. Меняя темп и амплитуду движений, подвигать перед лицом клиента

двумя сомкнутыми пальцами: вначале по горизонтали, плавно и ритмично (как метроном). Пусть все это время клиент, не меняя положения головы, следит за перемещением пальцев терапевта, только лишь двигая глазами.

3. Терапевт оценивает по десятибалльной шкале то, насколько изначально клиент верит в новое экологичное убеждение, где 10 баллов соответствует абсолютной вере, а 0 – полному неверию.

4. Клиенту предлагают думать о новом убеждении: мысленно проговаривая его про себя, визуализируя это убеждение в виде лозунга и т. д., и т. п., а при этом следить за движениями пальцев терапевта, которые становятся горизонтальными.

5. Закончив цикл из 24 движений руки, терапевт оценивает (в баллах), насколько теперь клиент верит в новое убеждение.

6. Терапевт продолжает выполнять серии по 24 движения, пока клиент размышляет о новом убеждении, всякий раз оценивая результат. Движения пальцев терапевта становятся разнообразнее. Он может использовать:

- перекрестные движения (х и +)
- круговые движения (О)
- движения в виде «восьмерки» (∞ и 8)
- весьма сложное, но эффективное движение следующего вида.



Надо сделать столько серий движений, сколько необходимо для того, чтобы вера клиента возросла как минимум до 7–8 баллов из 10 возможных.

7. Если в процессе внедрения убеждения у клиента возникают неприятные эмоции, ощущения или воспоминания (как правило, связанные с формированием исходного убеждения, которое сейчас перерабатывается), не стоит пугаться. Можно на время отвлечь клиента и выполнить серию из 24 движений, пока эмоции и ощущения не исчезнут, а неприятное воспоминание не станет безразличным.

Техника аффирмирования

Есть еще одна техника для работы с убеждениями. Согласно самому простому определению, аффирмация есть любая положительная мысль, которую можно сознательно выбрать для того, чтобы как бы ввести ее в свою психику (бессознательное) с тем, чтобы достичь желаемого результата. Эта техника позволяет работать не только с убеждениями, но и вообще с любыми феноменами в познавательной, эмоциональной и поведенческой сфере. Наиболее простой метод использования аффирмации – техника аффирмирования с ответами. В этом случае для того, чтобы ввести в психику клиента новые убеждения, достаточно сделать следующее

(по В. Козлову – «Искусство осознания»). Напишите или напечатайте новые убеждения – аффирмации на листке бумаги 10–20 раз (отдельный лист для каждого убеждения), оставив справа место для эмоционального «ответа». Вдумчиво читайте клиенту утверждение и тут же записывайте автоматически пришедший ему на ум ответ – те соображения, ощущения, страхи и умозаключения, которые у него возникают. Продолжайте повторять аффирмацию и следите, как изменяются его ответы «справа». Мощное аффирмирование позволяет выявить все негативные мысли и неосознанные возражения. А настойчивое повторение утверждений достаточное количество раз (пока не иссякнут возражения клиента, а после этого еще 5–7 раз) сотрет старые убеждения и осуществит желаемые изменения.

Техники усиления аффирмирования могут быть даны в форме прямой инструкции клиенту:

1. Работайте с одной или несколькими (но не со всеми сразу) аффирмациями ежедневно. Наилучшее время – перед сном, перед началом дня (сразу после пробуждения) или когда вы тревожитесь. Продолжайте работать с аффирмациями до тех пор, пока вы не достигнете их устойчивой интеграции. О том, что это произошло, вы поймете по уверенно-положительным ответам вашего бессознательного на аффирмацию.

2. Включите ваше имя в аффирмацию. Пишите или проговаривайте аффирмацию по отношению к себе в первом, втором, третьем лице, например:

«Я,..., верю, что жизнь вполне может быть легкой и приятной».

«Ты,..., веришь, что жизнь вполне может быть легкой и приятной».

«Он,..., верит, что жизнь вполне может быть легкой и приятной».

3. В дополнение запишите нужные утверждения на кассету и слушайте ее всегда, когда можете (например, за рулем).

4. Сделайте привычкой проговаривание аффирмации вслух перед зеркалом. Продолжайте говорить до тех пор, пока не почувствуете себя расслабленно или пока не увидите, что выражение вашего лица соответствует аффирмации.

5. Наконец, везде, где только можно, проговаривайте аффирмации про себя – особенно если вам не нравится писать. Это тоже работает, хотя именно письменная форма наиболее эффективна, ибо при этом задействуется широкий спектр ощущений, мыслей и эмоций.

Техника «Внедрение убеждений совершенства»

Терапевт дает клиенту список утверждений со следующими инструкциями:

"Прочтите перечисленные здесь утверждения и отметьте любое, в которое вам трудно поверить относительно себя самого. Прочитайте утверждения, которые вы не можете принять всем сердцем.

Когда вы найдете все утверждения, вызывающие у вас сомнение, выберите одно и спросите себя: почему я в этом сомневаюсь? Запишите свои доводы. Используйте воображение, чтобы вернуться назад во времени, попытайтесь найти там ответ, почему вы не можете утверждать самого себя. Чей голос вы слышите? Какие слова вам говорят? Какие фигуры вы видите? Какие жесты используете? Способность утверждать себя всегда имеет свои корни в истории одобрения или неодобрения от других людей.

Заменить негативные утверждения позитивным будет нелегко. Однако если вы верите, что это можно изменить, вы в конце концов найдете веру в самого себя".

- Я – это я, и во всем мире нет никого точно такого же, как я.
- Я уникален.
- Я владею моим телом.
- Я владею моим разумом, включая все мои мысли и представления.
- Я владею моими глазами, включая образы всех наблюдаемых объектов.
- Я владею своими чувствами, какими бы они ни были, – позитивными и негативными. Мне могут нравиться одни, а другие не нравиться, но они все равно мои.
- Я владею своим ртом и всеми словами, которые произношу, приятными или грубыми, правильными или неправильными.
- Я владею своим голосом, громким или тихим.
- Я владею всеми своими действиями по отношению к другим или к себе самому.
- Я владею своими фантазиями, своими мечтами, своими надеждами, своими страхами.
- Я владею всеми своими триумфами и успехами, всеми своими провалами и ошибками.
- Поскольку я полностью владею собой, то могу в конечном счете узнать и использовать себя, чтобы действовать в своих интересах.
- Существуют вещи, которые меня озадачивают, и другие вещи, которых я пока не знаю. Но если я дружелюбно отношусь к себе, я могу с мужеством и надеждой искать решения головоломок и больше узнавать о самом себе.
- Как бы я ни выглядел и что бы я ни говорил в любой данный момент,

я уникален.

- Когда я оцениваю, как выглядел, что сказал и сделал, как думал и чувствовал, я могу отбросить все, что захочу. Я могу сохранить то, что было уместным. Я могу изобрести нечто новое вместо того, что отбросил.

- Я могу видеть, слышать, чувствовать, думать, говорить и делать. У меня есть нужные способности, чтобы жить, быть близким, быть продуктивным и находить смысл в окружающем мире.

- Я владею собой, следовательно, я могу изменить себя.

- Я – это я, и я хорош.

- Я могу простить себе любую ошибку и проступок.

- Я прощаю все обиды, которые причинили мне другие люди.

- Я принимаю на себя ответственность за свою собственную жизнь и утверждаю, что никто не имеет власти над моими решениями.

По окончании модуля можно рассказать клиенту следующую историю (по С. Найт, «Руководство по НЛП»):

"Много лет назад в холмах Патагонии была крохотная деревушка. Ее обитатели голодали: они жили в страхе перед драконом, поселившимся на их поле, и поэтому не могли убрать свой урожай.

Однажды в деревушку зашел странник, и когда он попросил жителей его накормить, те объяснили, что вся их еда осталась на поле, которое сторожит дракон. Смелый странник сказал, что убьет дракона. Дойдя до поля, он не нашел никакого дракона, а увидел только большой арбуз. Поэтому он вернулся в деревню и сказал: «Вам нечего бояться. На поле нет никакого дракона, там только большой арбуз». Жители деревни разъярились и разорвали странника на куски.

Спустя несколько недель в эту деревушку забрел другой странник. И вновь, когда он попросил его накормить, жители сообщили ему о драконе. Странник тоже был смелым человеком и тоже сказал, что убьет дракона. Жители очень обрадовались. Придя на поле, он увидел там только огромный арбуз, поэтому он вернулся в деревню и сказал жителям, что они ошибаются насчет дракона. Разве может кого-то напугать огромный арбуз? В итоге его постигла участь первого странника.

Время шло, и жители постепенно впали в отчаяние. Наконец пришел третий странник. Он заметил их отчаянное положение и спросил, что их довело до такой жизни. Они поведали ему о своем горе, и он пообещал, что сразит дракона и они смогут пойти в поле и собрать свой урожай. Придя на поле и увидев гигантский арбуз, он вытащил свой меч и разрубил арбуз на куски. Вернувшись к жителям, он сообщил им, что убил дракона, – и те были счастливы. Странник много месяцев прожил в этой деревушке, этого

времени как раз хватило на то, чтобы объяснить жителям разницу между драконами и арбузами".

Модуль 6. «Расчистка» прошлого и будущего

Техники данного модуля направлены на следующие цели:

- извлечение ресурсов из прошлого;
- слияние конфликтующих частей;
- устранение ограничивающих решений;
- экологизация будущего.

Техника «Ресурсы прошлого»

В данной технике используется обобщенная линия жизни (ОЛЖ). Это воображаемая модель жизни конкретного человека, которую можно использовать для осуществления изменений.

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Любым образом изобразите на полу линию вашей жизни, отметив маркерами ее начало (рождение), настоящий момент и конец (весьма далекий – кстати, его можно не отмечать, но просто представлять себе как данность).

2. Определите необходимый для настоящего и будущего, но отсутствовавший в прошлом ресурс (например, спокойствие, уверенность в себе) и попросите бессознательное отобразить его цветом, а также представить в виде воображаемого порошка или аэрозоли.

3. Теперь представьте себе, что вы – пилот грузового самолета, наполненного этим ресурсом. Вы летите к моменту вашего рождения. Представьте себе, что в процессе полета над отрезком между вашим рождением и настоящим вы разбрасываете по линии этот ресурс, обращая особое внимание на те ситуации, когда он был совершенно необходим.

4. Посадите самолет в том месте прошлого, где вы начали рассыпать ресурс, выйдите из кабины и вступите на линию прошлого. Идите по ней к настоящему, ощущая, как этот ресурс меняет вас и вашу жизнь.

5. Повторите шаги 2–4 для других необходимых ресурсов.

Данная технология позволяет работать как со всей линией прошлой жизни, так и с ее отдельными отрезками.

Следует снабдить прошлое клиента всеми необходимыми ресурсами, в частности – искомым «нормальным пищевым поведением».

Техника «Слияние конфликтующих идентичностей»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Изобразите на полу обобщенную линию жизни.
2. Определите свое будущее Я и сопутствующие убеждения («Каким я хочу быть и во что я тогда буду верить?»).

3. Войдите в ваше будущее Я (выбрав на ОЛЖ нужное или понравившееся вам место в будущем) и немного помечтайте о том, как хорошо вам будет, когда вы таким станете.

4. Найдите в себе часть личности, убеждения которой мешают вам достичь нужного состояния. Просто спросите себя: «А согласен ли я стать таким?» Обнаружив несогласие (а оно обязательно найдется), поместите несогласную более «юную» часть себя в прошлое на ОЛЖ – в то время, когда она сформировалась (в любое место прошлого, которое вам покажется подходящим). Ассоциируйтесь с несогласной частью (встаньте на линию в это место) и выясните, что она думает о вашем будущем и какие ресурсы в ней можно обнаружить.

5. Снова перейдите в будущее Я, став спиной к прошлому. Что вы как будущая часть думаете о несогласной части? Она вам не нравится? Тогда повернитесь к той части так, чтобы вы могли ее увидеть. Какие чувства теперь она у вас вызывает? И какие ресурсы есть у нее (а они обязательно есть)?

6. Перейдите в метапозицию и определите намерения обеих частей (чего хочет каждая из них). Укрупните эти намерения до нахождения общей цели (ведь и та, и другая желают вам пользы, а не зла) и назовите ресурсы этих частей.

7. Теперь перейдите в будущее состояние и ощутите ресурсы несогласной части так, как они видны оттуда. Чем данные ресурсы могут обогатить вашу жизнь?

8. Поставьте якорь на состояние своего будущего Я и перенесите это состояние назад так, чтобы вы как бы оказались за несогласной частью как ее ангел-хранитель. Окажите ей поддержку, а после вступите в эту «юную» несогласную часть и, став ею, ощутите как это здорово – иметь за спиной ангела-хранителя. Как это меняет ваши убеждения?

9. Затем, захватив с собой ресурсы «юной» части, перейдите в будущее и почувствуйте, какие тут произошли изменения. Закончите это, вернитесь в настоящее.

Техника «Устранение ограничивающего решения»

Данная техника основана на модели SCORE и создана для работы с ограничивающими решениями, принятыми клиентом в прошлом.

1. Спросите клиента, когда он принял данное ограничивающее решение? Определив, с чем вы будете работать, изобразите обобщенную линию жизни и отметьте на ней соответствующий момент.

2. Теперь пусть клиент как бы переместится по времени назад и посмотрит на точку выбора своего ограничивающего решения, сохраняя

всю свою приобретенную позже трезвость.

3. Теперь пусть клиент переместится дальше в прошлое, во время, предшествовавшее выбору, и спросит себя о том, каковы его эмоции и в чем состоит решение.

4. Если соответствующие эмоции присутствуют, пусть он отодвигается назад до тех пор, пока эмоции не исчезнут.

5. Теперь предложите клиенту пройти в ту точку на обобщенной линии жизни, где он найдет новое решение, противоположное первому, – точку, предшествующую по времени первоначальной точке выбора. Пусть он примет это новое решение и пойдет вперед вдоль ОЛЖ по направлению к «сейчас» и далее в будущее, чтобы он мог переоценить все события между «сейчас» и будущим в свете этого самого нового решения.

Техника «Извлечения ресурсов из прошлого с помощью обобщенной линии жизни»

По завершении предыдущей процедуры можно перейти к следующей технике – к извлечению ресурсов из прошлого. Важно помнить, что прошлое содержит не только ограничивающие решения, но и ресурсы, которые помогут клиенту избавиться от пищевой зависимости и переедания.

Дайте клиенту следующие инструкции:

1. Найдите особенное место. Это воображаемое место, где вы сможете подумать о своей жизни и вашем будущем – например, это парк, пляж или мыс. С этого места можно разглядеть всю вашу жизнь от начала до конца. Побудьте там в своем воображении. Посидите в этом особенном месте и попробуйте почувствовать, какие ожидания и мечты у вас есть по поводу будущего – что вам хотелось бы воплотить в жизнь. Возможно, вам хотелось и хочется чувствовать естественную радость, любовь, доверие, умудренность жизненным опытом или жизнерадостность.

2. Двигайтесь по линии жизни. Определите, где в прошлом вы когда-либо ощущали то, что хотите воплотить в будущем, и пройдите по линии жизни до этого места. Если надо, используйте образ ажурного мостика, по которому вы будете идти над своей линией жизни, рассматривая нужные моменты – те, на которых ваше бессознательное хотело бы остановиться. Найдите себя в те моменты, когда вы обладали этим ценным опытом и ресурсами, неважно, сколько вам тогда было лет.

3. Вступите в прошлый ценный опыт, чтобы получить полный доступ к тем качествам и ресурсам, которые вы имели тогда. Это будет встреча с собой – более молодым, оснащенным нужными качествами и ресурсами.

4. Получите дар. Выделите то ценное, что было в прошлом опыте. А

после прикоснитесь к себе, находящемуся в прошлом и обладающему нужным качеством, так чтобы вы смогли получить его без слов и оно начало действовать внутри вас, как действовало раньше. Вы можете на краткий момент снова стать ребенком, пережить это состояние и получить дар. Если хотите, возьмите с собой воспоминание о тех качествах и тех моментах жизни и затем вернитесь назад, пройдя над линией времени в настоящее.

В воображении возвратитесь назад в ваше особенное место из шага 1, чтобы там оценить и исследовать все преимущества и особенности обретенных качеств и ресурсов из прошлого. Поблагодарите свое молодое Я за полученный дар. И когда вы будете смотреть в будущее, ответьте себе на следующий вопрос: существует ли что-либо, что вы хотели бы переоценить в этих качествах и ресурсах – с учетом того, кем вы являетесь сейчас и кем хотите стать в будущем?

Если у вас есть какие-либо возражения или сомнения, продолжайте подбирать наиболее подходящие качества и ресурсы до тех пор, пока они действительно не будут выглядеть и ощущаться как нечто адекватное, реальное и естественное.

5. Сделайте это будущее реальным. Поместите данные качества и ресурсы в будущее. Пройдите над линией жизни и, начиная с настоящего времени, разместите собранные ресурсы любым способом, как вам захочется.

6. Взгляните еще раз на то будущее, которое вы делаете реальным. Пойдите в будущее и вдоль линии жизни и еще раз оцените, подходят ли вам качества и ресурсы, которые вы туда принесли. А затем еще раз с удобной для вас скоростью пройдите вдоль линии жизни от настоящего к будущему и оцените, каким оно станет благодаря этим новым качествам и ресурсам. В заключение вернитесь назад в прошлое, где вы получили этот дар, и поблагодарите за него свое молодое Я.

Техника «Обогащение собственного будущего»

Дайте клиенту следующие инструкции:

1. Встаньте на точку настоящего лицом к будущему и подумайте о тех ресурсах, которые позволили бы вам прожить будущую жизнь максимально экологично (результативно, полно и счастливо).

2. Попросите свое бессознательное или Высшее Я предоставить вам этот ресурс – в любой форме, но лучше в виде света, цвета и энергии.

3. Представив, что вы вступаете на ажурный мостик над своей линией жизни, медленно двигайтесь в свое будущее, внося в него данный ресурс.

4. Не доходя несколько шагов до конца линии будущего, внесите

нужный ресурс в ее конец.

5. Сойдите с линии, вернитесь в настоящее и повторите шаги 1–4 для других необходимых ресурсов.

6. Вернитесь к точке, отстоящей на несколько шагов от конца линии будущего и пристально посмотрите вдаль, позволив своему бессознательному предоставить вам ощущение бесконечности жизни и, может быть, даже продемонстрировать какие-либо образы последующего существования.

7. Сойдите с линии будущего, вернитесь в настоящее и повторите шаги 3 и 4 с этим ощущением или образами – метаресурсами бесконечности жизни. Но не забудьте в конце вернуться в настоящее!

Техника «Экологизация будущего»

Дайте клиенту следующие инструкции:

1. Изобразите свою обобщенную линию жизни.
2. По 10-балльной системе оцените привлекательность вашего будущего.

3. Определите, какой именно чистый цвет вам нравится, и любым образом нанесите его на ОЛЖ (исключение: черный, серый и коричневый цвета, а также их оттенки).

4. Повторяйте эту процедуру до тех пор, пока на участке ОЛЖ, посвященном будущему, не окажутся все основные цвета (красный, синий, желтый, зеленый), а также любые другие выбранные их оттенки.

5. Вновь оцените привлекательность вашего будущего по 10-балльной системе.

6. При необходимости (если привлекательность будущего ниже 8 баллов) внесите в будущее любые цветовые оттенки, которые сделают его максимально привлекательным.

7. Теперь, представив, что над вашей линией будущего проходит ажурный мостик, пройдите по нему, любуясь прекрасной картиной и одновременно как бы впитывая в себя создающие красоту цвета и краски. А затем возвратитесь в настоящее.

ТЕХНИКА «ЕСТЕСТВЕННАЯ СТРАТЕГИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ» (Камерон-Бандлер, Гордон, 1999)

Стройные в силу естественных причин люди не испытывают чувства, что они обязаны быть стройными. Пропустив вкусное блюдо, они не особо страдают. В то же время они не ограничивают себя в еде. Этих качеств не хватает людям, соблюдающим диету. Но лучше не вести вечный бой с пищей, а научиться думать и реагировать так, как это делают стройные от природы люди.

Инструкции терапевта:

Данная техника поможет вам стать стройным, при этом вы научитесь реагировать на пищу так, как это делают стройные от природы люди.

1. Выберите место и время, где вы могли бы спокойно расслабиться в течение 20 минут.

2. Подумайте о том, как вы узнаете, что пора есть. Может быть, вы видите пищу? Может быть, вы слышите, как кто-то говорит: «Пора есть»? Может быть, вы посмотрели на часы и поняли, что наступило время обеда? Может быть, вы ощущаете голод? Вообразите, что вы садитесь за стол, уставленный различными блюдами, или заглядываете в холодильник, или просматриваете меню.

3. Теперь обратите внимание на то, что вы чувствуете при этом в желудке. Обратите внимание на качество ощущений. Вы проверяете не то, голодны вы или сыты, а то, что в целом чувствует желудок. При этом состояние желудка зависит от того, что вы ели накануне, напряжены вы или расслаблены и т. д.

4. Спросите себя: «Что будет чувствовать себя хорошо в моем желудке в данный момент?»

5. Затем подумайте об одном доступном блюде. Вы можете себе представить бутерброд с ветчиной, тарелку овощного супа или салат.

6. Теперь представьте себе, что вы едите то, что выбрали. Если вы подумали о бутерброде с ветчиной, то немедленно почувствуйте во рту его вкус. Затем обратите внимание на то, что вы чувствуете, когда бутерброд опускается в желудок. Вы можете ощутить, как бутерброд будет чувствовать себя у вас в желудке и как весь организм будет реагировать на это в течение следующих часов.

7. А теперь сравните это ощущение с тем, что вы чувствовали в желудке, прежде чем поели. Какое чувство приятнее? Будете ли вы чувствовать себя лучше, если съедите бутерброд, или предпочтете ничего не есть? Если вам будет лучше после еды, сохраните в уме бутерброд с ветчиной как одну из возможностей выбора. Если лучше ничего не есть, чем есть бутерброд, исключите эту возможность. Обратите внимание, что ваше решение основано на том, что доставит вам наибольшее удовольствие надолго. Совсем необязательно есть то, что испортит вам весь оставшийся день.

8. Теперь представьте другое возможное блюдо. Может быть, вам хочется съесть салат.

9. Сейчас вам предстоит понять, действительно ли вы хотите его съесть. Представьте, что вы едите салат, почувствуйте, как он опускается в

желудок. Почувствуйте его присутствие в желудке в течение нескольких часов. Что вы при этом испытываете?

10. Сравните ваши ощущения на этапе 9 с тем, что вы ощутили на этапе 7. Какое чувство приятнее? Какой вариант позволяет вам чувствовать себя лучше? Держите в уме то блюдо, которое доставляет вам более приятные ощущения.

11. Повторите тот же самый процесс (этапы 8, 9 и 10) еще с несколькими возможными блюдами. Каждый раз держите в уме то блюдо, которое доставляет вам наиболее приятные ощущения в течение длительного времени.

12. Когда вы решите, что исследовали достаточное количество блюд, обратите внимание на то, какое из блюд доставило вам самые приятные ощущения. Теперь представьте, что вы съедаете это блюдо и получаете продолжительное удовольствие от съеденного.

13. Чтобы убедиться в том, что отныне вы будете автоматически использовать данный метод, представьте себе, что вы поступаете именно так, но в различных ситуациях. Представьте, что вы обедаете в своем любимом ресторане. Пройдите по всем пунктам, выбирая то, что вы закажете в данной ситуации. А теперь представьте, что вы пришли на вечеринку, и вновь повторите все этапы. Представьте, что вы завтракаете у себя дома, и вновь повторите весь процесс. Когда все этапы покажутся вам естественными, это значит, что процесс доведен до автоматизма и в дальнейшем вы будете поступать чисто автоматически.

14. А теперь подумайте об определенной ситуации, в которой вы особенно склонны к перееданию. Одни люди переедают в гостях, другие – в одиночестве. Есть люди, у которых переедание связано лишь с каким-нибудь определенным видом пищи: мороженым, пиццей, шоколадом, блюдами китайской кухни. Снова повторите все этапы для ситуации, провоцирующей у вас переедание, чтобы убедиться, что вы достаточно хорошо освоили новую стратегию.

15. Та же самая стратегия помогает вам решить, когда следует остановиться. Каждый раз, когда вы собираетесь что-то откусить, вы можете очень быстро себе представить, как этот кусок будет чувствовать себя у вас в желудке. И как только вы почувствуете, что данный кусок помешает вам чувствовать себя столь же хорошо, как в данный момент, вы прекратите есть. Когда этот процесс станет привычкой, такое решение вы будете принимать очень быстро, и вам даже не придется об этом думать.

16. Некоторые люди ощущают, что обязаны съесть все, что лежит у них на тарелке, чтобы еда не пропадала. Если и вы придерживаетесь такого

правила, вам следует брать небольшие порции, а затем обращаться за добавкой, если вы чувствуете, что съели недостаточно. Еще один выход в данной ситуации – покупать маленькие тарелки. Как ни странно, это действительно помогает есть меньше. Тогда человеку не приходится есть что-то через силу только потому, что это лежит на его тарелке. Маленькая тарелка не мешает вам взять добавку, но при этом решение съесть дополнительную порцию будет сознательным, а не простой привычкой.

В заключение расскажите клиенту очередную притчу (по С. Найт, «Руководство по НЛП»):

"Когда-то давным-давно жили-были муж и жена. Они многого добились в жизни, однако главная их мечта оставалась нереализованной. Им очень хотелось добраться вплавь до Японии.

Они много думали об этой затее и наконец приступили к ее осуществлению. Войдя в море, они обнаружили, что плавать им трудно. Они почувствовали, как устали их руки и ноги. Необходимость постоянно двигаться причиняла им боль, особенно когда приходилось преодолевать сильное встречное течение. Однако постепенно они привыкли к этому состоянию, боль прошла, и вскоре они начали плыть размеренно, что практически не требовало усилий.

Они начали замечать, в какой воде они плывут, как меняется ее цвет в течение дня. Ранним утром море было прозрачным и голубым, а иногда сверкало изумрудной зеленью. На закате оно вбирало в себя все краски вечернего неба. Кроме того, они постепенно стали узнавать и морских обитателей: днем с ними плыли маленькие серебристые рыбки, а по вечерам они различали только большие темные тени, мелькавшие в глубине. Узнали они и голоса морских волн вокруг себя. Пловцы научились чувствовать малейшие изменения погоды, они могли сказать, когда легкий бриз превратится в сильный ветер или когда тот, в свою очередь, успокоится и затихнет. Они научились добывать в воде пищу, чтобы подкрепить свои силы, и научились расслаблять мышцы. У них появилось обостренное обоняние, и вскоре по оттенкам запахов, приносимых бризом, они стали различать, как меняется морская стихия.

Проходили дни, недели, а берег все не появлялся. Наконец они увидели на горизонте темный силуэт земли. Подплыв поближе, они узнали береговую линию Японии. Выйдя из воды, они глубоко вздохнули и обменялись понимающими взглядами. А затем муж и жена вошли в море и поплыли обратно".

Модуль 7. Взаимопонимание между частями личности

Техники данного модуля направлены на следующие цели:

- выявление частей личности, ответственных за переедание;
- переопределение или трансформация этих частей;
- создание частей, отвечающих за здоровое пищевое поведение;
- интеграция или объединение противоположностей.

Техника «Обнаружение части»

Какая бы система «переговоров» с частью или частями ни использовалась (а их довольно много), первым этапом всегда является их поиск и выявление. Для этого терапевт предлагает вашему клиенту расслабиться и предположить, что существует некая часть его личности, ответственная за его пищевое поведение. А после он попросит клиента, не напрягаясь и не используя рационализации (то есть расслабленно и интуитивно), ответить самому себе на следующие вопросы:

- где находится (где он ощущает) эта часть?
- какого она размера, формы, плотности и цвета?
- на что похожа эта часть?
- каким голосом она разговаривает?
- что бы эта его часть могла (и хотела) сказать по поводу его пищевого поведения?
- как он ощущает эту часть самого себя?

Если клиент – пусть и смутно – обнаружил, где он видит, слышит и ощущает часть, ответственную за патологическое пищевое поведение, можно уже приступать к делу.

Техника «Шестишаговый рефрейминг»

1. Определите цель работы. Спросите клиента, чего он все-таки хочет, и добейтесь ответа в форме: «Я хочу прекратить переедать, но не могу» или: «Я хочу контролировать свое пищевое поведение, но что-то меня останавливает».

2. Установите общение с частью, ответственной за выделенную область поведения (назовем эту область стереотип X):

а) попросите своего клиента задать себе вопрос: «Будет ли та часть моей личности, которая отвечает за стереотип X, общаться со мной в сознании?» Пусть обратит внимание на любые чувства или звуки, которые возникают внутри после того, как он задает себе этот вопрос;

б) предложите ему установить значение сигнала: «да» и «нет». Например, пусть яркость, громкость или интенсивность сигнала (ощущения) возрастает, если это ответ «да», и уменьшается, если это «нет».

3. Отделите поведение (стереотип X) от позитивного намерения той части, которая отвечает за X – ведь это ее поведение является всего лишь стремлением к какой-то позитивной цели:

а) предложите клиенту спросить у части, ответственной за стереотип Х: «Не хочешь ли ты дать мне возможность осознать, что ты стараешься сделать для меня с помощью стереотипа Х?»;

б) если он получит ответ «да», пусть попросит эту часть пойти дальше и сказать открыто об этом намерении. Если же получен отрицательный ответ, оставьте намерение бессознательным, предполагая, однако, что оно существует;

в) теперь (в случае ответа «да») попросите клиента определить, приемлемо ли это намерение для его сознания. То есть хочет ли он иметь часть, которая бы выполняла эту функцию?

г) пусть далее клиент спросит часть, которая отвечает за стереотип Х: «Если бы тебе были известны другие способы достижения той же самой цели, которые были бы настолько же хороши, как Х, или даже лучше, тебе бы захотелось их реализовать?» Обязательно добейтесь ее согласия, при необходимости выслушивая ее возражения.

4. Получите доступ к своей творческой части и попросите ее о том, чтобы она придумала новые поведенческие реакции для достижения данного позитивного намерения:

а) предложите своему клиенту вспомнить любые переживания творчества и закрепите их с помощью якоря. Или же спросите его, осознает ли он, что у него есть творческая часть (пусть найдет ее так же, как другие);

б) теперь пусть клиент попросит часть, ответственную за стереотип Х, сообщить о своем позитивном намерении творческой части, и разрешит творческой части разработать новые способы для достижения той самой позитивной цели, предложив части, ответственной за Х, принять, по крайней мере, три варианта, которые являются настолько же хорошими, как Х. Пусть клиент попросит часть Х давать сигнал «да» каждый раз, когда она примет какой-либо вариант как альтернативу Х.

5. Пусть теперь клиент спросит часть Х: «Не хочешь ли ты взять на себя ответственность за то, чтобы использовать 3 новых варианта поведения в соответствующих ситуациях?» Это обеспечит присоединение к будущему. Кроме того, терапевт может через клиента просить часть Х на бессознательном уровне определить сигналы, которые будут «включать» новые варианты поведения, и дать ему полностью пережить то состояние, в котором он будет находиться, когда эти сигналы будут автоматически запускать новые реакции.

6. Осуществите экологическую проверку. Предложите клиенту спросить себя: «Есть ли внутри меня какая-либо часть, которая бы возражала против хотя бы одного из трех новых вариантов поведения?»

Если получен ответ «да», возвратитесь к шагу 2.

Техника «Процессинг части»

Данная техника подобна предыдущей и используется для той же цели.

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Обратите внимание на то, что есть нечто как бы отдельное от вас. Это не идея, а самостоятельная часть, которую можно узнать по ее отличительным признакам, в том числе – по особым ощущениям. Это часть вашей личности, которая как бы подталкивает вас к проблемному поведению.

2. Завладейте вниманием этой части, сказав ей: «Здравствуй» или что-то в этом роде.

3. Заметьте, каков будет ее ответ (необязательно в словесной форме).

4. Если это неразговорчивая часть, установите какую-то кинестетическую систему ответов «да» и «нет». Например, какое-то конкретное изменение ощущений или автоматические движения пальцев. Затем спросите, согласна ли данная часть общаться с вами на уровне сознания. Если ответ отрицательный, вам придется придерживаться вопросов, на которые возможны ответы «да» или «нет» и, возможно, работать, не зная о целях данной части.

5. Если часть разговорчива, выясните детальнее, что она делает, задав вопросы: «Чем ты занимаешься? В чем твоя цель? В чем твое предназначение?»

6. Поскольку данная часть, скорее всего, пытается делать что-то полезное, хотя и самым неприемлемым способом (переедание и ожирение – это неприемлемо, потому что ведет к серьезным проблемам), попробуйте проследить происхождение этой цели и понять исходное намерение части. Спросите ее: «В чем твое исходное намерение?» Ищите именно хорошее по сути намерение, последовательно задавая вопросы типа: «В чем намерение этого намерения?» и «Чего ты хочешь, когда этого хочешь?» Затем попросите часть найти другие, новые способы достижения ее намерения (по крайней мере – три). Ей нужно либо придумать их самой, либо связаться с каким-то творческим источником, внутри или снаружи вас. Вам не обязательно знать, что она придумала, но, если нужно, вы можете соединить ее с другими полезными ресурсами.

7. Теперь важный момент: если часть нашла новые способы реализации своего намерения, ее можно оставить в вашей психике. Если же она не смогла или не захотела этого сделать, ей следует уйти или прекратить свое существование.

8. Если часть остается, чтобы помогать вам, вы можете договориться о

любых необходимых условиях: нуждается ли она в инструкциях, будет ли она регулярно отчитываться перед вами и т. п.

9. Если часть должна уйти или прекратить свое существование, но ей трудно это сделать, поработайте с тем, что ее удерживает. Спросите, что ей мешает: может быть, она что-то недоделала или не сказала; может, ее нужно поблагодарить, похвалить или оценить по достоинству за то, что она сделала (или просто за то, что она такая); может, ей нужно дать инструкции, ориентиры или совет, что ей еще делать; может, кто-то другой ее здесь держит. Всегда обращайтесь с частью уважительно, признавая, что она имеет право существовать и принимать самостоятельные решения.

10. Когда вы завершили работу с данной частью, проверьте, довольны ли результатом другие части вашей личности, не появились ли новые конфликты, которые нужно решить.

Техника «Построение новой части»

После трансформации части, ответственной за проблемное поведение, необходимо создать новую часть, которая будет контролировать пищевое поведение клиента.

Терапевт дает клиенту следующую инструкцию:

1. Определите желаемый результат или функцию новой части: «Я хочу иметь часть, которая контролировала бы мое пищевое поведение» (опять-таки обозначим это как стереотип X).

2. Воссоздайте несколько прошлых переживаний того, как вы делали X или обладали чем-то похожим на X (то есть не переедали и наслаждались этим). Теперь войдите внутрь каждого из этих переживаний и получите доступ ко всем аспектам происходившего: видя, слыша и чувствуя все, что тогда было.

3. Создайте детализированный набор образов того, как бы вы вели себя, если бы действительно обладали состоянием, позволяющим осуществлять стереотип X:

а) сначала создайте диссоциированный визуальный и аудиальный фильм;

б) когда вы просмотрите всю последовательность действий и состояний в фильме и она вас удовлетворит, войдите внутрь каждого из образов и пройдите всю эту последовательность снова, но уже изнутри, ощущая при этом, на что были бы похожи ваши чувства, если бы вы реализовали эти действия и состояния;

в) если вы не удовлетворены, вернитесь к пункту а) шага 3 и измените фильм, повторяя это до тех пор, пока созданное не удовлетворит вас как снаружи, так и изнутри.

4. Экологическая проверка. Спросите себя: «Есть ли какая-либо часть моей личности, имеющая возражения против того, чтобы у меня была часть, которая будет отвечать за воплощение этой фантазии?» Убедитесь в том, что вы проверили все свои репрезентативные системы в поисках возражений. Для каждой возражающей части:

а) попросите ее интенсифицировать свой сигнал, если она отвечает «да», и уменьшить его интенсивность, если она отвечает «нет»;

б) спросите: «Какова твоя функция? Что ты для меня делаешь?»;

в) если, узнав о функции, вы по-прежнему не понимаете смысла возражения данной части, спросите: «В чем именно состоит твое возражение, о чем ты тревожишься?»;

г) составьте полный список всех возражающих частей и их функции.

5. Удовлетворите все возражающие части:

а) видоизмените строящуюся часть (часть X) таким образом, чтобы принять во внимание все функции и протесты возражающих частей;

б) вернитесь к шагу 3 и создайте новую или модифицированную фантазию, которая удовлетворяла бы требованиям каждой возражающей части;

в) убедитесь в том, что каждая часть удовлетворена и что новый вариант поведения части X не будет мешать ни одной из возражающих частей осуществлять свои функции.

6. Попросите бессознательное проанализировать фантазию и извлечь из нее существенные ингредиенты. Ваше бессознательное должно использовать эту информацию, чтобы построить часть X и придать ей реальное существование. Скажите ему: «Извлеки из этой фантазии все, что тебе нужно, для того чтобы построить часть, которая могла бы это делать легко и совершенно и в каждый момент, когда это необходимо».

7. А теперь проверьте, действительно ли новая часть уже появилась:

а) спросите ее об этом;

б) присоединитесь к будущему (повторно);

в) проверьте наличие этой части на уровне поведения и убедитесь в том, что она реагирует адекватно.

Техника «Объединение частей»

Теперь обратимся к техникам, которые позволяют осуществить объединение частей, по каким-либо причинам разделившихся на полярности – как бы на две противоречащие друг другу половинки, одна из которых стремится к хорошему, а другая порождает проблемное поведение.

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Определите и обозначьте противоречащие друг другу части.

1.1. Войдите в контакт с частью, которая стремится к здоровому пищевому поведению (назовем ее частью А), и обратите внимание на чувства, связанные с ней. Это можно сделать, задав себе вопрос: «Чего хорошего я хочу делать, чего не делаю, поскольку что-то мне мешает делать это?» Отметьте, где в теле вы ощущаете эту часть. Какая поза и какие жесты ассоциируются с частью А? (Обратите особое внимание на асимметрию в движениях и жестах.)

1.2. Интенсифицируйте ощущение позитивной части А, а затем:

а) позвольте этому чувству переместиться из тела на открытую ладонь любой вашей руки и обрести образ, который вы можете видеть. Если у вас возникнут трудности с визуализацией, просто представьте, как бы он выглядел, если бы вы смогли его увидеть;

б) либо встаньте в то место, которое обозначает часть А.

1.3. Установите контакт с частью, стремящейся сохранить патологическое пищевое поведение (назовем ее частью Б), и обратите внимание на связанные с ней чувства. Для этого задайте вопрос: «Что останавливает или удерживает меня от того, чтобы делать, что я хочу?» Теперь почувствуйте, где в своем теле вы ощущаете эту часть. Какая поза или жесты ассоциируются с частью Б?

1.4. Интенсифицируйте ощущение части Б, а затем:

а) позвольте этому чувству переместиться из тела на открытую ладонь другой руки и пускай оно обретет образ, который вы можете видеть. Или же опять представьте, как бы он выглядел, если бы вы смогли его увидеть;

б) либо встаньте в то место, которое обозначает часть Б.

2. Установите метапозицию, или третью позицию, находящуюся в стороне от проблем, связанных с конфликтными частями. Если вы используете руки, это можно сделать путем одновременной визуализации обеих частей. Если же вы используете пространство, найдите место, равно удаленное от обеих частей.

3. Попросите каждую часть выразить свои представления о другой части. На этой стадии части обычно выражают недоверие и недовольство друг другом.

3.1. Попросите часть А повернуться и посмотреть на часть Б (или встаньте на ее место и посмотрите на другую), а затем выразите в словах то, что думает часть А. Нравится ли ей часть Б? Сердита ли она на нее? Что она о ней думает?

3.2. Теперь попросите часть Б повернуться и посмотреть на часть А (или встаньте на ее место и посмотрите на другую), а затем выразите в словах то, что она думает о другой части. Ценит ли она часть А? Боится ли

ее? Что она о ней думает?

4. Найдите позитивное намерение и цель каждой из частей.

4.1. Обратитесь к части А с вопросом: «Какова твоя позитивная цель или намерение? Ты собираешься напугать (разозлить, унижить и т. д.) часть Б? Если это так, то какой позитивной цели ты хочешь достичь?» Обязательно выявите это позитивное намерение.

4.2. Теперь обратитесь к части Б и спросите: «Какова твоя позитивная цель или намерение? Ты собираешься напугать (разозлить, унижить и т. д.) часть А? Если это так, то какова твоя позитивная цель?» Опять-таки обязательно выявите ее позитивное намерение.

5. Убедитесь, что каждая часть признает и принимает позитивное намерение «противника».

Спросите каждую из них, может ли она понять и оценить позитивную цель или намерение другой. Укажите им на то, что, хотя их проявления и находятся в конфликте, их намерения совпадают.

6. Из метапозиции определите, что является общей целью для обеих частей на более высоком уровне. Объясните частям необходимость «совместно действовать новым и более эффективным способом».

7. Определите ресурсы и способности, которые есть у каждой части и которые могли бы помочь другой части осуществить ее позитивное намерение и совместную цель.

7.1. Обеспечьте конгруэнтное согласие обеих частей, чтобы объединить их ресурсы для более полного осуществления их собственных целей и общей цели. Обычно эти части ранее не испытывали взаимного доверия и любви именно потому, что у них не было каких-то ресурсов, а одна для другой части казались чужими и неконтролируемыми.

7.2. Будьте внимательны в отношении других проблем или ограничивающих убеждений, которые могут проявиться на этой стадии, хотя ранее не всплывали на поверхность (и которые необходимо будет уточнить или пересмотреть).

8. Физически синтезируйте и интегрируйте ранее конфликтовавшие части в новую идентичность и поместите ее внутрь своего тела.

8.1. Если вы использовали руки:

а) сконцентрировавшись на общей цели и ресурсах обеих частей, медленно сближайте ладони, пока они не соединятся. Почувствуйте, как две части смешиваются и создают интегрированную систему, состоящую из обеих частей;

б) когда вы почувствуете, что интеграция закончена, разомкните руки и посмотрите на новый образ, который представляет полную интеграцию и

синтез;

в) поместите новое интегрированное Я внутри вашего тела, поднеся обе руки к той части тела, которой, как вы считаете, принадлежит новая часть.

8.2. Если вы использовали пространственную локализацию:

а) встаньте на место части Б. Заякорите ресурсы, ассоциированные с этой частью;

б) удерживая якорь, перейдите на место непосредственно за частью А и почувствуйте себя как бы ее наставником, который поддерживает и дает ей любые необходимые ресурсы;

в) затем встаньте в позицию части А и ощутите присутствие ее ресурсов, а также наличие ресурсов противоположной части;

г) сконцентрировавшись на особых ресурсах части А и на трансформации, произведенной с помощью ресурсов части Б, перейдите на место последней, неся с собой все эти ресурсы;

д) встаньте в позицию части Б, так чтобы каждая часть обладала ресурсами другой. Обратите внимание на ощущение интеграции и симметрии;

е) вернитесь в метапозицию и зрительно представьте себе, как две части движутся навстречу друг другу с той же скоростью, с какой вы приближаетесь к ним. В какой-то точке две части сойдутся, и тогда протяните руки и возьмите их.

9. Представьте, что произойдет, если вы начнете двигаться в ваше прошлое и будущее, неся с собой интеграцию и чувствуя, как это состояние позитивно влияет на события вашей жизни.

По окончании работы данного модуля расскажите клиенту очередную притчу (по Н. Пезешкиану, «Позитивная семейная психотерапия»):

"Правоверный пришел к пророку Илие. Его интересовали ад и рай, так как, естественно, его волновала дальнейшая судьба. «Где ад – а где небеса?» – с этими словами он приблизился к пророку, но Илия не ответил ему. Он взял вопрошающего за руку и повел его темными коридорами во дворец. Через железный портал они прошли в большой зал. Там теснилось множество людей, богатых и бедных, одетых в рубища и украшенных драгоценными камнями. В центре зала на огне стоял огромный котел с кипящим супом. От него по всей комнате распространялся чудесный аромат. Толпившиеся вокруг люди со впавшими щеками и усталыми взглядами всеми способами пытались заполучить свою порцию супа. Пришедший с Илией человек был изумлен видом ложек, которые держали люди: те были размером с самих людей. Лишь маленькая часть на конце

рукоятки была из дерева, целиком же ложки состояли из железа и были обжигающе горячи от кипящего супа. Голодные люди жадно тыкали ложками в котел. И хотя каждый хотел получить свою долю, никто не мог сделать ни одного глотка. Они с трудом вынимали ложки из супа, но поскольку те были слишком длинными, даже самые сильные не могли донести их до рта. Самые дерзкие ошпаривали себе руки и лица или во гневе проливали суп на соседей. Ругаясь друг с другом, они бросались в драку и били друг друга этими ложками, которые не помогали им утолить голод. Пророк Илия взял своего спутника за руку и сказал: «Это ад!» Они покинули тот зал и вскоре перестали слышать адские вопли. После долгих блужданий по темным коридорам они попали в другой зал. Здесь тоже сидели люди, а в центре зала также стоял котел с кипящим супом. И у каждого из присутствующих в руках была точно такая же большая ложка, как и в аду. Но здесь люди выглядели сытыми, и в зале слышался только тихий удовлетворенный гул и стук ложек об котел. Люди везде действовали по двое. Один опускал ложку в суп и кормил другого. Если ложка была слишком тяжела для одного, ему помогали еще двое, так что каждый мог вдоволь наесться. Как только один наедался, наступала очередь другого. Пророк Илия сказал своему спутнику: «Это рай!»

Модуль 8. Редактирование себя

Техники данного модуля направлены на следующие цели:

- редактирование необходимых реакций;
- оптимизация психоэмоционального состояния;
- создание нужных качеств;
- восстановление адекватной самооценки.

В данном разделе приводятся техники, помогающие клиенту найти внутренние ресурсы для эффективного преодоления препятствий и нейтрализации воздействия стрессов. Данные техники применяются, например, тогда, когда человек ощущает некомпетентность, тревогу или неуверенность по поводу каких-либо своих будущих действий. Очевидно, что тревога и неуверенность помешают ему осуществить эти действия эффективно. Кроме того, из-за тревоги человек часто убегает от решения проблем. Определив, чего именно боится сделать клиент и выяснив ситуации, которые его пугают, терапевт может применить следующие техники.

Техника «Ресурсная репетиция»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Представьте себе будущую ситуацию, которая вас тревожит или к которой вы ощущаете себя недостаточно подготовленным.

2. Внимательно рассмотрите ее в мыслях и попытайтесь понять, какое ресурсное состояние вам необходимо для того, чтобы нужное чувство готовности у вас появилось.

3. Найдите в себе этот ресурс и заякорите его.

4. Теперь включите якорь снова, вернитесь к тревожащей вас ситуации и просмотрите ее от начала до конца. Не удивляйтесь, если вся ситуация внезапно изменится в лучшую сторону. Если же это произойдет в недостаточной степени, определите, в каких еще ресурсах вы нуждаетесь, и повторите шаги 3–4.

Техника «Круг совершенства»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Определите совершенное состояние. Выберите опыт совершенства из вашего прошлого – когда все ресурсы были для вас доступны, и это позволяло вам быть в наилучшей форме и действовать в полную меру своих способностей.

2. Создайте «круг совершенства»: нарисуйте на полу воображаемый круг. Представьте себе, что это – место совершенства. Вообразите, что в нем появляется цвет – какой?

3. Достигните состояния совершенства, опишите его, дополните, если надо, и свяжите с кругом (просто войдите в него в «совершенном» состоянии):

а) достигните – переживите вновь опыт состояния совершенства, как будто это происходит сейчас;

б) опишите – осознайте свою позу, дыхание, внутренние образы, звуки и, особенно, что вы видите и слышите в той ситуации;

в) дополните – если ощущение не совсем полное, меняйте свои ощущения, пока не добьетесь сильного и полного переживания. Определите наиболее яркие или «выпуклые» элементы (чувства, тип дыхания, образы, звуки), которые придают полноту искомому состоянию, и определите, как вы выглядите и как ваш звучит голос в этом состоянии.

4. Осуществите разделение состояний. Выйдите из круга и вернитесь в ваше обычное состояние.

5. Проверка: теперь вступите в круг и проверьте, пришли ли к вам спонтанно все ощущения совершенства. Выйдите из круга. И еще несколько раз повторите эти перемещения туда и сюда. Если вам не удастся достичь полного чувства совершенства без сознательного усилия, вернитесь к пункту в) шага 3.

6. Создайте необходимый контекст. Выберите ситуацию, которая обычно бывала для вас проблематичной, но где бы вы хотели быть в

состоянии в нужный момент автоматически достичь совершенства. Найдите триггер этой ситуации (что вы видите, слышите и чувствуете, когда понимаете, что ситуация становится проблематичной).

7. Установите связи. Мысленно поставьте себя в эту ситуацию, вступите в круг и, получив доступ к совершенству, посмотрите, каким образом это меняет ситуацию. Обратите внимание на средства связи с ощущением совершенства. Выйдите из круга.

8. Осуществите проверку. Опять подумайте о будущей сложной ситуации. Можете задать себе несколько вопросов (например: «Что происходит сейчас, когда я думаю о том, что обычно шло неудачно или было трудным для меня?»). Главное тут, быстро и автоматически достичь состояния совершенства. Вы можете проверить это, замечая, присутствуют ли определяющие ощущение совершенства признаки из описания (шаг 3).

Техника «Генератор нового поведения»

Данная техника позволяет сделать человека «ситуативно совершенным» – то есть настроить его бессознательное на оптимальное функционирование в конкретной ситуации.

Для начала определите, какие именно формы поведения клиента его и вас не устраивают и что там не в порядке. Затем дайте клиенту следующие инструкции:

1. Создайте и проиграйте, пользуясь диссоциацией, фильм, где вы ведете себя так, как вам нравится. Если сразу это не получается, для начала пусть это будет знакомый или герой кинокартины, романа и т. д., справляющийся с ситуацией так, как того хотелось бы вам. Когда выбран исполнитель главной роли, просмотрите этот фильм от начала до конца. А затем поместите себя в это кино, произведите все необходимые изменения и просмотрите фильм заново. Получилось? Если нет, попробуйте еще раз.

2. Добавьте звуковое сопровождение. Каким вы хотите слышать звучание собственного голоса? Проверьте, так ли он звучит. Если нет – сделайте нужные изменения.

3. Войдите в новый образ себя. Подвигайтесь в своем новом образе, как бы примеряя его на себя. Чувствуете ли вы себя так, как вам хотелось бы? Глядя изнутри этого героя, проверьте, действуете ли вы так, как хотели? Когда новое поведение достаточно будет подробно изучено и усвоено, заякорите его, а затем сделайте проверку.

Техника «Терапия эмоциональной травмы с помощью движений глаз»

Следующая техника предназначена для работы со всеми теми неприятными эмоциями, которые переполняют клиента, не давая ему возможности окончательно изменить пищевое поведение.

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Подумайте о своей неприятности и сосредоточьтесь на образе, который представляет либо всю ее целиком, либо ее самый болезненный аспект. Желательно, чтобы этот образ включал все сенсорные модальности, хотя это и необязательно.

2. Определите или сформулируйте утверждения, характерные для вашей негативной самооценки, то есть мысли, связанные с неприятным переживанием, например:

Я бессилен

Я ничего не могу предпринять

Я ничтожество

Я не могу преуспеть

Я не достоин успеха

3. Создайте суждение, которое отражает позитивное отношение к себе в контексте данной неприятности, которое могло бы повысить самооценку, например:

Я обладаю необходимыми ресурсами

Я могу многое сделать

Я – человек, достойный уважения

Я вполне могу преуспеть

Я достоин успеха.

4. Оцените собственную веру в это новое положительное утверждение по семибалльной шкале, где 1 – «совершенно не верю», а 7 – «полностью верю». Не удивляйтесь тому, что сейчас вы оцениваете многие утверждения в 1–2 балла – так и должно пока быть.

5. Теперь уже по десятибалльной шкале оцените уровень своего беспокойства по поводу исходной неприятности. Здесь 10 баллов соответствуют максимальному беспокойству, а 1 – минимальному. Опять-таки не удивляйтесь оценке в 8-10 баллов – иначе и быть не должно, ведь эта неприятность вас серьезно беспокоит. А вот оценка в 3–4 балла говорит о том, что с этим вполне можно справиться и безо всякой посторонней помощи.

6. Теперь приготовьтесь к десенсибилизации посредством движения глаз. Определите оптимальную скорость и амплитуду движения глаз с помощью собственной (хотя лучше – чужой) руки, где точкой фиксации взгляда будут два сомкнутых пальца – указательный и средний. Грубо оцените скорость для различных движений руки:

- горизонтальных (-)
- вертикальных (|)

- «диагональных» движений (/)
- движений по кругу (О)
- «большой восьмерки»: вертикальной (8) и горизонтальной (∞)
- «крестообразных» движений (+ и х)

Выберите то из этих движений, которое вам больше всего понравилось. С него и начните.

7. Вспомните неприятное ощущение во всех возможных модальностях и, думая о нем, проделайте серию из 24 движений глаз – например, начните с горизонтальных. Окончив серию, выбросьте все из головы и сделайте глубокий вдох и выдох. После чего вернитесь к неприятному образу и исследуйте:

- что вы сейчас испытываете по поводу этого образа;
- что вы теперь думаете о своей неприятности.

А затем оцените уровень беспокойства по десятибалльной шкале.

Далее повторяйте серии из 24 движений и все вышеописанное до тех пор, пока уровень беспокойства по поводу неприятности не снизится до приемлемого (точной нормы здесь нет, хотя обычно снижения показателей до 2–3 баллов достаточно).

8. Теперь сосредоточьтесь на выбранном вами положительном утверждении о себе из списка. Просто думайте о нем, одновременно помня о неприятном переживании, и продолжите серию движений глаз до тех пор, пока вера в положительное утверждения не достигнет приемлемого для вас уровня (обычно 5 баллов и выше).

9. И наконец, после того как положительное утверждение станет звучать для вас достаточно правдоподобно, помня и о нем, и о неприятности, исследуйте, не осталось ли где-то в теле неприятных ощущений или напряжения. Если таковые обнаружатся, сфокусируйте внимание на них и проделайте нужное количество серий движений глаз – до тех пор, пока все не уйдет: и эти ощущения, и то, что «всплывет», пока вы будете их прорабатывать.

Техника «Модифицированный взмах»

Следующие техники дают возможность работать с теми качествами личности, которых недостает для того, чтобы контролировать процесс переедания (в процессе формулирования результата и далее эти качества уже были выявлены).

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Идентификация с образом-указателем. Сначала вспомните ситуацию, в которой вы чувствовали собственное бессилие. Хотя некоторым сразу же приходит в голову какой-нибудь драматический

момент из жизни, будет лучше, если вы выберете какую-нибудь обыденную ситуацию. Когда вы измените свое повседневное чувство беспомощности, изменятся все аналогичные жизненные впечатления. Убедитесь, что это воспоминание вполне конкретно и реально, войдите в него, чтобы увидеть то, что вы видели в момент, предшествующий появлению чувства беспомощности. Этот образ-указатель вы используете позже, а пока – временно – отложите его в сторону.

2. Творческий образ. Теперь с помощью воображения представьте внутренний образ себя, уже решившего проблему бессилия: творческого, обладающего мощью и силой. Пусть это будет как ваша фотография без фона. Вам необязательно знать, как вы этого добились – просто смотрите, как вас переполняет чувство собственной силы. Это выражается в блеске глаз, в довольной улыбке и т. д.

Добейтесь того, чтобы изображение стало детальным, конкретным, чтобы оно казалось вам подлинным и весьма привлекательным. Порадуйтесь этому образу.

3. Расширение творческого образа. Мысленно поместите этот образ в маленькой мигающей точке. Сделайте так, чтобы эта точка резко начала расти, становиться ярче до тех пор, пока вы не увидите его перед собой в натуральную величину. Затем представьте себе чистый экран. Повторите эту процедуру несколько раз до тех пор, пока она не станет автоматической.

4. Творческий образ в образе-указателе. А теперь разместите эту мерцающую точку со своим образом в центре образа-указателя из шага 1.

5. Замена образов. Пускай образ-указатель быстро бледнеет и темнеет, пока мигающая точка быстро растет и становится ярче, открывая творческий образ, который, в свою очередь, тоже начинает быстро увеличиваться и обретать свою натуральную величину.

6. Представьте себе чистый экран.

7. Повторение. Повторите шаги 4–6 в более быстром темпе. Вновь разместите маленькую мерцающую точку в центре образа-указателя, а затем произведите замену. А потом вновь смотрите на чистый экран.

8. Множество творческих образов Я. Поскольку образ творческого Я наверняка пригодится вам во множестве различных ситуаций, лучше, если вы будете видеть это позитивное изображение везде, куда ни взглянете: в прошлом, настоящем и будущем. Для этого представьте себе, что вы физически держите в руках свое творческое Я. Вытяните руки и схватите его. Когда вы прикоснетесь к нему, образ начнет становиться ярче. А теперь размножьте этот большой образ, как бы сделав его цветные копии. Сделайте много образов творческого Я, один за другим, чтобы вместе они

напоминали вам большую колоду карт.

Теперь оставьте перед собой один образ, а остальные отпустите в воздух. Смотрите, как образы творческого Я начинают приземляться вокруг вас, создавая концентрические круги, расширяющиеся на огромное расстояние во всех направлениях: в прошлое, настоящее и будущее. Представьте себе ряд образов творческого Я, расположенных вокруг вас.

9. Проверка результатов. Когда вы повторите данную процедуру несколько раз, необходимо будет проверить результаты работы. Что вы теперь чувствуете, когда пытаетесь вызвать в воображении первичный неприятный образ-указатель? Если вам вообще не удастся вызвать неприятные чувства или это получается с трудом – значит, вы закончили выполнять упражнение. А если негативные ощущения возникают при воспоминании об образе-указателе, повторяйте упражнение, уделяя пристальное внимание каждому шагу, до тех пор, пока неприятные чувства не исчезнут.

Техника «Внеконтекстный голографический взмах»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Посмотрите влево и вверх (это для правшей – левши делают все зеркально) и представьте себя таким, каким вы себе не нравитесь. На время отодвиньте этот образ в сторону.

2. Теперь посмотрите вправо и вверх и представьте себе, как вы должны были бы выглядеть. Когда удастся себя увидеть, несколько раз переместите сконструированный образ в область, которая находится от вас слева и сверху – до тех пор, пока он не станет легким и отчетливым воспоминанием.

3. Переведите глаза в положение вправо по горизонтали и представьте себе слова, которые вы будете говорить, и звуки, которые будете слышать, когда вы станете таким, каким хотите. Переместите этот слуховой образ в область, которая находится слева по горизонтали.

4. Посмотрите влево и вниз и почувствуйте то, что вы будете чувствовать, когда станете таким, каким хотите. Переместите эти ощущения в область справа внизу.

Отчетливо представив новый образ себя, сделайте нужное количество раз так называемый «взмах по дистанции и цвету», для чего:

а) приблизьте к себе неприятный образ из шага 1 и сделайте его цветным;

б) поместите маленький черно-белый желанный образ подальше от себя;

в) когда вы производите взмах, первый образ должен быстро

удалиться, уменьшиться и потерять цвет, при этом второй, желанный, придвинется к вам, станет большим и заиграет красками.

5. Повторите взмах пять раз и проведите обычную проверку результатов. Не забывайте, что после каждого взмаха нужно сделать перерыв и очистить экран.

В качестве домашней работы клиента можно попросить регулярно выполнять два упрощенных варианта этой техники, которые описаны ниже: «Экранное расщепление» и «Двойное зеркало».

Техника «Экранное расщепление»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Закройте глаза и представьте себе экран на какой-либо стене комнаты. Разделите его на две половины. На одной половине должно находиться ваше нынешнее состояние (негативный образ, например – напряженность и тревога), а на второй половине – ваше желанное состояние (например, здоровье, расслабленность, спокойствие).

2. Затем четко и уверенно скажите себе, каким вы предпочитаете себя видеть; соберите все чувства того из вас, который вам больше нравится, и перенесите эти чувства с экрана в жизнь, оставив тот образ, который вам не по душе, в другой части экрана. Затем представьте, как хорошо быть таким человеком в любой ситуации.

Техника «Двойное зеркало»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

1. Закройте глаза и представьте себе, что вы стоите между двух больших зеркал. В зеркале за спиной вы представляете себя таким, какой вы есть сейчас.

2. Этот негативный образ тает, становится бесцветным и бесформенным и наконец – вовсе исчезает.

3. Когда это произойдет, обратите внимание на стоящее перед вами зеркало, в котором вы видите себя таким, каким хотите стать. Отражение яркое, цветное и полное жизни. Оно нравится вам все больше и больше, и вы начинаете приближаться к нему.

Техника «Чудесный магазин»

1. Попросите клиента представить рядом с собой прилавки и полки чудесного магазина, в котором он может приобрести любые новые реакции, качества и состояния, и предложите выбрать то, в чем он сейчас более всего нуждается и что собирается приобрести в первую очередь.

2. После того как он сформулирует свой запрос (например, «уверенность в себе»), объясните ему, что для того чтобы отыскать нужный «товар», вам необходимо знать некоторые его формальные характеристики.

И попросите описать, как выглядит то, что он хочет приобрести: форму, цвет, консистенцию и т. п. (та же уверенность может, скажем, предстать в виде «золотистого шара размером с теннисный мяч, наполненного энергией»).

3. Теперь, когда запрос «опредмечен», скажите клиенту, что за этот товар необходимо заплатить – но не деньгами, а тем, от чего он хотел бы избавиться. Потому что в этом чудесном магазине существует странная форма оплаты – здесь принимают только всякий душевный мусор: неэкологичные реакции, качества и состояния. Спросите его, что он согласен отдать ради приобретения желаемого (предположим, свою раздражительность).

4. Опять-таки следует «опредметить» плату. Предложите клиенту определить, где в его теле находится то, чем он собирается расплачиваться, и как оно выглядит (форма, цвет, консистенция и т. п.). Если клиент испытывает затруднение на этом этапе, попросите его вспомнить любую ситуацию, когда он чувствовал то, чем сейчас будет расплачиваться, войти в это воспоминание и найти соответствующее ощущение, увидеть его внешний вид и почувствовать внутреннее содержание. И только когда плата «опредмечена», можно приступить к следующему шагу.

5. Теперь предложите вашему клиенту совершить обмен. Пусть он мысленно извлечет из себя то, что выбрал в качестве оплаты, и положит это качество в воображаемый большой ящик, на котором написано «Переработка мусора», а затем возьмет с прилавка выбранный товар и поместит его внутрь себя – возможно, именно в то место, откуда он извлек свою плату. Затем можно перейти к новой покупке. Если же, однако, товар размещен в ином месте, нежели плата, спросите клиента, чем бы он хотел заполнить образовавшуюся пустоту, и дайте ему нужное качество, уже ничего не требуя взамен.

Техника «Взгляд на себя глазами любящего человека»

Данная техника позволяет восстановить адекватную самооценку, позитивное отношение к себе, чтобы ощущение бессилия не привело к возникновению депрессии, ипохондрии или к срыву.

Терапевт говорит клиенту:

"Сейчас вы станете писателем. Вы пишете книгу, где одним из героев являетесь вы сами.

Вам надо решить, кто из людей, вам известных, вас любит. Не так важно, отвечаете вы им взаимностью или нет, но чрезвычайно важно знать, что они любят вас. Когда вы найдете такого человека, сделайте следующее. Вы сидите за столом. Перед вами пишущая машинка, бумага,

карандаш. Напротив окно, в которое вы время от времени выглядываете. Где-то там живет тот самый человек, который вас любит. Пришло время описать его в вашей книге. Вы откидываетесь на спинку стула, размышляете о нем, думаете, как бы вы могли описать этого человека, выразить словами то, что делает его особенным. Вы подбираете такие слова, которые позволяют читателю увидеть этого человека таким, каким его видите вы. Поэтому вы описываете все его привычки, выражения, манеру поведения, которые его отличают от других. Вы вспоминаете и описываете его чувство юмора, страсти, ум, глупости, его слабости, сильные стороны, маленькое и большое, все то, что в сочетании создает уникальную личность. Вы прислушиваетесь к себе и стараетесь проанализировать свои чувства по отношению к этому человеку. Вам пора заканчивать это описание, вы стараетесь посмотреть на задачу с другой точки зрения. Вы выплываете из своего кресла и всплываете в тело человека, которого только что описывали. Вы становитесь человеком, который вас любит. И его глазами вы всматриваетесь в себя, который только что был так увлечен работой над книгой. Вы видите себя глазами человека, который вас любит. Вы видите свои собственные слова, жесты, манеры в описании человека, который вас любит. Вглядываясь в самого себя глазами этого человека, вы узнаете качества и свойства, которые вам были незнакомы или которые другие привыкли считать недостатками. Вы проглядываете мысли и воспоминания человека, который вас любит, и понимаете, что вас есть за что полюбить. Можно просто быть собой и тем самым придать жизни другого человека полноту и значимость. Вы видите и слышите все то, что тот человек ценит в вас. Хорошо запомнив все только что увиденное и услышанное, вы медленно начинаете возвращаться в самого себя, зная, кто вы такой для человека, который вас любит".

Всю эту процедуру можно представить в виде шести шагов.

1. Установите правила игры – введите клиента в роль автора книги.
2. Попросите клиента определить для себя того, кто его любит. Если такого человека нет в настоящем, помогите отыскать его в прошлом. Если клиент заявляет, что такого человека вообще никогда не было, создайте вымышленную ситуацию «как если бы вас любили» и убедитесь, что он вообразил подходящего героя.
3. Установите позицию клиента: он сидит в кресле и смотрит на любящего его человека за окном.
4. Попросите клиента назвать различные качества (большие и маленькие), которые делают того человека значимым в его жизни.
5. Предложите клиенту выплыть из своего тела и войти в тело

человека, который его любит. Если поддерживать такую диссоциацию ему трудно, установите нужный якорь.

6. Попросите клиента описать, что именно он любит в человеке, которого видит перед собой, то есть в самом себе. Направляйте сознание клиента на те качества Я, которые он вряд ли ценит, глядя на них собственными глазами.

По окончании работы в рамках данного модуля расскажите клиенту очередную притчу (по М. Павлову, «Интенсивный курс повышения грамотности на основе НЛП»):

"В одном маленьком зоопарке медведя долго держали в тесной клетке, где он мог лишь сделать четыре шага в одну сторону, повернуться и сделать четыре шага обратно. Так и ходил он целыми днями по клетке туда и обратно. Посетители жалели медведя и говорили: «Как он был бы счастлив, если бы ему удалось оказаться на свободе!»

Время шло, зоопарк начали реконструировать, и всем животным сделали большие просторные вольеры. В них было много зелени, а в загоне у медведя даже располагался бассейн. Работники зоопарка предвкушали, как обрадуется огромный зверь, когда его переведут из тесной клетки в свободный вольер. И вот долгожданный день наступил. Медведя перегнали в крошечную клетку для перевозки и повезли на новое место. Даже в транспортной клетке медведь ухитрялся делать свои обязательные четыре шага назад и вперед. Наконец его выпустили в новый просторный вольер. Медведь огляделся, осторожно сделал шаг, другой, третий, четвертый. А потом повернулся и снова сделал четыре шага обратно. Он так и не смог понять, что теперь прутья клетки, ограничивавшие его свободу, существуют только в его воображении. Но эти прутья в памяти зверя оказались крепче настоящих. Так медведь до сих пор и гуляет в огромном вольере: четыре шага туда и четыре шага обратно".

Модуль 9. Создание образа новой жизни

Техники данного модуля направлены на следующие цели:

- переоценка жизни;
- создание «объемного» образа новой жизни.

Техника "Анализ и коррекция ситуации на логических уровнях"

Во-первых, следует подготовить комплект листов с обозначением логических уровней. Эти листы раскладывают на полу в следующем порядке:

Окружение
Поведение

Способности
Намерения
Ценности
Убеждения
Идентичность
Миссия
Смысл

Теперь можно уже приступить к самой процедуре, в которой причудливым образом смешиваются ассоциированное состояние и диссоциация.

1. Предложите клиенту встать на лист «Окружение» и представить себе всех людей и все обстоятельства, которые будут окружать его в последующей жизни. А после того как он это сделает, попросите его оценить, какие люди и ситуации из окружения могут ему помешать сохранять здоровое пищевое поведение, как бы сбивая его с праведного пути.

2. Теперь пусть он сойдет с этого листа, встанет или сядет рядом с ним и честно ответит вам и себе на вопрос, готов ли он к встрече с этими людьми и обстоятельствами, то есть чувствует ли он в себе готовность противостоять всем помехам на пути к здоровью. Для того чтобы исследовать эту готовность, пусть он опять ассоциируется со своим окружением, снова встав на соответствующий лист.

3. Если обнаружится, что эта готовность клиента все-таки недостаточная, предложите ему (предварительно сойдя с листа) подобрать необходимый ресурс для каждого проблемного человека или обстоятельства, вспомнить любую ситуацию, в которой у него этот ресурс был, ассоциироваться с собой в той ситуации, а затем, сохраняя контакт с ресурсом, вновь встать на лист «Окружение» и посмотреть, что получится. Пусть продолжает делать это до тех пор, пока не почувствует готовность справиться с проблемами окружения. При необходимости можно использовать любые техники редактирования личности: «Взмах», «Генератор нового поведения», «Чудесный магазин» и т. п.

4. Закончив работу с уровнем окружения, последовательно проделайте ее для оставшихся уровней:

Поведение

Какие действия или поведенческие паттерны могут помешать вам изменить пищевое поведение? Создайте альтернативные варианты поведения и действий.

Способности

Какие качества могут стать вам помехой?

Трансформируйте эти качества в нечто позитивное.

Намерения

Какие желания и цели могут помешать вам изменить пищевое поведение?

Создайте альтернативные цели и желания.

Ценности

Какие ценности могут стать вам помехой?

Измените их место в иерархии в сторону понижения.

Убеждения

Какие убеждения могут помешать вам изменить пищевое поведение?

Замените их на экологичные.

Идентичность

Что в вас самих может стать тут помехой?

Переосмысление аспектов идентичности.

Миссия

Как ваша миссия – то, зачем вы пришли в этот мир, – может помешать изменить пищевое поведение?

Трансформируйте негативные аспекты осуществления или восприятия миссии.

Смысл

Как ваше отношение (и какое?) к миру и жизни может стать тут помехой?

Переосмысление неэкологичных смыслов.

Техника «Дизайн совершенства»

Она может выполняться как продолжение предыдущей техники.

1. Верните клиента к первому листу («Окружение») и попросите его с помощью диссоциации представить, кто или что из его окружения может помочь ему изменить пищевое поведение. После того как он отстраненно увидит этих людей и обстоятельства, попросите его встать на лист «Окружение» и представить себя в окружении этих людей и обстоятельств, то есть использовать ассоциацию.

2. Предложите клиенту встать рядом с листом «Поведение» и подумать о том, какие новые действия могли бы ему помочь сохранить новое пищевое поведение. То, что он выявит, можно ввести в его поведенческий репертуар с помощью, например, техник «Генератор нового поведения» и «Шоколад леди Годива» (последняя для работы с мотивацией). Такую работу клиент должен выполнять, сойдя с листа «Поведение», и только после того как новый поведенческий репертуар будет создан, он может

просмотреть и прочувствовать все эти новые действия, стоя на листе и пользуясь ассоциацией.

3. Попросите клиента представить, какие качества личности могли бы дать ему возможность легко изменить пищевое поведение, и создайте их посредством, например, техники «Чудесный магазин» (опять-таки: начав с диссоциации, а уже потом, с этими новыми качествами, с помощью ассоциации на листе «Способности»).

4. Предложите клиенту найти намерения (цели и желания), которые помогут ему сохранить новое пищевое поведение, представить соответствующие образы и «картинки» и разместить их в будущем на линии времени. А потом, взяв с собой эти цели и желания, пусть он встанет на лист «Намерения».

5. Попросите клиента подумать, какие ценности могли бы ему помочь сохранять новое пищевое поведение, пусть он найдет репрезентации этих ценностей, а затем введет их в свою иерархию ценностей. Со всеми новыми ценностями пусть он встанет на лист «Ценности».

6. Предложите клиенту найти убеждения, которые помогут ему сохранять новое пищевое поведение, пусть он сформулирует их и введет в систему своих убеждений с помощью, например, первой части техники «Терапия эмоциональной травмы с помощью движений глаз». Захватив с собой новые качества, пусть он встанет на лист «Убеждения».

7. Попросите клиента представить те, пока неизвестные ему, аспекты его личности, которые помогли бы сохранять новое пищевое поведение, и создайте их с помощью, например, «Внеконтекстного взмаха» с распространением нового образа Я на прошлое, настоящее и будущее. Взяв с собой все эти новые образы Я, пусть он встанет на лист «Идентичность».

8. Предложите клиенту обдумать различные аспекты его миссии, связанные со здоровым пищевым поведением, после чего надо дать возможность бессознательному создать соответствующий образ, звук, ощущение. С новыми репрезентациями пусть он встанет на лист «Миссия».

9. И наконец, попросите клиента представить здоровое пищевое поведение как новый смысл и способ его бытия в мире. Затем пусть он предложит бессознательному создать символ, который бы выразил этот новый смысл. Захватив с собой полученный символ, пусть он встанет на лист «Смысл».

10. Теперь предложите клиенту сойти с последнего листа («Смысл») и, начав с него, собрать в единый пакет все другие листы, подкладывая их один под другой и как бы собирая воедино свои новые или дополнительные качества разных логических уровней.

Техника «Прохождение логических уровней»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

Этап 1 (подготовительный)

Приготовьте девять достаточно больших листов бумаги. Напишите на них названия логических уровней (крупными буквами) и разложите эти листы на полу – по порядку и так, чтобы с листа на лист вы могли переходить, сделав небольшой шаг.

Теперь подумайте о своей новой жизни как о мечте, которую ничто не ограничивает. Вспомните, как вы умели мечтать в детстве. Договоритесь с собой, что вы не будете мешать себе мечтать. И помечтайте о том, каким вы будете, когда станете совсем другим.

Этап 2 (основной)

Встаньте на лист «Окружение». И мечтайте о здоровой жизни, представляя себе обстоятельства и людей, которые будут вас окружать в вашей новой жизни.

Перейдите на лист «Поведение» и повернитесь спиной ко всем последующим логическим уровням (далее вы все время должны стоять именно так – дабы обозревать все уровни, которые уже прошли). Помечтайте о том, что вы будете делать в предстоящей новой жизни.

Перешагните на лист «Способности». И помечтайте о новых чудесных качествах здоровья – физических и психологических, – которые вы скоро обретете.

Перейдите на лист «Намерения». Подумайте о том, чего вы хотите в связи с этой новой жизнью. И возжелайте этого так, как вы умели желать в детстве (вспомните, как это было).

Перешагните на лист «Ценности». И помечтайте о том, что вам даст уже почти обретенная новая жизнь. О тех целях, которые в ней появятся. И о средствах, которые помогут достичь этих целей.

Перейдите на лист «Убеждения». Обдумайте, во что должен верить человек, живущий такой жизнью. И поразмышляйте о том, как здорово жить, имея такие экологичные представления.

Перешагните на лист «Идентичность». И помечтайте о себе как о совершенно новом человеке – целиком и полностью, физически и психически новом существе. После чего подумайте о том, о чем давно уже не думали: о вашей уникальности единственного, неповторимого и ни на кого не похожего человека.

Перейдите на лист «Миссия». И отстраненно подумайте о том, зачем такой уникальный человек, как вы, нужен этому миру – что именно вы должны сделать и понять. Ибо высший смысл любой жизни – это всегда

познание и созидание.

Перешагните на лист «Смысл». И попробуйте ответить себе на очень непростой вопрос: а зачем этот мир нужен вам? Чем он для вас является в этой близкой к осуществлению мечте безо всяких ограничений, когда вы смотрите на свое будущее с высоты приобретенного опыта предшествующих логических уровней?

Развернитесь, стоя на листе «Смысл», на 180°. За вашей спиной лежат пройденные логические уровни, вам же теперь предстоит подумать о чем-то большем, чем ваша собственная жизнь. О том, во что вы, возможно, когда-то верили, но забыли – о чем-то добром и могущественном. Неважно, как вы это для себя назовете: Бог, Природа, Космос или просто высшее Я. И неважно, назовете ли вы это хоть каким-то именем. Важно просто вспомнить о том, что нечто Великое есть. И ощутить, увидеть или услышать присутствие Великого – как цвет, как вспышку света, как мурашки по коже или как странный звук, рождающийся извне или из глубины вашей души.

А теперь, сохраняя это ощущение, образ или звук, шагните на лист «Миссия». И далее, не торопясь, опять-таки спиной вперед, пройдите все логические уровни, как бы внося увиденное, услышанное или пережитое на уровне «Смысл» в каждый из них и одновременно заново отвечая на все те вопросы, на которые вы уже отвечали:

- Зачем я нужен миру?
- Кто я такой?
- Во что я верю?
- К чему я стремлюсь?
- Чего хочу?
- Какими способностями обладаю?
- Что делаю и как поступаю?
- Кто и что меня окружает?

Не удивляйтесь тому, что все может измениться и вы испытаете неведомые озарения, откровения и потрясения.

И наконец, сойдите с последнего (который был начальным) листа «Окружение», подойдите к листу «Смысл» и один за другим соберите все листы логических уровней, как бы укладывая их в голограмму вашей новой жизни.

Техника «Счастье в прошлом, настоящем и будущем»

Терапевт дает клиенту следующие инструкции:

"Вообразите себя счастливым – по-настоящему счастливым. Пусть это будет картинка, на которую вы смотрите со стороны (диссоциация). Что вы

видите? Не имеет значения, что конкретно вы делаете на данной картинке, поскольку вы точно знаете, что это подлинное счастливое состояние. Достаточно просто светиться счастьем.

Определите визуальные субмодальности и поэкспериментируйте, изменяя картинку так, чтобы сделать ее еще более выразительной, чтобы изображение буквально переполнялось счастьем. Например, если ваша картинка цветная, сделайте из нее черно-белую или наоборот. Что выглядит привлекательнее? Следующая субмодальность – это наличие или отсутствие рамки. Если эта картинка в рамке, уберите рамку, а если она не имеет границ, вставьте ее в рамку. Как при этом меняются ваши ощущения? Пройдите по всему списку субмодальностей и поэкспериментируйте с изменениями, а затем сохраните те из них, которые усиливают приятные ощущения от картинки.

Теперь прислушайтесь к любым звукам, которые звучат в этом воспоминании. Пройдитесь по списку аудиальных субмодальностей, чтобы поэкспериментировать с ними. Сможете ли вы усилить приятные ощущения, изменяя то, что вы слышите? Сохраните изменения, которые вам понравятся.

Теперь войдите в картинку. Вы можете сделать это, либо мысленно войдя в образ себя, либо поместив этот образ внутрь себя. Проверьте свои ощущения. Чувствуете ли вы подлинное счастье? Можно ли как-то улучшить это состояние? Если нужно, снова выйдите из образа и продолжайте экспериментировать с субмодальностями, пока не получите вполне удовлетворительный образ.

Когда вы почувствуете удовлетворение и найдете то, что для вас означают слова «быть счастливым» на уровне субъективного опыта, – вы превратите эти слова в реальность.

Составьте список субмодальностей вашего представления о подлинном счастье. Вы сможете использовать его в будущем всякий раз, когда захотите визуализировать счастье.

Теперь отделитесь от картинки и оставьте ее на линии вашей жизни. Для этого можно себе представить, что эта линия растянулась перед вами. Возьмите образ счастья и поместите его на линии жизни в будущем. После чего ответьте себе на следующие вопросы:

Как вы себя чувствуете?

Как вы относитесь к своему счастливому будущему?

Насколько реально и привлекательно оно выглядит?

Как далеко в будущее вы поместили картинку?

Может ли что-то вам помешать достичь этого будущего?

Поэкспериментируйте, помещая картинку в разные места на линии будущего.

Удалите ее на одну неделю от настоящего.

На один месяц.

На один год.

На три года.

На пять лет.

Как изменились ваши реакции?

Какие отношения вы хотели бы установить с этим счастливым будущим Я?

Притягивает ли оно вас?

Какие шаги вам необходимо предпринять, чтобы достичь этого будущего?

Что бы вы сказали своему будущему Я?

Какие бы вопросы ему задали?

Теперь пойдите и станьте своим будущим.

Ассоциируйтесь со своим будущим Я.

Теперь будущее Я смотрит назад, на нынешнее Я.

Что вы чувствуете?

Какой совет вы могли бы дать нынешнему Я, чтобы помочь ему достичь той точки, где вы стоите?

Какие ответы вы бы дали на вопросы, которые перед вами ставило нынешнее Я?

Какие вопросы вы как будущее Я сами бы задали нынешнему?

Наконец отойдите в сторону и встаньте так, чтобы видеть одновременно и будущее, и нынешнее Я. Какова связь между ними? Чему вы можете научиться у обоих?

Вернитесь снова в настоящее и ощутите, что понятие «быть счастливым» стало для вас необыкновенно реальным.

Закончить столь важную как для терапевта, так и для клиента работу можно, используя две развернутые метафоры. Вот первая из них (по П. Феруччи, «Кем мы можем быть», из книги «Психосинтез. Теория и практика»):

"Представь заброшенный сад, заросший сорной травой. В центре сада стоит старый необитаемый дом с полуразрушенными стенами и выбитыми окнами. Открой скрипучую входную дверь, войди внутрь и осмотри пустые запыленные комнаты. Вид заброшенного дома может вызвать у тебя чувство грусти и одиночества. Но подумай, чем бы мог стать этот дом, если бы ты решил его восстановить. Взгляни на открывающийся отсюда

прекрасный вид: деревья, озеро, горы вдали.

Время приступить к работе и начинать ремонтировать дом. Ты закладываешь кирпичом и цементом разрушенные стены. Заменяешь ржавые дверные петли на новые. Перестилаешь прогнившие доски пола. Вставляешь в окна новые стекла и заменяешь, где нужно, битую черепицу на крыше.

Ты пропалываешь сад и перекапываешь землю для посадки. Подготовив почву, ты высаживаешь семена в разных местах сада исходя из того, каким ты хотел бы видеть его в полном цвету.

Ты подметаешь дом, моешь и натираешь полы, красишь наружные и внутренние стены. Ты поливаешь сад и замечаешь, что некоторые растения уже начинают прорастать.

Дом готов к тому, чтобы его обставить. Представь столы, стулья, кровати, ковры, зеркала, люстры, картины, шкафы, вазы. Это твой дом, и ты можешь обставить его так, как хочешь. Удели время обустройству каждой отдельной комнаты.

Ты идешь в сад и замечаешь, что цветы уже начинают цвести. Они разного цвета и разной формы. Посмотри на них и вдохни их запах. Сделай сад таким, чтобы он тебе нравился. Не хотел бы ты, скажем, поместить в центре сада фонтан или поставить статую, увитую плющом? Делай, что хочешь.

А теперь пришло время вдохнуть в дом жизнь и энергию. Ты включаешь лампы и видишь, что они работают. В камине трещат поленья; ты проверяешь краны и убеждаешься, что из них идет вода. Положи что-нибудь съестное в холодильник на кухне и поставь в вазы цветы.

Ты смотришь в окно и видишь цветущий сад, озеро и горы на заднем плане".

А вот вторая история («Обобщенная терапевтическая метафора» из Кинг, Цитренбаум, 1998):

"У нас есть подруга по имени Тони, выросшая на ферме, расположенной на краю прекрасного леса из секвойи. Однажды Тони рассказала нам, как еще совсем ребенком она обнаружила тропинку, ведущую к прекрасному лугу, с которого открывался вид на озеро. Когда ей исполнилось лет пять, она стала ходить по этой тропинке каждый день. Первый раз она отправилась в путь со своим воображаемым другом, а позже брала с собой настоящих друзей. Когда она стала старше, то назначала там свидания. Она даже рассказала нам о своем первом сексуальном опыте на этом лугу с видом на озеро. Позже, уже будучи взрослой, Тони ходила туда иногда с другом, чтобы поговорить, иногда для

того, чтобы почитать книгу, а иногда – просто помечтать. Она рассказывала не только о луге и озере, но и о пути к ним, обо всех цветах и дружелюбных зверюшках, которых встречала на своем пути.

Тони росла, и лес рос вместе с ней. Со временем тропинку завалили деревья, упавшие во время урагана. Тут появились незнакомые животные, которые пугали Тони. Ходить по тропинке становилось все труднее и труднее, потому что теперь Тони спотыкалась о бугры и перелезала через упавшие деревья. Однажды она беззаботно бежала по своей тропинке и вдруг упала. Непонятно откуда на тропе очутился большой камень, а когда Тони поднялась, по ее ноге пробежал какой-то мелкий грызун. В страхе она отпрыгнула назад и угодила в колючий кустарник. В тот день, впервые за много лет, Тони выбежала из леса, даже не попытавшись дойти до своей полянки. На следующий день, когда она подошла к началу тропинки, ею овладели смешанные чувства: страх перед грызунами, шипами колючих кустарников и ямами на тропе, и вместе с тем ей хотелось дойти до заветного места. Тони стояла, замерев в нерешительности, и вдруг случилось невероятное: злобный уродливый леший выпрыгнул из кустов и произнес: «Позволь мне влезть к тебе на спину, и я прогоню всех грызунов и вырву все колючие кустарники на твоём пути». Она подумала, что не очень-то приятно будет тащить на спине лешего. Но ей так хотелось пойти по тропинке, а одной было страшно, поэтому Тони согласилась, и он тотчас запрыгнул ей на спину. Леший выполнил свое обещание. Он прогнал всех вредных грызунов, но вместе с тем распугал и всех милых зверюшек. Он выдрал все колючие кусты, но вместе с ними уничтожил и мягкие шелковистые растения, которые она так любила гладить. И хотя Тони достигла своего любимого места, на душе у нее остался горький осадок. Прогулка оказалась не такой приятной, как раньше.

С этого дня каждый раз, как только Тони ступала на тропинку, навстречу выпрыгивал леший и просил: «Позволь мне вскарабкаться на твою спину». Она не могла найти другого решения и всегда соглашалась. И хотя носить лешего становилось все противнее, Тони продолжала делать это, потому что хотела побыть на своей полянке. Однажды в отчаянии она рассказала обо всем соседу, и тот сказал: «Я не могу тебе помочь, но никто не знает о лесах больше, чем леди Ягуар, которая живет где-то на другой стороне леса за двумя горами и тремя долинами». В один из дней Тони собрала еду и впервые в жизни, вместо того чтобы пойти по тропе, свернула и пошла вдоль края леса через две горы и три долины. Она шла до тех пор, пока не увидела старую женщину, которая сгорбившись сидела у огня и напевала странную песню. Спустя какое-то время леди Ягуар

заметила Тони и спросила: «Что привело тебя сюда, дитя мое?» Тогда Тони поведала ей свою историю о тропинке в лесу, о полянке с видом на озеро и обо всем том, что она могла там делать. Она рассказывала о том, как тропинка заросла, как там появились колючие кусты, бревна и грызуны, а потом – невероятную историю о лешем. Леди Ягуар терпеливо слушала и, когда Тони закончила свой рассказ, проговорила: «Садись. У меня есть что сказать тебе, дитя мое. В лесу много дорог. Некоторые из них, возможно, ведут к твоему лугу, а некоторые в другие места. Эти пути так же хороши, а может быть, даже и лучше. Я знаю, лес может напугать, и догадываюсь, что ты можешь испытывать страх и тревогу при одной только мысли, что идешь неизвестной дорогой. Но смело смотри в лицо своему страху и иди вперед, в неизвестность, туда, куда стремится твоя душа. Помни: все, что встретится тебе на этом пути, – и заросшая тропинка, и поваленные деревья, и колючие кусты, и даже грызуны – все это подарки леса. Без них было бы слишком просто обрести желанную цель. Продолжая ходить безопасной дорогой, ты увидишь всего лишь одну поляну за всю свою жизнь, один и тот же давно знакомый клочок леса. А теперь отправляйся домой и с этих пор смело иди вперед, глядя в лицо тревоге, и исследуй разные пути. Некоторые из них тебя вознаградят, а другие – нет, но тебе встретится много приятных неожиданностей. И ты вырастешь на этом пути».

Тони спросила: «А как быть с лешим?» Леди Ягуар ответила: «Дитя мое, в твоей жизни было много случаев, когда ты хотела что-то сделать и делала, и это получалось у тебя даже лучше, чем ты могла себе представить. Тогда ты чувствовала себя уверенной, умелой, сильной, как бы на вершине мира, и казалось, что нет ничего такого, чего бы ты не могла сделать. Вспомни сейчас один из таких случаев, когда ты чувствовала себя сильной, и в этот момент соедини большой и указательный пальцы правой руки так, чтобы ты могла почувствовать силу сжатых пальцев. В следующий раз, когда пойдешь в лес и встретишь лешего, посмотри ему прямо в глаза, повтори этот жест, вспомни о своей силе и скажи: „Нет!“ Вели ему убратся прочь. Тебе придется сказать это таким тоном, чтобы он понял: ты не шутишь. Повтори это несколько раз, и в конце концов он уйдет: лешие всегда так делают».

Леди Ягуар опустила голову и вновь стала напевать свою странную песню. А Тони встала, пробормотала слова благодарности и пошла назад через три долины и две горы к себе домой. На следующий день она вышла к своему лесу и заметила тропинку, мимо которой проходила много раз, но никогда на нее не сворачивала. На этот раз Тони решила, что пойдет по ней,

даже если ей будет страшно. Едва она сделала шаг по тропе, как выпрыгнул леший и сказал: «Позволь мне забраться к тебе на спину. Я буду отпугивать грызунов и расчищать для тебя тропинку». Тони вспомнила, что говорила леди Ягуар, сжала большой и указательный пальцы, и оказалось, что этот жест напомнил ей о ее силе. Она посмотрела лешему в глаза и ответила: «Нет!» «Прекрати, – возмутился леший. – Позволь мне влезть на твою спину, я могу тебе пригодиться!» Но Тони снова посмотрела ему прямо в глаза: «Нет! Нет! Нет!» И тогда леший ушел. Тони испробовала новую тропинку, но она ей не очень понравилась – там не было приятного местечка, чтобы присесть, не было прекрасных цветов и мягкой травки. На следующий день она заметила еще одну тропку, которая казалась пугающе жуткой, так как спускалась по крутому склону холма. Когда Тони уже готова была встать на тропинку, нервничая в ожидании неизвестности, опять появился леший и тотчас воскликнул: «Ну хоть сегодня позволь мне забраться на твою спину, я помогу тебе спуститься с холма». Тони посмотрела ему в глаза, сложила вместе два пальца и со всей твердостью, на какую была способна, сказала: «Ни за что в жизни, никогда больше!» Леший покинул ее, и больше она никогда его не видела. С тех пор она разведала еще три или четыре тропинки, и каждый раз, когда находит новую, исследует и ее.

Вот и весь рассказ о нашей подруге Тони и ее лесе. Конечно, эта история не имеет никакого отношения к вам. В конце концов, Тони наша подруга, а не ваша, но с другой стороны...".

3.10. Транзактный анализ

Транзактный анализ (от лат. *transactio* – сделка и греч. *analysis* – разложение, расчленение) – это психотерапевтическая методика группового и личностного роста, предложенная американским психологом и психиатром Эриком Берном. Этот метод психотерапии основан на процедуре анализа структуры личности. Существует несколько ключевых идей, которые лежат в основе теории транзактного анализа: модель эго-состояний, транзакции, поглаживания, структурирование времени, жизненный сценарий, игры и чувство рэкета.

Транзактный анализ (ТА) позволяет дать исчерпывающее описание психологического звена психосоматических расстройств различной нозологии. Патогенетическую взаимосвязь особенностей соматического расстройства и личностной специфики переживания конфликтных ситуаций можно интерпретировать в терминах структурной патологии, сценарного процесса, мотивационных преимуществ и сценарных ролей (Березин, Исаев, 2005).

Практика терапии психосоматических заболеваний в транзактном анализе базируется на последовательном теоретическом подходе, в основе которого лежит работа с ранними решениями, принятыми в детстве, относительно сценарных паттернов поведения, мыслей и чувств. Сторонники этого подхода говорят: «Для того чтобы лучше себя чувствовать, необязательно болеть».

Концептуальной основой транзактного анализа является модель эго-состояний. Эго-состояние – это совокупность связанных друг с другом поведенческих паттернов, мыслей и чувств как способ проявления личности в данный момент. Модель описывает три различных эго-состояния:

Р – эго-состояние Родителя: поведение, мысли и чувства, позаимствованные от родителей или от авторитетных фигур;

В – эго-состояние Взрослого: поведение, мысли и чувства, являющиеся непосредственной реакцией на «здесь и теперь»;

Д – эго-состояние Ребенка (Дитя): поведение, мысли и чувства, присущие детскому возрасту.

Модель эго-состояний позволяет устанавливать надежную связь между поведением, мыслями и чувствами. Как уже говорилось, чтобы контролировать пищевое поведение, очень важна возможность получать

иные, более зрелые способы удовольствий, нежели еда. Между тем способность вообще переживать свои эмоции: получать удовольствие, горевать, радоваться, переносить одиночество, гневаться – у переедающих людей часто заблокирована. Источником эмоций во взрослой жизни является внутренний ребенок. Его осознание позволяет не только вспомнить ранний эмоциональный опыт, но и пережить его вновь, пережить лучше, чем это было в детстве. Для этого ребенок внутри человека должен пройти через опыт благоприятного окружения, и первый помощник ему в этом – его взрослое Я. Опираясь на свой взрослый опыт преодоления трудностей, человек может изменить последствия своего далекого прошлого и свое сегодняшнее отношение к окружающей реальности.

Принципиально важно, что, предоставляя взрослое Я в распоряжение внутреннего ребенка, пациент открывает путь для восстановления связи между своими психологическими переживаниями и телом. Осознавая обиду, гнев и другие чувства, непереносимые для детского Я, пациент принимает себя и свой детский эмоциональный опыт. Он учится жить со своими чувствами, не «заедая» их. Он освобождает тело от необходимости своими средствами регулировать непереносимые чувства. Таким образом, заботясь о своем внутреннем ребенке, человек заботится о здоровье своего тела, в том числе – и о здоровом пищевом поведении. Благодаря целенаправленной работе человек, когда-то лишенный нужной доли материнской ласки, может стать столь же счастливым, как и человек, у которого была достаточно хорошая мать. Самые разнообразные техники позволяют установить и поддерживать связь между взрослым и детским Я. Тогда взрослое Я становится открытым и доступным для внутреннего ребенка, который в этом случае может почувствовать защищенность и уверенность.

Таким образом, при работе с психосоматическими расстройствами ТА ставит перед собой такие цели, как актуализация Взрослого, реконструкция личности на основе пересмотра неадекватных жизненных позиций, непродуктивных стереотипов поведения, формирование новой системы ценностей, выход из детского сценария и достижение автономии, создание интегрированного Взрослого. Данная форма терапии принимает во внимание актуальный психологический конфликт и влияние социальных факторов. Терапевтические отношения тут основаны на контракте, когда пациент и терапевт разделяют ответственность за достижение общих целей своей «сделки».

Сценарий жизни. В детстве каждый человек создает свой собственный

сценарий жизни. Основной сюжет закладывается в раннем детстве, до того как человек научился говорить. Позднее к сценарию лишь добавляются новые детали. К семи годам сценарий в основном написан, а в юношеском возрасте его можно пересмотреть. Будучи взрослым, человек обычно не осознает детский сценарий, но тем не менее в точности ему следует. Без осознания этого факта человек движется по жизни к той финальной сцене, которую определил в детстве. Наряду с моделью эго-состояний, концепция сценария жизни является краеугольным камнем транзактного анализа. Она особенно важна для психотерапии. Анализируя сценарий, терапевт стремится к пониманию того, как клиент неосознанно создает проблемы и как он их решает.

Берн выдвинул гипотезу о том, что еще на раннем этапе формирования сценария маленький ребенок создает определенные представления о себе и окружающих людях. Эти представления сохраняются на всю жизнь и представляют собой следующие позиции: «я – ОК» или «я – не ОК»; «ты – ОК» или «ты – не ОК».

Если объединить эти положения во всех возможных комбинациях, мы получим четыре экзистенциальных установки к себе и другим людям:

1. Я – ОК, ты – ОК;
2. Я – не ОК, ты – ОК;
3. Я – ОК, ты – не ОК;
4. Я – не ОК, ты – не ОК.

Выделяют шесть основных паттернов сценарного процесса: Пока не; После; Никогда; Всегда; Почти; Открытый конец. Каждый из этих паттернов имеет собственную тему, свой конкретный способ проживания сценария.

Сценарий «Пока не»: «Я не могу радоваться, пока не закончу работу».

Сценарий «После»: «Я могу радоваться сегодня, однако завтра должен буду за это заплатить».

Сценарий «Никогда»: «Я никогда не получаю того, что больше всего хочу».

Сценарий «Всегда»: «Почему это всегда случается со мной?».

Сценарий «Почти»: «В этот раз я почти достиг своей цели».

Кейлер Таиби (Taibi, Hedges, 1974) выдвинул идею о существовании двух типов паттерна «Почти». Описанный выше паттерн он называет «Почти – тип 1». «Почти – тип 2» характерен для людей, которые достигают вершины горы, однако вместо того, чтобы оставить камень и отдохнуть, они не замечают, что достигли вершины. Они сразу же ищут более высокую гору и тут же начинают толкать на нее свой камень. Это

повторяется бесконечно.

Сценарий с открытым концом (Открытый сценарий). Этот паттерн напоминает сценарии «Пока не» и «После» тем, что в нем присутствует некая точка, после которой все меняется. Человеку с открытым сценарием время после этого момента кажется пустотой, как будто бы часть театрального сценария утеряна.

Существуют определенные типы поведения людей перед входом в сценарий. Выделено пять таких типов поведения, которые называли драйверами. Это следующие драйверы: Будь лучшим, Радуй других, Старайся, Будь сильным, Спешу. Каждый из них характеризуется определенным набором слов, тоном голоса, жестами, положением тела и выражением лица. Пять драйверов также тесно связаны с шестью типами сценарного процесса. Обнаружив главный драйвер, можно сделать вывод о типе главного сценарного процесса. Их соответствие представлено в таблице 3.2.

Таблица 3.2

Драйверы и типы сценариев

Главный драйвер	Сценарный процесс
Будь лучшим	Пока не
Радуй других	После
Будь сильным	Никогда
Пытайся	Всегда
Радуй других+Пытайся	Почти — тип 1
Радуй других+Будь лучшим	Почти — тип 2
Радуй других+Будь сильным	С открытым концом

И в детстве, и во взрослом возрасте люди с излишним весом нередко считают себя никчемными и недостойными уважения. Терапевты Боб и Мери Гулдинг (Гулдинг, Гулдинг, 1997) обнаружили, что в основе ранних негативных решений людей лежат 12 постоянно повторяющихся тем. Они составили соответствующий список, состоящий из двенадцати приказаний:

1. Не живи (сгинь, умри).
2. Не будь самим собой.
3. Не будь ребенком.
4. Не расти (оставайся маленьким).
5. Не делай успехов.
6. Не делай (ничего не делай).
7. Не будь первым (не будь лидером, не высывайся).
8. Не принадлежи.

9. Не будь близким.

10. Не чувствуй себя хорошо (не будь здоровым).

11. Не думай.

12. Не чувствуй.

Взрослый человек не обязан следовать этим предписаниям, которые мешают поддерживать здоровое пищевое поведение. Поэтому с этими предписаниями необходимо работать, возвращаясь в своем воображении к сценам детства и к людям, от которых данные предписания были получены. Для развития чувства собственного достоинства особенно ценно учиться осуществлять новые решения в повседневной жизни.

Таким образом, при работе с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением в транзактном анализе наиболее важными концепциями являются эго-состояния и сценарий жизни. Основные задачи психотерапевтической работы в данном случае следующие:

- Осознание эго-состояний (Ребенок, Взрослый, Родитель).
- Формирование Взрослого, который может заботиться о Ребенке и брать на себя решение жизненных задач.
- Осознание сценария.
- Изменение сценария.

В настоящем справочнике представлены техники работы с эго-состояниями и жизненным сценарием. Теория и техники работы с транзакциями, структурированием времени, поглаживаниями, игнорированием, мировосприятием и искажением, системой рэкета и играми широко представлены в литературе (например: Берн, 1998; Гулдинг, Гулдинг, 1997; Малкина-Пых, 2004; Стюарт, Джойнс, 1996; Steiner, 1990; 1996; Schiff, Schiff, 1971; Karpman, 1968).

Техники и упражнения, приведенные ниже, взяты из книг «Современный транзактный анализ» (Стюарт, Джойнс, 1996) и «Рожденные выигрывать» (Джеймс, Джонгвард, 1993). Упражнения приводятся в форме инструкций, которые терапевт дает клиенту.

Техника «Определение эго-состояний»

Упражнение «Эго-состояния-1»

Приведите по одному примеру для каждого из трех эго-состояний (Родитель, Взрослый, Ребенок) в вашем поведении за последние сутки, опишите связанные с ними мысли и чувства.

Упражнение «Эго-состояния-2»

Вернитесь к вашим примерам, когда вы находились в эго-состояниях Ребенка, Родителя и Взрослого.

Эго-состояние Ребенка. Подумайте о каждом случае, когда вы

находились в состоянии Ребенка. Запишите, какие чувства вы испытывали и о чем думали. Часто мысли Ребенка легко обнаружить, задав себе вопрос: «Что я думал о себе?» Отметьте, что вы думали о себе, о других людях и о мире. Вспомните, как вы себя вели, когда были ребенком. Для этого поиграйте в ребенка перед зеркалом. Возможно, вам удастся вспомнить, какие события прошлого вы проигрывали. Сколько вам было лет в каждом из этих случаев?

Эго-состояние Родителя. Аналогичным образом запишите чувства, мысли и поведение для каждого случая, когда вы находились в состоянии Родителя. И снова проиграйте это событие, если хотите. Часто к мыслям Родителя легче всего подойти, спросив себя: «Что „говорят“ во мне мать и отец (или другие родственники: тетя, дядя, дедушка)?» Убедитесь, что в тех случаях, когда вы были Родителем, вы копировали поведение, мысли и чувства ваших родителей и других значимых взрослых. Вам, вероятно, будет легко определить человека, которого вы копировали в каждом случае.

Эго-состояние Взрослого. Запишите набор связанных друг с другом шаблонов поведения, мыслей и чувств для случая, когда вы были Взрослым. Для того чтобы отличить Взрослого от Ребенка или Родителя, спросите себя: «Соответствует ли это поведение, мысли и чувства взрослому подходу к реальной ситуации?» Если ответ утвердительный, это реакция Взрослого.

Упражнение «Я человек, который...»

Возьмите лист бумаги и озаглавьте его: «Я человек, который...». Затем за две минуты закончите это предложение всеми возможными способами, записывая результаты. После этого расслабьтесь и в течение некоторого времени рассматривайте комнату, в которой вы находитесь. Для того чтобы помочь себе войти в состояние Взрослого, сядьте на стуле прямо. Ногами упритесь в пол. Просмотрите ваши записи.

Каждый вариант законченного предложения проверьте на то, является ли он отражением реальной действительности или написан с участием Ребенка. Если вы решите, что какие-то варианты составлены под влиянием Ребенка, подумайте, какова реальная действительность. Выделите свойственные Ребенку слова и употребите слова Взрослого. Например, если вы написали: «Я человек, который не умеет ладить с людьми», то это предложение можно переделать так: «Я разумный и дружелюбный человек и вполне способен ладить с людьми». Измените подобным образом все продиктованные Ребенком варианты.

Теперь возьмите другой лист бумаги. За две минуты напишите все девизы и убеждения, которые вы слышали от своих родителей или

значимых взрослых. Как и раньше, «включите» Взрослого. Просмотрите список родительских девизов и убеждений. Отметьте, какие варианты отражают реальность, а какие продиктованы Родителем. Если вы решите, что некоторые варианты нужно изменить в соответствии со взрослой реальностью, вычеркните их и напишите новые. Например, вы могли бы вычеркнуть: «Если у тебя сначала что-то не получается, пытайся снова и снова» и написать вместо этого: «Если у тебя сначала что-то не получается, измени то, что ты делаешь, так, чтобы получилось». Это упражнение можно делать в часы отдыха.

Упражнение «Изучение эго-состояний»

Выберите место, где вам никто не мешает. Выделите достаточное количество времени и детально рассмотрите следующие вопросы.

Родитель. Вспомните в своем поведении что-нибудь, что вы заимствовали от родителей.

Вспомните какое-нибудь родительское утверждение, которое вы до сих пор слышите внутри себя и которому вы следуете, с которым вы боретесь или перед которым чувствуете смущение.

Взрослый. Вспомните недавнюю ситуацию, в которой вы собрали факты и на их основе приняли разумное решение. Вспомните ситуацию, в которой вы чувствовали вражду и агрессию (или были рассержены, подавлены и т. д.), и тем не менее были способны разумно и правильно действовать, несмотря на ваши чувства.

Ребенок . Вспомните какую-нибудь форму манипуляции другими, которую вы использовали в детстве и применяете до сих пор.

Вспомните, что доставляло вам радость в детстве и что вы с удовольствием делаете до сих пор.

Упражнение «Эго-состояния Родителя»

Запишите важные сообщения, которые вы получили от каждого из трех эго-состояний двух самых значительных родительских фигур.

Какие из этих сообщений вошли в ваши собственные эго-состояния? Включите сюда чувства, мысли и поведенческие паттерны.

Упражнение «Дом моего детства»

Закройте глаза. Вообразите, что вы вернулись в дом своего детства. Пусть возникнут картины прошлого. Не надо включать в них то, что там, по вашему мнению, должно находиться. Пусть будет только то, что вы видите.

Что вы видите на самом деле? Людей? Мебель? Или что-то еще?

Осмотрите комнату в деталях: цвета, размеры, обои, двери, окна и т. д. Попытайтесь заново пережить ваши ощущения по отношению к этому

дому. Какие вы слышите звуки? Какие ощущаете запахи, прикосновения? Какой вкус?

Обратите внимание на ваши эмоции.

Теперь пора вспомнить, что в детстве вас окружали люди. Взгляните на их лица, жесты, позы, одежду. Как они взаимодействуют друг с другом? С вами? Какой тип драмы тут разыгрывается? Комедия? Фарс? Трагедия? Сага? Что-то еще? Кто какие роли исполняет? Кто Преследователь, Жертва, Спаситель? Каковы ваши роли в этой драме?

Чтобы к вам вернулись воспоминания о доме детства, может быть, придется посетить его не один раз. Кроме того, вы можете побывать в разных домах, связанных с детством.

Упражнение «Прикосновение к детству»

Возьмите семейный альбом или любые ваши детские фото. Медленно изучите фотографии. Дайте место вашим воспоминаниям.

Это были счастливые времена? Печальные? Ничем не примечательные? Что происходило тогда в вашей жизни?

Вспомните себя в возрасте младенца, дошкольника, школьника. Сравните эти образы.

Что вы видите на этих фотографиях из того, что видите в себе и сейчас? Видите ли вы на этих фотографиях что-нибудь из того, что вам хотелось бы увидеть в себе сейчас?

После изучения фотографии представьте себя этим ребенком, сидящим в тихом, уединенном месте, возможно, в любимом прибежище. Прислушайтесь к болям, радостям, сильным желаниям вашего внутреннего ребенка. Что думает этот ребенок о себе?

Продолжайте оставаться там, пока не узнаете чего-нибудь важного и нового о себе в детстве.

Упражнение «Мой Ребенок в настоящее время»

Попытайтесь обнаружить, как у вас активизируется эго-состояние Ребенка. Начните с осознания того, как вы себя ведете: когда напряжены, больны, устали, расстроены и т. д.; когда кто-то выступает Родителем по отношению к вам; когда Ребенок другой личности раздражает или привлекает вашего Ребенка; когда вы идете в гости; когда вы хотите чего-то от кого-нибудь.

Теперь попытайтесь выявить, как вы себя ведете, находясь в роли Ребенка.

Может быть, вы делаете или говорите то, что вызывает неодобрительные взгляды или насмешки окружающих? То, что заставляет людей прервать разговор или вызывает их замешательство? Существуют ли

люди, которым вы обычно отвечаете из эго-состояния Ребенка? Если это так, то почему это происходит? Когда вы с ними общаетесь, что вы чувствуете и как себя ведете? Принимаете ли вы ответственность за характер отношений с ними?

Если вы обнаружите у себя неадекватные типы детского поведения, поищите для них альтернативы.

Упражнение «Детские методы адаптации»

Вспомните, как вы научились в детстве добиваться того, чего хотите, – с помощью слов и невербально. Попробуйте сравнить, что вы хотели сделать (например, влезть к папе на колени, не спать допоздна, играть с детьми), с тем, что должны были делать (вести себя прилично, рано ложиться спать, сначала выполнять требования родителей, а лишь потом – играть).

Какие слова, взгляды и другие методы использовались, чтобы вас сдерживать? А чтобы вас подбодрить? Какие ограничения вашего поведения были приняты и как их осуществляли? Были они разумными и необходимыми или ущемляли ваши права?

Теперь выберите определенное событие и переживите его заново. Посмотрите, кто в нем участвовал. Прислушайтесь к тому, что тогда было сказано. Снова почувствуйте то, что вы чувствовали тогда.

Спросите себя, в какие моменты сейчас вы чувствуете себя так же, как тогда, в детстве? По отношению к кому сегодня вы поступаете так же, как поступали ваши родители по отношению к вам?

Какими были ваши методы адаптации к родительским требованиям? Вы соглашались? Когда? Вы отдалялись? Когда? Вы старались тянуть время? Когда и как? Был ли среди этих методов один самый основной? Как эти методы адаптации действуют в вашей нынешней жизни? Насколько соответствуют детские типы адаптации вашей жизни в настоящем? Какие остались полезными для вас? Какие вас смущают? Какие ограничивают ваши возможности? Какие губительны для вас или окружающих?

Если вы нашли неадекватные методы адаптации, которые мешают вам сегодня, представьте противоположное поведение. Если вы обычно уступаете людям, что будет, если вы не проявите уступчивости? Если вы обычно отдаляетесь от других, что будет, если вы попытаетесь вовлечь их в свои проблемы? Если ваш стиль – промедление, что будет, если вы примете несколько быстрых решений?

Когда вы рассматривали противоположное поведение, не зазвучал ли в вашей голове голос Родителя? Если так, то прокрутите эти слова снова. Затем произнесите их громко вслух. Какие реакции Ребенка

активизируются этими словами?

Сядьте на стул, представьте вашего Родителя, сидящего перед вами. Используя слова, которые вы слышали, начните диалог. Скажите Родителю, что вы собираетесь поступать исходя из позиции Взрослого, но не собираетесь делать что-либо деструктивное по отношению к себе или к кому-либо.

Упражнение «Ваш маленький профессор»

Это упражнение поможет вам осознать, как вы используете эго-состояние Ребенка для достижения позитивных результатов в различных областях.

1. Проверьте, насколько точна ваша эмпатия – способность настраиваться на невербальные сообщения и понимать чувства других людей. Вспомните несколько различных ситуаций с участием знакомых, которые могли бы честно открыть вам свои мысли и чувства: членов вашей семьи, коллег, соседей по дому или даче и т. д. Желательно, чтобы эти люди отличались друг от друга по полу, возрасту, национальной принадлежности и т. д.

Спросите себя: что этот человек чувствовал по отношению ко мне или к данной ситуации? Что он думал?

Напомните им о тех событиях и опишите свое представление об их чувствах. Попросите их помочь вам проверить, насколько точна ваша интуиция.

Она правильна большую часть времени? Временами? Крайне редко? Вы «читаете» одних людей легче, чем других? Оцените ваши творческие возможности.

2. Вспомните события прошлой недели.

Пытались ли вы сделать что-нибудь по-новому? Придать чему-нибудь новую форму, предложить оригинальную идею, по-другому вести себя с людьми?

Можете ли вы отметить, как ваша творческая изобретательность или ее недостаток проявились в каком-нибудь событии детства? Нет ли в вашей памяти «записей», которые содержат осуждающие или одобряющие сообщения про ваши творческие возможности? Если вам кажется, что вам не хватает творчества, попробуйте на этой неделе проявить активность, сделать что-нибудь по-новому.

3. Вспомните, как вы манипулировали людьми.

Что вы делали в детстве для того, чтобы получить то, что вы хотели? Разыгрывали из себя больного? Послушного? Пускали в ход обаяние? Обижались? Что-то еще? Кем вам было легче манипулировать?

Существовал ли кто-нибудь, на кого вы были неспособны повлиять?

Теперь вспомните людей, с которыми вы встречаетесь сегодня. Вы манипулируете ими? Если вы думаете, что манипулируете, спросите у них, что вы для этого делаете.

4. Вы помните, что вам в детстве казалось волшебным?

Наблюдать, как что-то возникает и исчезает? Чувствовать себя великаном или карликом среди великанов? Верить, что кто-то или что-то вас спасет? Обладать счастливым амулетом?

Как это переносится во взрослую жизнь? Вы по-прежнему хотите, чтобы вас спасали? Чувствуете ли вы иногда себя карликом? Полагаетесь на волшебство вашей улыбки? Вашего прикосновения? Манеры говорить? Жестов? Не кажется ли вам, что некоторые люди, окружающие вас, обладают волшебными качествами? Кто в вашей жизни похож на колдунью? Великана? Фею? Волшебника? Не напоминают ли они вам кого-нибудь из прошлого? Может быть, они персонажи вашего сценария?

Упражнение «Естественный Ребенок»

Это упражнение даст вам возможность полнее почувствовать свои ощущения, новым, неповторимым образом воспринимать мир.

1. Выберите место, где вы чувствуете себя уютно, лучше не дома.

Сосредоточьтесь на каком-нибудь предмете так, как будто вы никогда не видели его прежде. Начните осознавать его размер, форму, цвет, строение и т. д. Затем пусть он постепенно исчезнет, и в фокусе вашего внимания появится задний план. Повторите то же с другими предметами.

Прислушайтесь к звукам. Какие из них непрерывны? Какие неожиданны? Осознайте их интенсивность и высоту.

Сосредоточьтесь на запахах. Когда вы вбираете воздух через ноздри, какие запахи кажутся знакомыми?

Сосредоточьтесь на ощущениях во рту. Что они напоминают? Проведите языком по зубам. Что вы чувствуете?

Сосредоточьте внимание на поверхности кожи. Что вы чувствуете – тепло, холод, боль? Направляйте ваше внимание на разные части тела, от макушки до пальцев ног.

Повторяйте это упражнение в течение нескольких минут каждый день. Пусть осознание ощущений тела станет привычкой.

2. Вспомните, что вам по-настоящему доставляло удовольствие в раннем детстве? Выберите что-нибудь, чем было бы интересно заняться, но что вы не делали уже очень давно. Попробуйте это сделать снова.

Если вы любили лежать на спине и наблюдать за причудливой игрой облаков, выберите время и найдите место, где вы можете снова полежать на

спине и последить за облаками. Если вы любите бегать босиком по земле, бродить по морскому песку или пробивать себе дорогу среди осенних листьев, почему бы не заняться этим снова при первой же возможности? Подставьте свое тело под солнечные лучи и сосредоточьтесь на ощущениях, которые возникают в теле. Залезьте на дерево. Посидите там какое-то время. Запустите бумажного змея. Совершите путешествие пешком. Съешьте мороженое. Веселитесь как ребенок. Получайте удовольствие. Выигрывающие так и поступают.

Упражнение «Правила жизни и родительские послания»

Мы живем, руководствуясь множеством правил, предписаний и обязанностей, о происхождении которых редко задумываемся. Попробуем найти корни некоторых из них. Сядьте поудобнее, прикройте глаза и начните путешествие по своему детству... Вы мягки и восприимчивы, как воск или губка; вы впитываете слова, взгляды, прикосновения близких, они ощущаются всей кожей... Что говорили ваши родители о вас, вы слышите: «ты бесценная редкость... обуза... недотепа... солнышко»? Они гордятся вами, жалеют, беспокоятся о вашем будущем? Что вы слышите от них по поводу других людей: другим им можно доверять, они добрые, злые, их надо опасаться, избегать, с ними надо драться?... Что такое жизнь: страдание, радость, тяжелый труд и груз, бессмыслица, поле битвы, случайность, дар? Закончив упражнение, запишите родительские послания. Каковы ваши смутные впечатления от вашего детского Я? Отметьте вашу теперешнюю эмоциональную реакцию на них. Вы чувствуете симпатию, благодарность, уважение, негодование, обиду на родителей? Как они приготовили вас к жизни?

Упражнение «Ребенок во мне»

Прислушайтесь к чувствам и телесным ощущениям и опознайте преобладающие эмоции вашего Ребенка, это поможет вам опознать повторяющиеся эмоциональные паттерны, шаблоны восприятия себя. Ваш Ребенок чувствует себя отверженным, одиноким, униженным? Он весел, энергичен, скор на выдумки? Ему нравится одиночество или он предпочитает петь, танцевать, дурачиться? Он чувствует критику, пренебрежение? Испытывает в глубине невыразимую ярость? Ощущает он себя в безопасности или нет, ему комфортно или дискомфортно? Отметив свои переживания, попробуйте выразить их с помощью рисунка. Напишите письмо этому Ребенку, поделитесь с ним испытанными чувствами.

Упражнение «Засорение» вашего Взрослого"

Это эффективный метод для защиты от влияния на вашего Взрослого предубеждений Родителя и заблуждений Ребенка.

Влияние Родителя. Напишите четыре прилагательных, которые вы используете, когда говорите о разных категориях людей, например:

Мужчины

Женщины

Богачи

Бедняки

Иностранцы

Вы располагаете информацией для проверки этих утверждений? Или же что-то еще побудило вас принять такую позицию? Слухи? СМИ?

Теперь измените ваши высказывания на противоположные. Что вы обнаружили?

Влияние Ребенка. Вы часто используете слова, свидетельствующие о том, что вы надеетесь на волшебника или необычайное событие – например: «Когда он изменится... я женюсь... я разведусь... я найду хорошую работу...»? Вы часто используете слова, показывающие, что вы думаете о себе определенным образом и ничего не можете изменить – например: «Я такой беспомощный, что... я такой глупый, что... я такой подавленный, что... я такой робкий, что...»? Какую позицию «Я такой... что...» вы чаще всего занимаете в отношении себя?

Теперь измените несколько ваших утверждений на противоположные, например: «Он может никогда не измениться, поэтому... я такой сильный, что... я такой... что...».

После того как вы рассмотрели влияния Родителя и Ребенка, задайте себе следующие вопросы:

Удовлетворяет ли меня то, что я обнаружил? Что необходимо оценить заново? Что необходимо изменить? Какие контракты необходимо заключить? Какие вопросы Взрослого необходимо поставить?

Упражнение «Изучение своих проекций»

Другие часто служат для нас зеркалом. Когда вы смотрите на кого-нибудь, то можете увидеть в нем себя самого. Изучение проекций – ценный

метод самопознания.

Вообразите кого-нибудь, кто вам особенно не нравится. Что вам не нравится в этом человеке? Не знаете ли вы других людей с такими же чертами? Они также не нравятся вам?

Представьте, что вы обладаете этими же чертами. Представьте себя в действии. Делайте в воображении то, что делают люди, которые вас раздражают. Поступайте так, как они.

Теперь спросите себя: «Может быть, я сам веду себя подобным образом или эти черты свойственны и мне самому?»

Представьте себе кого-нибудь, кто особенно вас восхищает. Что вам нравится в этом человеке? Вы знаете других людей, которые обладают подобными чертами? Вы также восхищаетесь ими?

Представьте себе, что вы говорите, ходите, ведете себя так же, как и те, кто вас восхищает. Представьте, что вы обладаете их качествами.

Задайте себе вопрос: «Может быть, я сам обладаю этими способностями и чертами?» В течение недели составьте два списка:

- В первый войдет все, в чем вы обвиняете других (она отвергает меня, он глуп, мой муж волочится за кем-нибудь, она всегда сердита, он ненавидит меня и т. д.).

- В другом отмечайте все, что вызывает у вас восхищение (она такая нежная, он смывленный, моя жена всегда делает полезные замечания, он прекрасно обращается с детьми, она изящно одевается и т. д.).

В конце недели проверьте ваши списки. Не видите ли вы каких-нибудь шаблонов? Задайте себе вопрос: «Может быть, я сам...?» Например: «Может быть, я сам отвергаю ее лишь потому, что полагаю, будто она отвергает меня?»; «Может быть, я сама хотела бы избежать брака и потому обвиняю его за подобное желание?»

Упражнение «Метод решения проблем»

Если у вас есть проблемы, которые необходимо решить: найти работу, изменить поведение, улучшить семейные отношения, – активизируйте вашего Взрослого с помощью следующих приемов. Не все из них подойдут к каждой вашей проблеме, но по крайней мере вы можете с ними поэкспериментировать.

1. Определите проблему и запишите ее (вы можете обнаружить, что то, что вы считали главной проблемой, вовсе таковой не является).
2. Каковы мнения вашего Родителя насчет этой проблемы? Напишите, что каждый из ваших родителей сказал бы или сделал в связи с такой проблемой. Прислушайтесь к речи родителей в вашей голове. Запишите, что они считают необходимым, обязательным и т. д. Запишите, чего они

избегали, а также их невербальные сообщения.

3. Рассмотрите чувства и установки вашего Ребенка по отношению к проблеме. Запишите ваши чувства, связанные с проблемой. Это ярлыки или настоящие чувства? Не играете ли вы в какую-то игру с помощью проблемы? Соответствует ли эта игра какому-либо сценарию: конструктивному, деструктивному или непродуктивному?

4. С помощью вашего Взрослого оцените влияние, которое оказывают на ваши мысли, чувства и поступки Родитель и Ребенок. Какие установки Родителя мешают решить проблему? А какие помогают? Какие чувства и методы адаптации Ребенка мешают решению проблемы? Какие помогают? Какое решение было бы приятно вашему Родителю? Поможет его мнение решить вашу проблему или помешает? Какое решение было бы приятно Ребенку? Поможет вам точка зрения Ребенка или нет?

5. Представьте различные пути решения проблемы. Не отвергайте ни одной идеи. Вместо этого используйте вашего «маленького профессора». Привлеките все свои способности, какие только сможете, даже если отдельные результаты покажутся смешными.

6. Рассмотрите внутренние и внешние ресурсы, необходимые для решения. Доступны ли они? Подходят ли для данного случая?

7. Оцените вероятность успеха каждого из способов решения. Отбросьте недоступные.

8. Выберите два или три наиболее подходящих способа. Используя факты и творчество, выберите из них самый подходящий.

9. Осознайте чувства, которые вызовут решения. Хорошие ощущения означают, что все эго-состояния удовлетворены. Неприятные чувства заставят вашего Родителя или Ребенка сопротивляться решению, которое и в действительности может оказаться вредным для вас и окружающих или просто неверным.

10. Заключите контракт, необходимый для исполнения решения. Представьте соответствующие поступки Взрослого, которые соответствуют вашему контракту.

11. Приведите решение в исполнение. Если это возможно, проверьте его в мелочах. Затем двигайтесь вперед с большей энергией.

12. Оценивайте сильные и слабые стороны вашего плана по мере его осуществления. Вносите необходимые поправки.

13. Радуйтесь своим успехам. Не впадайте в уныние при неудачах. Изучите их и начинайте снова.

Упражнение «Этика Взрослого»

Создавая для себя этический кодекс Взрослого, подумайте про все

области, в которых ваша жизнь связана с жизнью других людей, и о том, как ваши взгляды влияют на людей, даже на живущих далеко от вас или сильно от вас отличающихся. Обдумайте ваше поведение и установки по отношению ко всему окружению, включая как живую, так и неживую природу. Спросите вашего Взрослого: кого и что я ценю в жизни? Для кого и для чего я живу? Ради кого и за что я мог бы умереть? Что значит для меня моя жизнь сейчас? Что она могла бы значить? Что моя жизнь значит для других сейчас? Что она значит для потомков? Влияет ли на мои действия забота о благе общества, о сохранении рода человеческого и его развитии?

Что для вас является действительно важным? Составьте список из пяти пунктов – то, что вы цените больше всего в жизни. Расположите эти ценности по степени значимости.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Изучите этот список. Спросите у себя: какое отношение имеют эти ценности к моей личной, общественной жизни, работе? Какое отношение они имеют к моему состоянию Родителя и Ребенка? Соответствует ли мой нынешний образ жизни тем ценностям, которые, по моему утверждению, для меня важнее всего?

Упражнение «Вопросы Взрослого о вашей жизни»

Если вы начали задумываться над тем, кто вы на самом деле, зачем существуете, как в действительности живете и куда ваши модели поведения ведут, дайте это осознать вашему Взрослому. Спросите себя: кем я себя чувствую (ощущения Ребенка)? Кем я себя считаю (по мнению Родителя)? Кто я (по заключению моего Взрослого)? Другие люди – муж (жена), дети, друзья, коллеги – относятся ко мне как к родителю, взрослому или ребенку? Кем я хочу быть (сегодня, через пять, десять, двадцать лет)? Какие способности я имею, чтобы таким стать? Какие препятствия встанут на моем пути? Что я собираюсь делать со своими возможностями и ограничениями? Ценю ли я то, что увеличивает потенциал моих способностей? Ценю ли я то, что помогает другим развивать их способности? Как я могу развить в себе больше черт победителя, кем я рожден стать?

Техника «Исследование жизненного сценария»

Упражнение «Ваш сценарий»

Возьмите карандаш и бумагу и напишите ответы на приведенные ниже вопросы. Работайте быстро и интуитивно, записывая первый ответ, который придет в голову.

Какое название у вашего сценария? Что это за сценарий? Веселый или печальный? Победный или трагичный? Интересный или скучный? Затем опишите последнюю сцену: чем заканчивается ваш сценарий?

Сохраните ваши ответы, к которым можно вернуться снова, после дальнейшего изучения сценариев жизни.

Упражнение «Расшифровка вашего сценария»

Сны, фантазии, сказки и детские истории помогают разгадать ваш сценарий. Не сдерживайте воображения при выполнении этих заданий. Не думайте о том, для чего они нужны и что означают. Не контролируйте себя и не пытайтесь угадать, что вам нужно сказать. Просто представьте какие-то образы и ощутите связанные с ними чувства. После этого можно приступить к анализу и расшифровке. Наилучший результат достигается при работе в группе или с партнером, но можно выполнять это упражнение и одному. Желательно (особенно при самостоятельной работе) записать ваши ответы на магнитофон. После этого прослушайте пленку несколько раз и используйте интуицию. Вы будете, несомненно, удивлены тому, как много вы узнали о себе и своем сценарии.

Возможно, в процессе выполнения заданий вы будете испытывать сильные эмоции, отражающие детские чувства, которые выплыли на поверхность вместе со сценарием. Если появятся неприятные чувства, вы можете в любой момент прекратить упражнение. Если вы захотите остановиться, прекратите упражнение и сконцентрируйте внимание на каком-то предмете в комнате. Скажите себе (или партнеру), что это за предмет, какого он цвета и для чего нужен. Подумайте об обычной теме для взрослого разговора, например, что у вас будет на обед или когда вам в следующий раз идти на работу.

Герой. Кто ваш любимый герой или героиня? Возможно, это персонаж детской сказки, а может быть, герой пьесы, книги или фильма или реальный человек. Начните с героя, который первым пришел в голову. Затем включите магнитофон и отвлекитесь от вашего партнера или группы. Станьте этим героем, войдите в его образ и говорите о себе столько, сколько вам хочется, при этом начинайте со слова «я».

Сказка. Снова выберите то, что вам нравится, первое, что придет в голову. Это может быть детская сказка, басня, классический миф – все, что хотите. Для того чтобы извлечь максимум пользы из истории, перескажите ее, а если хотите – можете ее изменить или продолжить, став каким-нибудь

персонажем или предметом. При этом, как и в предыдущем варианте, говорите от первого лица.

Сон. Выберите какой-то из ваших снов. Больше всего можно узнать из свежего или же повторяющегося сновидения, хотя для задания подойдет любой сон. Расскажите ваш сон, при этом говорите не в прошедшем, а в настоящем времени. Затем, как и в задании со сказкой, станьте каким-либо человеком или вещью и говорите о себе от его имени. После того как вы закончите, сразу же отметьте, что вы чувствовали. Было вам приятно или нет? Вам понравилось, как закончился сон? Если нет, вы можете продолжить упражнение, заменив концовку сновидения. Новое окончание тоже расскажите в настоящем времени. Убедитесь в том, что вы полностью удовлетворены концовкой сна. Если нет, придумайте еще один конец – и так далее, сколько вам будет угодно.

Предмет. Осмотрите комнату и выберите какой-нибудь предмет, лучше всего тот, о котором вы подумали в первую очередь. Затем станьте им и начинайте говорить о себе. Для того чтобы получить максимум пользы от задания, попросите партнера поговорить с вами как с выбранным предметом. Он должен разговаривать с вами так, как будто вы дверь, камин и т. д.

Пьеса вашей жизни. Для этого упражнения необходим человек, который бы разговаривал с вами, исполняя роль ведущего. Если есть возможность, надиктуйте свой спектакль на пленку, чтобы затем прослушивать запись и при желании вносить в пьесу изменения. Один ведущий может провести это упражнение с целой группой. Ведущий не должен повторять свою роль слово в слово. Лучше, если он наметит для себя последовательность рассказа, а затем начнет импровизировать. Между предложениями необходимо делать паузы, чтобы дать участникам возможность сконцентрироваться на том, что они видят, а в конце каждого отрывка нужна достаточно продолжительная пауза, чтобы участники могли осознать (или надиктовать на магнитофон) содержание каждой сцены.

Сядьте или лягте поудобнее. Расслабьтесь. Можете закрыть глаза. После этого ведущий начинает говорить: «Представьте, что вы в театре. Вы ожидаете начала спектакля. Это спектакль о вашей жизни. Что за спектакль вы собираетесь смотреть? Комедию или трагедию? Драму или мыльную оперу? Интересный это спектакль или скучный, героический или заурадный – или какой-то еще? Театр заполнен, полупустой или пустой? Будет публика восхищаться или скучать? Веселиться или плакать? Будет она аплодировать или уйдет со спектакля – или что-то еще? Как называется спектакль о вашей жизни? А сейчас свет гаснет. Поднимается занавес.

Спектакль начинается. Вы видите первую сцену. Эта самая первая сцена вашей жизни. Вы – младенец. Что вы видите вокруг себя? Кто там? Видите ли вы лица? Если видите лицо, обратите внимание на его выражение. Что вы слышите? Осознавайте, что вы чувствуете. Может быть, это физические ощущения или эмоции? Чувствуете ли вы какой-нибудь запах или вкус? А теперь осознайте все ощущения от первой сцены вашего спектакля». (Пауза.)

Ведущий продолжает: «А сейчас – вторая сцена. Тут вы ребенок от трех до шести лет. Где вы? Что видите вокруг? Есть ли кто-нибудь рядом? Кто это? Что вам говорят? Что вы отвечаете? Слышите ли вы какие-нибудь другие звуки? Что вы чувствуете? Испытываете ли физические ощущения или эмоции? Чувствуете какой-то запах или вкус? Осознайте то, что видите, слышите, чувствуете в этой сцене». (Пауза.)

После этого ведущий подобными словами вводит вас в следующие сцены: сцену юности, от десяти до шестнадцати лет; теперешнюю сцену, где вам столько лет, сколько сейчас; десять лет спустя; последнюю сцену вашего спектакля – сцену вашей смерти. В репликах ведущего к этой сцене должен звучать вопрос: «Сколько вам лет в последней сцене спектакля?»

Наконец, ведущий просит вас вернуться в настоящее. Поделитесь с группой или партнером вашими ощущениями.

Упражнение «Культурный и семейный сценарий»

Вообразите, что вы движетесь назад во времени. Кто ваши предки семьдесят пять лет или сто пятьдесят лет назад? Влияет ли на вас каким-либо образом ваше культурное наследство (гендерные роли, работа, стремление к образованию)? Вспомните хотя бы одну тему, которая звучит в вашей жизни сегодня и определяется культурным сценарием. Вспомните нынешние жизненные сцены. Есть ли среди них культурные сценарии? Вспомните роли сценария семьи, в которой вы выросли. Воспроизводите ли вы какие-либо из них сейчас? Какие роли вы изменили?

Упражнение «Невербальные и вербальные сообщения вашего сценария»

Сначала описание упражнения, а уже затем приступите к его выполнению.

Закройте глаза и попытайтесь увидеть лица из ваших самых ранних воспоминаний, какие вы только можете припомнить. Если возникают только части лица, например глаза или рот, взгляните в них повнимательнее. Чьи лица вы увидели?

Теперь попытайтесь вспомнить невербальные сообщения, полученные

вами от родителей через действия (подзатыльник, сжатый кулак, сердитый шлепок, нежный поцелуй).

Какие приятные или неприятные чувства возникли у вас? Какие сообщения передавали вам через мимику и телесные действия?

Опять представьте себя ребенком. На этот раз прислушайтесь к словам, которые говорили о вас в семье. Что говорили о вашей ценности? О вашем лице? Сексуальности? О способностях? Уме? Морали? Здоровье? О вашем будущем?

Произнесите вслух фразы, которые вы вспомнили и которые отражают то, что думал про вас каждый из родителей. Связана каким-либо образом ваша нынешняя самооценка с мнением ваших родителей о вас?

Упражнение «Ролевые отождествления»

Вспомните ваши отношения с различными людьми в течение нескольких последних дней. Не играли ли вы какую-либо из трех драматических ролей: Жертвы, Преследователя, Спасителя? Менялась ли ваша роль при смене обстоятельств? Играли ли вы одну роль чаще, чем остальные? Не напоминают ли ваши роли персонажей ваших любимых книг, сказок, притч и т. п.?

Упражнение «Жизненные сцены»

Представьте свою жизнь в виде вращающейся сцены. На ней несколько наборов реквизита – соответствующих обстановке в различных ситуациях вашей жизни. Возьмите типичный месяц жизни. Исключите время сна, если оно не представляет для вас особой важности. Соответствует ли энергия, которую вы расходуете в каждой сцене, количеству времени, проводимому там? Есть ли у вас реальный интерес к той области, где вы тратите свое время и энергию? Кто, по вашему мнению, направляет вашу жизненную драму на каждой сцене? Чувствуете ли вы удовлетворение от того, как вы используете свои возможности в различных окружениях?

Упражнение «Ваш Родитель»

У вас есть неповторимое состояние Родителя, являющееся, вероятно, смесью полезного и вредного поведения. Осознание Родителя дает вам возможность расширить поведенческий репертуар, что, в свою очередь, увеличивает ваши шансы стать победителем и воспитать победителями детей.

Чтобы познакомиться с вашим Родителем, начните с более полного осознания того, какими были ваши реальные родители.

Представьте себе, что перед вами находится видеомэгнитофон, который вы можете использовать для воспроизведения нужных

видеозаписей. Поставьте кассету с видеофильмом про мать, отца, дедушку, бабушку, неродных или приемных родителей, старших родственников или других людей, чье влияние вы испытывали на себе в раннем детстве.

Вообразите, что записи сделаны по темам. Прочтите приведенные ниже вопросы, затем включите видеозапись, чтобы получить ответы.

Семейные обеды. Какая атмосфера царила в доме во время обеда? Праздничная? Горел яркий свет, стелилась белая скатерть, все оживленно беседовали? Или обеды проходили однообразно, каждый ел сам по себе? О чем говорили ваши родители за столом? Как они говорили? Не было ли в их разговорах манерности, которая раздражала вас? Была ли в вашей семье традиция не начинать обед, пока все не сядут за стол? Что и как говорили ваши родители о различных блюдах? О том, как их готовить и хранить? Каким было мнение их родителей о том, что вы должны есть, и насколько вы соответствовали их ожиданиям? Было ли для вас время обеда наказанием, удовольствием или чем-то средним?

Высказывания. Как они разговаривали друг с другом? С другими людьми, например со своими родителями? С друзьями? С вами? Можете ли вы вспомнить их слова и тон голоса? Разговаривали ли они с разными людьми по-разному?

Умение слушать. Прислушивались ли они к другим людям? К вам? Как они слушали других? С пристальным вниманием? Снисходительно? С пониманием? Рассеянно? Отзывчиво? Что они говорили об умении слушать?

Темы и роли сценария. Что, по вашему мнению, делало их счастливыми? Печальными? Раздраженными? Расстроенными? Несчастливыми? Были ли у них жизненные установки, например: «хорошо зарабатывать», «преуспевать», «никогда не зарабатывать достаточно», «создавать семью», «получать удовольствие от жизни», «напиваться до бесчувствия», «покушаться на свою жизнь»? Были ли установки их родителей иными? Находились ли эти установки в конфликте или дополняли друг друга? Вспомните своих родителей в их различных ролях. Как они исполняли роли Жертвы, Преследователя или Спасителя? Какую роль играли вы по отношению к ним?

Родительские привычки. Какими они были родителями? Нежными? Жестокими? Крикливыми? Молчаливыми? Какими были выражения их лиц? Их позы? Как они наказывали, ругали или хвалили вас? Если у вас были братья или сестры, то были ли у ваших родителей любимцы? Выражали ли они гнев, ненависть или любовь по отношению к вам? Как? Как они управляли вашим поведением? Обвиняя? Запугивая? Критикуя? С

помощью подарков? Фальшивых комплиментов? Как-то еще? Какими лозунгами и высказываниями вас воспитывали? Были ли они полезными? Вредными? Оторванными от реальности? Можно ли было заранее сказать, как ваши родители среагируют на определенную ситуацию, или их поведение отличалось непредсказуемостью? Соперничали ли они друг с другом или с вами? Чувствовали ли вы, что они на вашей стороне? Что вам нравилось и не нравилось в них? Почему? Как вы считаете, они чувствовали себя победителями или проигрывшими?

Установки ваших родителей. Как бы реагировали ваши родители на следующие события: ребенок заплакал посреди ночи. Приближается день рождения ребенка. Ребенок разбил дорогую вазу или сделал что-то запрещенное. Ребенок подвергся сексуальным приставаниям. Ребенок хочет завести собаку. Ребенок убежал из дома или девушка-подросток забеременела. Юноша уходит в армию. Женитьба последнего ребенка в семье. Новый сосед другой социальной группы или национальности. Родственник, желающий остаться жить в их доме. Нищий в грязной, изодранной одежде, просящий милостыню. Родственник, который нуждается в опеке. Автомобильная авария. Наступление выходного дня, утро в понедельник или праздники.

Насколько вы походите на своих родителей? После того как вы лучше поймете, на кого походили ваши родители, начните осознавать, насколько вы походите на них.

Ответьте на вопрос: «В чем я подражаю им?»

На кого походит внутренний Родитель и как вы используете его? Какие ваши манеры, позы, тон вашего голоса напоминают ваших родителей?

Если вы занимаетесь с детьми, насколько часто ваше поведение исходит из эго-состояния Родителя? Представьте себе, что вы беседуете с детьми, имеющими различные настроения. Как вы будете отвечать хныкающему ребенку, вредному ребенку, непослушному ребенку, хвастливому ребенку, любопытному ребенку, хихикающему ребенку? Кто из родителей отвечал бы таким же образом? Были бы ваши ответы похожими? Как вы используете подобные типы поведения по отношению к взрослым?

Теперь возьмите карандаш и бумагу и опишите ваши представления об идеальном ребенке. Считаете ли вы, что ваши родители составили бы такое же описание? Вы соответствовали этому образу или нет? Не ожидаете ли вы теперь, что дети или другие взрослые будут жить в соответствии с этим образом?

Упражнение «Контрольный список сценария»

Быстро прочтите задание. Пишите первое, что приходит вам в голову. Затем вернитесь назад и заполните пропуски в ответах после дополнительных размышлений.

Оцените, что вы думаете о других и о себе большую часть времени:

Я ОК _____ Я не ОК

Другие ОК _____ Другие не ОК

То, что я считаю, – ОК _____ То, что я считаю, – не ОК

Теперь оцените вашу половую идентичность:

Я как мужчина (женщина) ОК _____ Я как мужчина (женщина) не ОК

Мужчины ОК _____ Мужчины не ОК

Женщины ОК _____ Женщины не ОК

Любимые игры, в которые я играю:

как Преследователь – с кем? _____

как Спаситель – с кем?

как Жертва – с кем?

Вид моего сценария

(конструктивный, деструктивный, непродуктивный)

Тема сценария _____

Тип драмы

(фарс, трагедия, мелодрама, сага, комедия и т. д.)

Реакция зрителей на мою драму _____

(аплодисменты, скука, страх, слезы, враждебность)

Эпитафия, если бы ее надо было написать сейчас

Новый сценарий, если он вам нужен _____

Новая эпитафия, если она вам нужна

Договор с собой для нового сценария

Упражнение «На смертном одре»

Найдите тихое место, где вам не смогут помешать. Представьте, что вы уже очень пожилой человек и находитесь на смертном одре. Ваша жизнь мысленно проходит перед вами. Закройте глаза. Спроецируйте всю жизненную драму на воображаемый экран перед вами. Просмотрите ее с самого начала до настоящего момента. Не спешите. После этого опыта ответьте себе на следующие вопросы:

Какие воспоминания были для вас самыми болезненными? Самыми приятными? Какие обязательства, переживания и достижения придают

смысл вашей жизни? Испытали ли вы сожаление о чем-либо? Если да, что вы могли бы сделать иначе? Что сейчас вы можете сделать иначе? Не хотите ли вы проводить с кем-то больше или меньше времени? Осознавали ли выбор сценария своей жизни? Вы обнаружили то, что вы цените? Ваши ценности оказались такими, какими вы хотели? Вы обнаружили что-либо, что хотели бы теперь изменить?

Упражнение «Последний час»

Теперь взгляните на вашу жизнь с другой стороны. Вообразите, что вам остался час жизни и вы можете провести его с кем угодно. Кого бы вы хотели видеть около себя? Как и где вы бы хотели провести этот последний час? Этот человек знает о ваших чувствах к нему?

Упражнение «Освобождение из ловушки»

Если вы чувствуете, что пойманы в ловушку или находитесь перед стеной, то есть не видите возможности выбирать или принимать ясные решения, попробуйте провести следующий мысленный эксперимент.

Закройте глаза и вообразите, что вы бьетесь головой о высокую кирпичную стену, преграждающую вам путь, пытаясь таким образом преодолеть препятствие. Наблюдайте за собой, как вы бьетесь головой о стену.

Теперь остановитесь и оглянитесь вокруг. Найдите какой-нибудь способ перебраться через стену, например пролезть под стеной или обойти ее. Если вам потребуется что-нибудь для помощи, вообразите нужные ресурсы.

Если в жизни вы считаете себя «запертым в ловушке», вообразите, что вы оказались в настоящей ловушке. Представьте, что вы свернулись калачиком внутри. Что вы чувствуете? Защищает ли она вас от чего-нибудь или кого-нибудь? Придумайте несколько способов выбраться из ловушки. Затем выберите из нее.

После того как вы покинете вашу ловушку, представьте, что вы сидите вне ее, под деревом. Посмотрите вокруг. Посмотрите на вашу ловушку, затем на окружающий мир.

Если вы чувствуете, что находитесь перед стеной или заперты в ловушке, не прислушивайтесь к старым голосам, которые говорят, что «взрослые так себя не ведут».

Постройте (не в воображении, а на самом деле) стену из картона, газет или т. п. Бейтесь головой об нее. Оглянитесь. Нет ли более простого пути?

Возьмите большой картонный ящик. Заберитесь в него и закройте крышку. Посидите там некоторое время, прислушиваясь к своим чувствам. Затем покиньте ящик. Посмотрите на него. Посмотрите на окружающий

мир.

Спросите себя: не могло ли так случиться, что я сам построил свою стену, сам залез в свою ловушку? Если это так, то что это дает мне? Как это влияет на других? Какие свои позиции я тем самым укрепляю? Как это соответствует моему сценарию? Это то, чего я действительно хочу? Теперь прекратите «биться головой об одну и ту же ситуацию» и оглянитесь вокруг.

Упражнение «Изменение сценария»

Проанализируйте, что нового вы открыли в своем сценарии при выполнении предыдущих упражнений. Удалось ли вам выявить отдельные аспекты жизни, в которых вы решили быть победителем, побежденным или непобедителем? Если это так, то для каждого аспекта напишите, как вы смогли бы стать победителем – вместо побежденного или непобедителя. Каким будет результат вашей победы? Затем для каждого из аспектов напишите пять действий, в первую очередь необходимых для достижения победы. Каждый день выполняйте по одному действию и, если вы работаете в группе, расскажите о своем успехе товарищам.

Упражнение «Сценарная матрица»

Ваши и мать и отец также имели эго-состояния Родителя, Взрослого и Ребенка. Они передавали вам сценарные послания, находясь в каждом из этих эго-состояний, а вы приняли и распределили их в трех своих эго-состояниях.

Возьмите большой лист бумаги и нарисуйте на нем пустую сценарную матрицу (рис. 3.4.), в которую можно записывать полученные от родителей послания. Работайте быстро, доверяя своей интуиции.

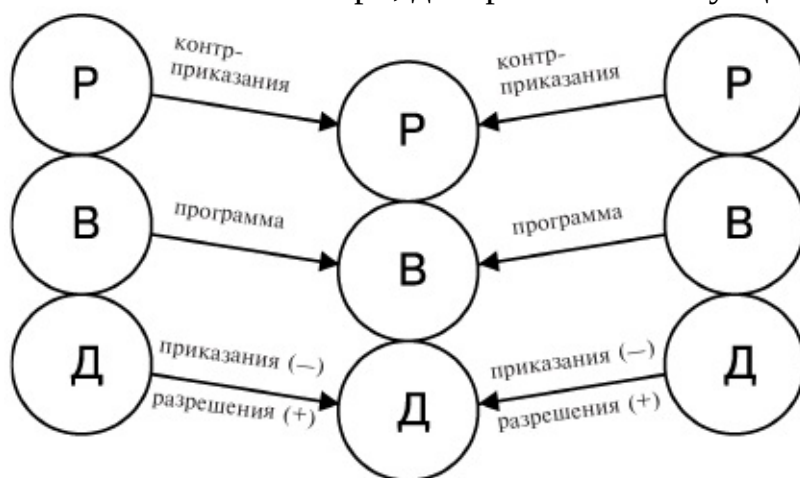


Рис. 3.4. Сценарная матрица

Приказания. Просмотрев список приказаний, продумайте, ассоциируется ли каждое из них с пережитыми вами жизненными

трудностями или неприятными чувствами. Отметьте приказания, которые для вас важны. Имейте в виду, что некоторые приказания исходят от обоих родителей. Помните ли вы, в какой форме родитель давал вам это приказание? В форме прямых указаний или косвенно (невербальные сообщения, намеки)? Когда вы сомневаетесь, работайте интуитивно. Если вы найдете более подходящее название для приказания, поставьте его в скобках после общепринятого обозначения, например: «Не будь ребенком (не радуйся)».

Контрсценарий. Вспомните указания и запреты (фразы типа «Делай...», «Не делай...»), а также девизы и лозунги, которые родители вам часто повторяли в детстве. Когда каждый из родителей был доволен вами? Недоволен? Какие они употребляли слова, чтобы показать, что они довольны или недовольны вами? Что они советовали вам делать ради того, чтобы вы достигли успеха? Исходя из этого определите контрсценарий. Это легко можно сделать, вспомнив, от какого родителя исходил каждый приказ. Если не можете вспомнить, попробуйте догадаться. Иногда контрсценарий может исходить от других родственников или школьных учителей.

Программа. При заполнении сценарной матрицы мы обычно рассматриваем лишь негативную часть программы – для выявления множества полученных от родителей позитивных указаний «Вот как надо...» не хватило бы места. Помните, что негативная программа исходит от эго-состояния Взрослого вашего отца или матери, находящегося под влиянием Ребенка или Родителя, хотя на диаграмме она направлена просто из круга Взрослый. Говорил ли каждый из родителей, как достичь определенного сценарного результата? Часто один из родителей показывает, как подчиняться приказанию или контрприказанию, полученному от другого. Например, мать может передать послание «Не чувствуй», а отец показывает: «Вот как надо это делать». Опишите негативную программу предложениями, начинающимися со слов «Вот как надо...». У некоторых людей в программе нет явных негативных посланий. Поэтому, если вы не можете их выявить, оставьте эту часть матрицы незаполненной.

Использование фантазии, сказок и снов. Вернитесь к материалам, полученным при выполнении упражнений с фантазией, сказками и снами и записанным в свободной форме. Проанализируйте их с точки зрения сценарной матрицы. Используйте мышление и интуицию для выявления связей между этими данными и информацией в матричной диаграмме. Соответственно измените данные в вашей матрице или исключите их.

Упражнение «Ломка паттернов сценарного процесса»

Если вы не удовлетворены своим сценарием, то можете выйти из него. Легче всего эта цель достигается с помощью транзактного анализа. Необходимо начать с выявления паттернов сценария, их осознания, а затем, осуществляя контроль Взрослого над своим поведением, эти паттерны разрушить.

Если основным паттерном является сценарий «Пока не», измените его; радуйтесь и получайте удовольствие еще до завершения работы. Для человека со сценарием «После» выход из сценарного процесса заключается в том, чтобы жить и радоваться сегодня, предварительно решив, что радоваться можно и завтра. Например, если вы на вечеринке, пейте в свое удовольствие, но не слишком много, чтобы на завтра не болела голова. Для перемены паттерна «Никогда» найдите, чего вы действительно хотите. Составьте список из пяти пунктов, которые вы можете осуществить для удовлетворения вашего желания, а затем ежедневно выполняйте один из них. Если ваш сценарий основан на теме «Всегда», осознайте, что вам не следует постоянно повторять одни и те же ошибки. Вы можете бросить не удовлетворяющую вас работу, изменить взаимоотношения или поменять место жительства. Из паттерна «Почти – тип 1» можно выйти, если доводить свои дела до конца. Когда вы убираете комнату, не оставляйте ее неприбранной, когда читаете книгу, читайте все главы. Для ломки паттерна «Почти – тип 2» займитесь приятным занятием и радуйтесь любому достигнутому успеху. Составьте себе список целей и при достижении каждой вычеркивайте ее. Не стремитесь к очередной цели, не добившись предыдущей. Если вы считаете, что вам достался сценарий с открытым концом, осознайте, что ваши родители, не ведая того, преподнесли вам подарок. Поскольку финальные страницы первоначального сценария утеряны, вы можете свободно написать желаемую концовку. Каждый раз, когда вы поступаете вразрез с вашим сценарным паттерном, вы ослабляете его, облегчая задачу выхода из старой сценарной темы.

Выберите паттерн или паттерны, которые подходят вам больше всего. Будете ли вы чувствовать себя уютно, если поступите в соответствии с ними? Если нет, то выработайте пять типов поведения, которые идут вразрез с вашим обычным сценарным процессом. Начните их осуществление немедленно, выполняя в день по одному пункту. Работайте до тех пор, пока не будете удовлетворены произошедшими изменениями.

Упражнение «Обнаружение драйвера»

Известны пять типов движущих сил, или драйверов: «Будь лучшим», «Радуй других», «Старайся», «Будь сильным», «Спешу». Каждый из них

характеризуется определенным набором слов, тоном голоса, жестами, положением тела и выражением лица. Для обнаружения движущих сил требуется определенная практика, так как соответствующее поведение обычно появляется на короткое время, от половины до одной секунды. Однако, если практиковаться, умение их замечать станет вашей второй натурой.

Не интерпретируйте свои наблюдения, анализируйте только то, что вы реально видите или слышите. Например, при наблюдении за кем-то вам, возможно, захочется сказать, что он выглядит строгим. Какие изменения, позволившие вам сделать этот вывод, произошли с его лицом, телом, голосом? Видите ли вы, где у него напряжены мышцы? Какой у него голос (низкий, высокий, громкий, резкий)? Приподняты или опущены брови? На что направлен взгляд? Что он делает руками? Чтобы научиться видеть драйверы, наблюдайте за этими сигналами.

Упражнение «Практикум по выявлению драйверов»

Посмотрите какое-нибудь телевизионное интервью, непрерывно наблюдая за проявлениями драйверов. Если у вас есть видеомэгнитофон, запишите эту передачу, а затем, используя медленное воспроизведение и остановку кадра, сравните ваши наблюдения с полученными ранее результатами. Определите, проявляют ли разные люди различные главные драйверы. Отличается ли главный драйвер у вашего любимого ведущего передач от драйвера неприятного вам политического деятеля? Что вы думаете о своем главном драйвере? Запишите ответ. После этого проведите объективную проверку. Это можно сделать с помощью человека, знакомого с драйверными сигналами, который будет наблюдать за вами, или записать себя на видео и просмотреть сделанную запись. Были ли вы правы в первоначальной оценке вашего главного драйвера?

Если вы работаете в группе, разбейтесь на подгруппы по три человека. Решите, кто будет «пациентом», кто «терапевтом», а кто наблюдателем. «Пациент» в течение трех минут рассказывает что-нибудь «терапевту». «Терапевт» слушает, при необходимости отвечает и следит за временем. Наблюдатель записывает обнаруженные им драйверы «пациента» и «терапевта». Наблюдателю будет легче, если он сначала сконцентрируется лишь на драйверах «пациента». Через три минуты наблюдатель сообщает о выявленных им сигналах. После этого участники меняются ролями и повторяют упражнение.

Отмечайте любые проявления драйверов в повседневной жизни. Практикуйтесь на работе, в магазине, в транспорте, при общении с друзьями. Не говорите людям о своих наблюдениях, если вы не уверены в

том, что это их интересует.

Упражнение «Пять разрешений»

Для каждого драйверного послания имеется противоядие, которое называется разрешением, например:

Движущая сила.....Разрешение

Будь лучшим.....Ты и так достаточно хорош

Радуй других.....Радуйся сам

Будь сильным.....Открыто говори о своих желаниях

Пытайся.....Делай

Спеши.....Не спеши

Если вам повезло, то некоторые из разрешений вы получили от родителей. Если нет, можете придумать их сами. Каждый раз, когда вы осознанно выходите из навязчивого поведения и ведете себя свободно, это невербально подкрепляет разрешение. О нем можно также повторно напоминать себе перед сном и утром после пробуждения. Напишите соответствующую формулировку большими буквами и повесьте на видном месте.

Если вы испытываете неприятные чувства при закреплении разрешения, отложите эту работу на некоторое время. Чувство дискомфорта сигнализирует о том, что драйвер скрывает под собой какое-то важное сценарное решение. Поэтому, прежде работы над противоядием, следует выявить и нейтрализовать это решение.

Упражнение «Послания родителей»

Опишите детально своих мать и отца.

Скажите, что вам особенно нравится в матери, что в отце. Затем – что особенно не нравится.

Затем прочтите каждое свое утверждение. Есть ли в этой характеристике что-то негативное, и если да, то какое скрытое послание скрыто за этим качеством? Сформулируйте эти послания.

Затем расслабьтесь и прочитайте вслух, со всем драматизмом, на который вы способны, эти приказания, исходящие от отца и от матери. Выделите те послания, которые актуальны для вас сейчас.

Упражнение «Куда ведет сценарий?»

Напишите ответы на следующие вопросы:

Что случается с людьми вроде меня? Если я дальше буду таким, как есть, чем это по логике должно закончиться? Что при этом скажут обо мне другие?

3.11. Групповая терапия нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения

Опыт групповой терапии психосоматических больных впервые был описан Виттихом (Wittich, 1974) и Аммоном (Ammon, 1973, 1974). В группе, особенно в так называемой гомогенной группе, в чистом виде можно изучать все аспекты психосоматической личности, а также выявить так называемые пусковые ситуации (Бастиаанс, 2003).

Для группового процесса характерно то, что вместо вопроса о симптоме «Что у меня?» тут ставится вопрос об идентичности «Кто я?». В начале групповой терапии пациенты предъявляют свои симптомы и даже могут в этом соперничать. Если групповой процесс развивается успешно, проявления соматических симптомов смягчаются или исчезают.

В главе 1 настоящего справочника уже говорилось о теории Г. Аммона, согласно которой психосоматическое заболевание есть заболевание дефицитарное. Это значит, что пациент в раннем детстве не получил в должной мере жизненно важного нарциссического подкрепления от матери в форме эмоционального и тактильного контакта. Поэтому структурный нарциссический дефицит появился тут уже на фазе развития соматического Я, а это сделало невозможным формирование границ относительно матери и первичной группы, а также развитие устойчивой идентичности (Аммон, 2000). Психодинамика «поражения», характерная для возникновения любого органического заболевания, у психосоматического пациента восходит к самым ранним этапам развития (Engel, Schmale, 1967) и требует глубокой проработки (см. раздел 1.1. главы 1).

Систематическое использование группы и ее бессознательной динамики для исследования и лечения нарушений развития психики особенно важно именно в сфере психосоматики. Вместо изолированного биологического организма – физиологического аппарата с его биохимическими процессами и закономерностями, каким его представляет естественная медицина и индивидуально-психологическая модель психотерапии, – тут рассматривается «сверхорганизм», как назвал группу английский философ Гоббс еще в 1651 году. Этот «сверхорганизм», основная единица биологического, психического и социального существования человека и группы, ограниченное поле многомерно

детерминированных и взаимовлияющих сил, может стать основой терапии психосоматических расстройств.

Групповая работа с психосоматической имеет следующие преимущества: во-первых, она адекватна причинам предрасположенности к психосоматическим нарушениям, во-вторых, соответствует пусковым ситуациям, в которых манифестировало заболевание. Непрямая интерпретация, свойственная групповой терапии, позволяет легче справиться со специфическими защитами симптоматического поведения. Пациент может идентифицировать себя с другими участниками и усваивать интерпретации терапевта и группы, обращенные к другим. Исключительно важно, что терапевтическая группа позволяет дать пациенту прямую конфронтацию относительно его поведения. Групповой психотерапевт может быть значительно активнее, чем в индивидуальной терапии, поскольку группа в целом в состоянии конструктивно использовать конфронтацию, поддерживая отдельного пациента. Активная конфронтация тут особенно важна потому, что психосоматический пациент не склонен активно поддерживать терапевтический контакт или давать нужный материал для обсуждения в виде фантазий и осмысления своих проблем. Напротив, терапевту приходится самому активно обращаться к пациенту, он должен давать прямую конфронтацию и провоцировать пациента, а одновременно выражать свое участие и теплоту, активно проявлять эмпатию. Следовательно, тут требуется прямое и активное воздействие, чтобы помочь пациенту выразить свои чувства, которые он зачастую вообще не осознает.

В особенности тут важна работа с деструктивной агрессией пациента, в которой проявляется его конфликт идентичности. Деструктивная агрессия является не инстинктом, который надо смягчить и дисциплинировать, а реактивным защитным механизмом у пациента, который в раннем детстве страдал от экзистенциального страха быть покинутым. Деструктивную агрессию можно превратить в конструктивную, если удастся создать терапевтическую ситуацию, в которой пациент может экстернализировать интернализированную первичную группу и ее деструктивную динамику и вновь пережить связанный с этим экзистенциальный страх. Лишь когда удастся осознать деструктивную агрессию, ее межличностное происхождение в интернализированной первичной группе, лишь тогда достигается тот уровень терапии, на котором возможна проработка бессознательного конфликта идентичности. Лишь тогда психосоматический пациент может пережить изменение: перейти от заместительной идентичности к подлинной, когда без иррационального

чувства вины и страха он способен отстаивать рамки своей идентичности вовне и внутри, расширяя ее благодаря конструктивной агрессии и креативности (Аммон, 2000).

Таким образом, групповая терапия особенно ценна при работе с деструктивной агрессией, как бы она ни проявлялась. Группа становится экспериментальной площадкой, лабораторией, где пациент может исследовать свое актуальное поведение в различных группах, которые его окружали и окружают в жизни. Одновременно, это и ситуация переноса, где группа в восприятии пациента воспроизводит его семью, а потому становится ареной его бессознательных конфликтов Эдипового уровня. Тем самым создается ситуация, в которой проявляются все аспекты и фазы развития Я и инстинктов в контексте межличностной динамики бессознательных групповых процессов, что создает предпосылку для осознания пациентом своих конфликтов.

В ходе группового терапевтического процесса, который восполняет развитие Я и идентичности, психосоматическая симптоматика теряет для пациента свою функциональную ценность. По мере того как из-за фасада психосоматической ложной идентичности появляется идентичность подлинная, симптомы начинают исчезать. В конце терапии, когда происходит расставание с терапевтом и группой, часто наблюдается реактивация симптоматического поведения, что необходимо достаточно быстро проработать. «Психосоматический статус» тут уже не заменяет идентичность, он стал костюмом, который можно снять без вреда для личности. Можно сказать, что процесс расставания с группой и психотерапевтом ставит точку в формировании собственной идентичности.

В данном контексте встает вопрос о показаниях к групповой терапии. Всегда есть пациенты, которые из-за своего яркого страха перед группой неспособны продуктивно работать в ситуации групповой терапии. В то же время группа предоставляет оптимальные возможности для проработки проблематики пассивности и соперничества. Если где-то в процессе развития появился, например, негативный перенос или возникла патологическая привязанность к родителям, то группа поначалу способна обеспечить безопасность в большей мере, нежели индивидуальная терапия, где терапевт порой напоминает одного из родителей. Групповая ситуация имеет преимущество также и в том, что пациент не может тут оставаться в позиции исключительного человека, в позиции любимого ребенка. Однако есть пациенты, которые испытывают настолько сильную потребность в позитивном отношении, что на какое-то время им необходимо предоставить такую возможность. Однако эти контакты не должны

порождать отношений соперничества в группе.

Поскольку открытые межчеловеческие отношения у пациентов с нарушениями пищевого поведения чаще всего затруднены, а вследствие этого принцип удовольствия не может реализоваться в реальном контакте, на передний план почти всегда выступают принципы власти и бегства. В начале групповой терапии самые активные пациенты своим симптоматическим поведением пытаются превратить остальных членов в статистов своей драмы. Такие пациенты требуют, чтобы другие обслуживали их психологические нужды. Они пытаются дирижировать группой и при этом также претендуют на роль терапевта.

Очень часто психосоматический пациент не умеет мечтать и фантазировать. У многих таких пациентов в ходе работы, особенно при тенденции к соперничеству, становится очевидным, что речь здесь идет не об абсолютном дефиците, а о блокировке психических функций. Мечты и фантазии дают возможность понять значение языка органов. Кроме того, группа предоставляет прекрасную возможность для развития способности общаться, которая не получила должного развития в семье в ранние годы жизни пациента. При этом речь идет не просто о катарсисе и отреагировании и не о формализованной психодраме для отдельных членов, а скорее о групповом событии, в котором на поверхность выходит динамика первичных процессов, спрятанных от сознания. Тут пациент может обучаться и невербальной, и вербальной коммуникации, что восполняет развитие его личности, нарушенное в детстве.

Необходимо отметить, что исследования говорят о том, что тут следует отдавать предпочтение гомогенной группе, то есть группе, в которой собраны пациенты с определенным типом нарушения пищевого поведения. Вместе с тем в гомогенной группе формируется более устойчивое защитное поведение. Пациенты могут воспринимать себя как группу исключительных людей или даже героев, и эта нарциссическая выгода может порождать сильнейшее сопротивление проработке переноса и контрпереноса. Но такое сопротивление со временем может спонтанно уменьшиться, особенно если проблема соперничества заставляет членов группы вести себя иначе.

В рамках групповой терапии нарушений пищевого поведения существуют разнообразные подходы. Так, Дитти Доктор (Dokter, 1994) описывает психодраматические группы из 4–6 человек, куда входят пациенты с анорексией и булимией и – в качестве образца – один ассистент или пациент с желаемым весом. Групповая работа тут сочетается с индивидуальной. Психодрама со взрослыми стационарными пациентами

проводится в течение 6-12 месяцев при частоте встреч один раз в неделю, она фокусирована на межличностных проблемах пациентов. Параллельно пациентами занимается мультидисциплинарная бригада, в том числе команда, работающая с нарушениями пищевого контроля. Вначале используются преимущественно проективные техники: скульптура, поэзия, составление рассказов. Затем проигрываются отдельные сцены из жизни – от нейтральных до самых значимых.

В настоящем справочнике мы приводим описание одного из направлений групповой психотерапии для лечения нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения – семейной психодрамы. Указанный групповой подход к терапии пищевого поведения имеет свои специфические цели и задачи, которые будут рассмотрены в соответствующем разделе.

И. Ялом (Ялом, 2000) выделил десять лечебных факторов, характерных для большинства групп:

1. Сплоченность. Прочность, единство межличностных взаимодействий в группе рассматривается как условие, способствующее достижению успеха.

2. Внушение надежды. Вера в успешность группового процесса или надежда на избавление от симптома сами по себе оказывают терапевтическое воздействие.

3. Обобщение. До прихода в группу люди склонны считать свои проблемы уникальными, но в процессе работы начинают осознавать, что и другие имеют похожие проблемы, также испытывают чувство неполноценности и отчуждение от людей.

4. Альтруизм. Сознание того, что каждый в группе нужен и полезен другим, оказывает терапевтическое воздействие.

5. Доступ к информации. В большинстве групп используются дидактическое инструктирование и информирование.

6. Множественный перенос. Любые трудности в сфере общения и социальной адаптации, детерминированные событиями настоящего или прошлого, особенно эмоциональными нарушениями в семье, проявляются в группе, которая, согласно психодинамической теории, сама становится похожей на семью. Эмоциональная привязанность участника к руководителю, другим участникам или группе в целом исследуется в ходе работы и при необходимости подвергается реалистичной переоценке.

7. Межличностное обучение. Группа служит испытательным полигоном для исследования положительных и отрицательных эмоциональных реакций и тестирования новых видов поведения. Члены

группы могут открыто просить других о помощи и поддержке, а также испытывать и выражать аффекты, что ведет к корректирующим эмоциональным переживаниям.

8. Развитие навыков общения. Прямо или косвенно участники совершенствуют свое умение общаться. Для развития межличностных навыков тут используются различные методики, в том числе обратная связь и ролевая игра.

9. Имитирующее поведение. Часто люди учатся вести себя, наблюдая за поведением других. В начале группового процесса они подражают поведению руководителя или популярных членов группы ради получения одобрения. Постепенно участники начинают экспериментировать, используя множество различных образцов поведения, предлагаемых в группе.

10. Катарсис. Обсуждение скрытых или подавленных «неприемлемых» потребностей, сосредоточение внимания на таких неисследованных эмоциях, как чувство вины или враждебности, ведет к психологическому очищению, облегчению и свободе. Однако главная ценность катарсиса – это усиление сплоченности вследствие интенсивного взаимодействия в обстановке безопасности и понимания.

Ошибочно видеть цель групповой терапии только в социализации. Гораздо важнее, что эффективно работающая группа способствует пониманию себя и решению личных проблем. Участник группы получает возможность не только успешно взаимодействовать с другими, но и достигать внутреннего комфорта и в полной мере использовать собственный потенциал. Иными словами, групповая терапия должна способствовать внутренней адаптации к собственной жизни, любви и работе (Ормонт, 1998).

В идеале всякая терапия дает знания – она помогает людям понять, что неосознанно они сами мешают себе достичь того, чего, по их словам, они хотят, и во многих случаях действительно повторяют свои прежние ошибки. Хорошая терапия помогает людям оценить ту роль, которую они сами играют в своих проблемах, создавая свою судьбу.

В дополнение к перечисленным выше преимуществам групповой формы работы Ормонт (1998) предложил следующее:

1. Группа выявляет саморазрушительное поведение. Эти формы поведения могут остаться за пределами внимания в процессе индивидуальной терапии. Особенно желательно выявить те виды деструктивного поведения, которые присущи участнику группы в реальной жизни.

2. Группа позволяет ее членам понять, как их воспринимают другие. В групповой терапии пациент имеет преимущество, заключающееся в том, что люди реагируют на его поведение раскрепощенно, без оговорок, часто так, как не может этого сделать индивидуальный терапевт, по крайней мере до того, как терапия начнет давать положительный результат.

3. Группа позволяет участникам узнать о разных точках зрения на свое поведение: не просто о какой-либо одной реакции, а о самых разнообразных – включая спонтанные реакции людей, которые не всегда его понимают с ясностью и всепрощением любящего родителя или терапевта. Даже раздраженные выпады против него, если они типичны для значимых людей в реальной жизни пациента, приносят пользу.

4. Групповая терапия дает возможность для определения себя здесь и сейчас. Пациент может узнать, как он выглядит, как себя ведет, и выявить, что он чувствует на самом деле, когда имеет дело с людьми.

5. Группа дает шанс попытаться вести себя по-другому.

Хорошо известно, что наблюдения, инсайты и выводы, которые человек получает благодаря собственным усилиям, он ценит гораздо выше, чем те, которые ему навязывает кто-то другой. Опытный ведущий противостоит искушению предлагать участникам блестящие и виртуозные интерпретации. Вместо этого он старается найти методы, которые позволят пациентам прийти к познанию себя благодаря собственным усилиям. Хотя техники могут значительно варьировать в зависимости от стиля терапевта, однако направленность тут у всех одна – создать условия для самопознания (Ялом, 2000).

При работе с нарушениями пищевого поведения и избыточным весом групповой терапевт инициирует изменения, проводя пациента через следующие этапы:

1. Вот на что похоже твое поведение. Получая обратную связь, а позже – посредством самонаблюдения, пациент учится видеть себя так, как его видят окружающие.

2. Вот какие чувства вызывает твое поведение у других людей. Пациент узнает, какое воздействие его поведение оказывает на чувства других членов группы.

3. Вот как твое поведение сказывается на мнении, которое складывается о тебе у других. Пациент узнает о результатах своего поведения: что окружающие его ценят, испытывают к нему антипатию, его уважают, избегают и т. д.

4. Вот как твое поведение влияет на твое собственное мнение о себе. Исходя из информации, полученной на трех предыдущих этапах, пациент

формулирует свою самооценку, вынося суждения относительно того, чего он стоит как личность и в какой мере заслуживает любви.

Как только эта последовательность развернута полностью и до конца понята пациентом, как только пациент пришел к глубокому пониманию того, что его поведение отнюдь не служит его собственным интересам, что его отношения с окружающими и с самим собой являются результатом его собственных действий, наступает самый решительный момент всего курса – он вступает в преддверие перемены. Теперь настало время поставить вопрос, который инициирует настоящий прорыв в терапии. Смысл вопроса, который терапевт формулирует по-разному, но редко задает прямо, сводится к следующему: «Ты удовлетворен миром, который создал? Вот что ты делаешь другим людям, вот какое мнение о себе формируешь у них и у себя самого – ты доволен своими действиями?» Услышав отрицательный ответ на этот вопрос, терапевт переходит к трудному процессу трансформации личной неудовлетворенности в решение измениться, а затем и в сам акт изменения.

Интрапсихическим посредником, который инициирует действие, трансформирует намерение и решение в действие, является воля, которая тесно связана с ответственностью. Отдавая себе в этом отчет или нет, любой терапевт предполагает, что каждый пациент обладает способностью измениться, совершив волевой выбор. Терапевт, используя широкий арсенал стратегий и тактик, старается подвести пациента к перекрестку, на котором тот может выбирать, выбирать по своей воле и в интересах своей целостности. Терапевт не может ставить перед собой задачу создать в пациенте волю или поделить с ним своей собственной; это, разумеется, не в его силах. Но он может сделать другое – помочь в освобождении связанной или подавленной воли пациента от сковывающих ее уз.

Любую интерпретацию психотерапевта можно рассматривать с точки зрения ее воздействия на волю пациента. Наиболее распространенный и упрощенный терапевтический подход – это призыв: «Твое поведение, как ты сам уже прекрасно знаешь, противоречит твоим же высшим интересам. Ты недоволен. Не этого ты для себя хочешь. Так изменись же, черт побери!»

Однако для пациентов с тяжелой и глубоко укоренившейся психопатологией одного призыва, как правило, недостаточно. Им требуется гораздо больше. Тогда терапевт старается посредством интерпретации найти возможность помочь пациенту в высвобождении его воли. Терапевт должен подвести пациента к той точке, где тот будет готов принять по крайней мере одну из следующих предпосылок:

1. Только я могу изменить мир, который сам для себя создал.
2. Изменение не несет в себе опасности.
3. Чтобы достичь того, что я действительно хочу, я должен измениться.
4. Я могу измениться, я обладаю необходимой для этого силой.

Каждая из этих предпосылок, если пациент ее полностью принимает, может стать мощным побудительным мотивом для волевого действия. Каждая оказывает влияние по-своему. Каждая, в зависимости от потребности пациента и стиля терапевта, может быть эффективной сама по себе.

" *Только я могу изменить мир, который сам для себя создал* ". За простой последовательностью этапов групповой терапии (увидеть свое поведение и оценить его влияние на окружающих и на себя самого) стоит важнейшая концепция, охватывающая все компоненты терапевтического процесса. Это концепция ответственности. Несмотря на то что она редко становится предметом непосредственного обсуждения, она вплетена в ткань большинства психотерапевтических систем.

Один из самых привлекательных аспектов групповой терапии заключается в том, что каждый тут рождается заново, рождается вместе со всей остальной группой. Все берут старт в равных условиях. На виду у всех остальных (и если терапевт хорошо выполняет свою работу – на виду у самого себя) каждый постепенно находит и формирует свое жизненное пространство в группе. Каждый участник ответственен за это пространство и за последовательность событий, которые произойдут с ним в группе. Пациент, который действительно ценит эту ответственность, вынужден затем также принять и тот факт, что нет смысла надеяться на перемену, если он сам не изменится. Окружающие не приведут его к изменению, и оно не произойдет само по себе. Человек ответственен за свою прошлую и нынешнюю жизнь в группе (так же, как и во внешнем мире) и, аналогичным образом, полностью ответственен за свое будущее. Это помогает пациенту осознать, что межличностный мир устроен в целом предсказуемо и упорядоченно, и дело вовсе не в том, что он не может измениться, а в том, что он не желает меняться, потому что только он сам несет ответственность за создание своего мира, и следовательно – за его трансформацию.

" *Изменение не несет в себе опасности* ". Одних этих усилий не всегда достаточно. Порой терапевт, потянув за соответствующую психотерапевтическую струну, обнаруживает, что пациент, невзирая на свое новое «просветленное» состояние, все еще не достиг значительных терапевтических успехов. В таком случае терапевт применяет

дополнительный терапевтический рычаг, помогая пациенту взглянуть в лицо парадоксальной ситуации: тот по-прежнему действуют вразрез со своими основными интересами. Разными способами терапевт ставит пациента перед вопросом: «Почему так получается? Почему ты по-прежнему создаешь ситуации, в которых терпишь поражение?»

Типичный ответ на этот вопрос заключается в предположении о том, что на пути свободного выбора пациента стоят некие препятствия, мешающие ему всерьез рассмотреть перспективу изменения поведения. Терапевт может указать на это препятствие, используя конструкцию «как если бы»: «Ты ведешь себя так, как если бы ты чувствовал, что существует значительная опасность, которая обрушится на тебя, если ты изменишься. Ты опасаешься поступать иначе из страха, что тебя постигнет какое-то бедствие». Терапевт помогает пациенту разобраться в природе воображаемой опасности и затем переходит к «дезинтоксикации», то есть развенчивает миф о реальности этой опасности, используя различные техники.

Так, он может найти союзника в способности пациента к логическому мышлению. Порой достаточно идентифицировать и назвать по имени порожденную фантазией опасность – и это само по себе помогает понять, насколько далек воображаемый страх от реальности. Или же пациента поощряют совершать на группе действия, вызывающие у него такой ужас, хотя это следует делать осторожно и в точно отмеренных дозах. Поскольку ожидаемой катастрофы не происходит, ужас пациента постепенно угасает.

Предположим, пациент избегает любого проявления агрессии, так как в глубине души боится самого себя: он подозревает, что представляет собой наглухо запертый резервуар со смертельной яростью и должен быть постоянно начеку, чтобы не выплеснуть ее наружу и не стать в результате объектом возмездия со стороны окружающих. В данном случае уместна терапевтическая стратегия – помочь пациенту выражать агрессию в группе, делая это в очень маленьких дозах: пусть, например, он скажет, что ему обидно, когда его прерывают, что его раздражает, когда кто-нибудь постоянно опаздывает, что его сердит то, что терапевт берет с него деньги, и т. д. Постепенно пациент начинает открыто обращаться к участникам группы, и его представление о самом себе как о страшном и разрушительном создании постепенно меняется. Несмотря на различия в терминологии и концепции человеческой природы, точно такой же подход используется при систематической десенсибилизации – основной технике поведенческой терапии.

" Чтобы достичь того, чего я действительно хочу, я должен

измениться ". Многие терапевты, имея дело с пациентами, упорно поступающими вразрез со своими собственными интересами, используют другой – также основанный на объяснении – подход. Он заключается в исследовании выгод от нынешнего поведения пациента. Хотя это поведение саботирует удовлетворение многих потребностей и достижение многих целей, свойственных зрелой личности, в то же время оно обеспечивает удовлетворение иных потребностей и достижение иных целей. Другими словами, у пациента есть конфликтующие мотивы, которые невозможно удовлетворить одновременно (см. раздел 3.1. настоящей главы).

Важно разъяснить пациенту этот парадокс. Терапевт старается помочь пациенту разобраться в природе его противоречивых желаний, выбрать между ними, отказаться от тех, которые возможно удовлетворить, лишь заплатив за это слишком дорогую цену – отказавшись от своей целостности и автономии. После того как пациент осознает, чего он (как взрослый) действительно хочет и что его нынешнее поведение направлено на удовлетворение иных, задерживающих рост потребностей, он постепенно приходит к выводу: чтобы достичь того, чего я действительно хочу, я должен измениться.

" *Я могу измениться, я обладаю необходимой для этого силой* ". Пожалуй, самой главной особенностью терапевтического подхода к вопросу: «Почему так получается, что ты действуешь вразрез со своими собственными интересами?» является поиск объяснения создавшейся ситуации, когда поведение пациента обретает определенный смысл. Терапевт по сути говорит: «Ты ведешь себя определенным образом, потому что...», и за этим «потому что» обычно следуют мотивы, находящиеся вне осознания пациента.

Объяснение дает систему, посредством которой человек упорядочивает события своей жизни, видит их связность и предсказуемость. Назвать какой-то феномен по имени, выстроить элементы опыта в логический (или паралогический) причинно-следственный ряд означает почувствовать, что человек этот феномен контролирует. Тогда поведение и переживания уже не являют собой нечто пугающее, неоформившееся, не подлежащее контролю, напротив, человек поступает так-то (или чувствует то-то), потому что... Благодаря этому «потому что» он овладевает ситуацией, становится хозяином положения или обретает чувство господства. Это наделяет свободой, это пробуждает желание быть сильным. Когда человек переходит от позиции, в которой им управляют неведомые силы, к позиции, в которой он идентифицирует и контролирует эти силы, он совершает переход от пассивной и реактивной позиции к активной, действенной

позиции, к готовности что-то менять.

Если принять эту фундаментальную предпосылку – что основная функция объяснения в психотерапии сводится к созданию ощущения силы у пациента, – она дает критерий ценности для любого объяснения. В той мере, в какой оно наделяет человека ощущением могущества, причинное объяснение можно считать ценным, точным или «истинным». Подобное определение истины целиком и полностью релятивистское и прагматичное. Это значит, что ни одна система объяснений не обладает гегемонией или «эксклюзивными правами», ни одна не является правильной, фундаментальной или «более глубокой», чем другие.

Разумеется, интерпретация должна быть адекватна ее адресату. В целом эффективность интерпретации повышается, если она придает смысл, если она логически увязана с другими здравыми доводами, если она подкрепляется эмпирическими данными, если она в принципе соответствует убеждениям пациента, если есть «чувство, что она правильная», если она каким-то образом перекликается с внутренним опытом пациента, если ее можно расширить и применить ко многим аналогичным ситуациям в жизни пациента. Интерпретация, даже самая элегантная, не принесет никакой пользы, если пациент ее не услышит. Терапевты должны стремиться оценивать свои доводы вместе с пациентом и излагать свои объяснения ясным и понятным языком.

В качестве основных работ для знакомства с различными аспектами и направлениями групповой психотерапии можно порекомендовать следующие: Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Питер Ком, 1998 и Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. – СПб.: Питер, 2000.

3.11.1. Семейная психодрама

Как уже говорилось выше, одним из существенных факторов возникновения нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения является семейное воспитание, в том числе традиции питания в семье. Каждый человек вырос в уникальной семейной обстановке, и, как правило, в дальнейшей жизни он стремится сохранить те же установки и ценности, которые были усвоены в родительской семье. Если обстановка в семье была благоприятной, человек получает хорошую подготовку для своей взрослой жизни. Но если семейное окружение было разрушительным, человек вынужден искать выход за рамки повторяющегося сценария. В частности, тут ему важно понять, какое влияние оказывает семейная ситуация прошлого на его теперешнее состояние. Семейные традиции питания, болезни, связанные с ожирением и передающиеся из поколения в

поколение, и другие подобные проблемы можно проработать с помощью семейной психодрамы. Она позволяет понять семейную ситуацию во всей ее полноте, а затем изменить семейный сценарий применительно к жизни пациента.

Психодрама была основана Якобом Леви Морено, одним из создателей самой групповой психотерапии, который впервые использовал драматические методики для изучения личностных проблем. Морено обнаружил, что драма может служить терапевтическим целям и что психодраматическое действие имеет преимущества перед вербализацией, поскольку оно ускоряет процессы изучения переживаний и формирования новых отношений и типов поведения (Рудестам, 1997).

Морено считал, что особенности реакций на людей «формируются прошлыми переживаниями и культурными паттернами общества, в котором личность живет; им могут соответствовать особые виды продуктивного поведения. Каждая роль – это слияние частных и коллективных элементов». По его мнению, понятие роли перекидывает мост между психиатрией и социологией (Кулаков, 2003). Для Морено роли, которые мы принимаем в жизни (и которые определяют наше поведение), принадлежат к трем измерениям: социальные роли (социальное измерение); психосоматические роли (физиологическое измерение); психодраматические роли (психологическое измерение, или измерение «я сам»).

Психические и психосоматические расстройства вызываются нарушениями ролевого развития, а выражаются также в нарушениях ролевого развития и поведения. В то же время ролевое развитие и ролевое поведение тесно связаны с акциональным голодом и психосоциальным развитием человека. Акциональный голод – это врожденная потребность человека в самореализации, развитии, спонтанности.

С точки зрения Морено, болезнь возникает в результате нарушений наследственности, внешних патогенных влияний или нарушений межчеловеческой, то есть социоэмоциональной, среды; эти нарушения, в свою очередь, наносят ущерб спонтанности, социоэмоциональному и ролевому развитию. Отсюда следует, что здоровье представляет собой направленное и спонтанное бытие или прогрессию, болезнь же – застой или регрессию. Прогрессия зависит от качества, которое Морено называл смелостью. Смелость – это качество, позволяющее креативно, осознавая требования и опасности, идти по пути гармонического развития. Разрушительная регрессия является следствием страха. Страх вызывает стагнацию и регрессию, а кроме того, почти всегда втягивает человека в

порочный круг. Смелость – это источник действия, полемики с реальностью, богатства переживаний, готовности нести ответственность, что еще больше повышает степень свободы человека.

Развитие человека – это постоянная прогрессия, переход от соматических ролей, наблюдаемых уже к концу эмбриональной стадии, к ролям трансцендентным. В ходе нормального развития на каждой стадии добавляются новые роли, тогда как отдельные прежние роли теряют свое значение или же исчезают вовсе.

Некоторые соматические роли, такие как роль дышащего или принимающего пищу человека и т. п., с рождения и до самой смерти остаются фундаментальными жизненными ролями.

Ролевые конфликты являются одними из основных причин психических и психосоматических расстройств. Поэтому они занимают в теории и практике психодрамы центральное место. По определению одного из ведущих специалистов в области ролевых теорий Брюса Биддла, «ролевой конфликт – это любое из нескольких возможных относительно продолжительных несоответствий между элементами ролей, проявляемых людьми в социальной ситуации, которые приводят к проблемам для одного или большего числа этих людей» (Biddl et al., 1960).

При всем разнообразии типов ролевых конфликтов, описание которых встречается в литературе (Лейтц, 1994; Biddl et al., 1960; Stryker, Maske, 1978), их можно разделить на две большие группы: 1) внешние, или межличностные (зависящие от объективных характеристик – реальных ролевых ожиданий, ролевого поведения, ролевых норм и т. п.); 2) внутренние, или внутриличностные (зависящие от компонентов когнитивной структуры индивида, например его представления о ролевых ожиданиях, Я-концепции).

Неверно думать, что только конфликты второй группы относятся к личностным проблемам. Любые ролевые противоречия так или иначе порождают психологическую дисгармонию, которую необходимо преодолевать. Личностный подход к решению ролевых конфликтов прежде всего требует их соотнесения с последствиями, отражающимися на психологическом здоровье личности. Рассмотрим основные типы ситуаций, в которых эти последствия можно наблюдать (Горноста́й, 1998):

I. Несовместимость различных ролей. Подобные ситуации возникают тогда, когда различные роли (или компоненты ролевого кластера) не могут функционировать одновременно или когда одна роль существенно затрудняет исполнение другой.

II. Противоречия между ролевыми ожиданиями разных людей.

Ситуации возникают тогда, когда на исполнение роли оказываются противоречивые или взаимоисключающие друг друга требования со стороны разных людей из значимого окружения человека.

III. Противоречия между ролью, которую необходимо выполнять, и ролевой Я-концепцией личности. Эти ситуации возникают в том случае, когда исполняемая роль (или та, которую предстоит на себя взять) не соответствует собственным представлениям человека о роли, а также представлению о себе как субъекте этой роли.

IV. Противоречия между ролевым поведением и ролевыми ожиданиями. Тут возможны ситуации односторонних и двусторонних противоречий (случаи дивергентных ролей, полная ролевая несовместимость).

Диагностика в процессе психодраматической работы – это поиск ответов на следующие вопросы.

1. На какой ролевой уровень: соматический, психический, социальный – падает акцент организации жизни пациента?

2. Разворачивается ли его жизнь на ролевых уровнях, соответствующих его возрасту, положению, образованию и т. д.?

3. Является ли ролевое поведение человека гибким или же оно находится в состоянии застоя, в прогрессии оно или регрессии?

4. Какие роли обычно играет пациент: восходящие, достигшие кульминации, доминирующие или извращенные (которые стали невыгодными или даже вредными), в нисходящих или затухающих?

5. Имеются ли ролевые конфликты?

6. Каковы наиболее важные предпосылки и условия или, наоборот, препятствия для актуализации ролевого набора данного человека, а также для его интеракции с миром? Наследственность, внутренняя безопасность, внешние условия (то есть экономические, общественные и прочие объективные данные), межчеловеческие отношения с присущим им социометрическим давлением, факторы здоровья?

Объектные отношения раннего детства, хранящиеся в бессознательном, могут вызвать во взрослой жизни душевные расстройства или спровоцировать проблемы в общении. В безопасных условиях, например во время психотерапии, эти «забытые» объектные отношения или роли могут вновь войти в сознание и в активный ролевой репертуар. Так как любые человеческие взаимоотношения содержат смесь реалистических и трансферентных реакций (трансферентные реакции – синоним психоаналитического термина «перенос»), порой очень сложно отделить реальность от переноса. В этом может помочь сила теле, которая

раскрывает внутренние объектные отношения. Психодрама также позволяет выявить разные типы реакций переноса с помощью различных вспомогательных Я, которые изображают роли и фигуры из прошедшего и настоящего пациента.

Важно понять, что стоит за повторяющимися паттернами поведения: они настолько прочно укоренились во внутреннем мире, что пациент носит их с собою везде. Он может поменять работу, партнера, страну проживания, но взаимодействие с людьми при этом не изменится: тот же паттерн появляется с новой силой, часто вопреки сознательному желанию, создавая проблемные ситуации. Задача психотерапевта – распутать клубок ролей во внутреннем мире, помня, что эта путаница образовалась еще в раннем детстве под влиянием объектных отношений.

Ролевая игра – одно из основных понятий психодрамы. В отличие от театра, участник психодрамы исполняет роль в импровизированном представлении и активно экспериментирует с теми значимыми ролями, которые он играет в реальной жизни. Второе важное понятие – спонтанность – основано на наблюдении за детской игрой. Морено считал, что спонтанность – это тот ключ, который поможет открыть дверь в область творчества. Понятие теле описывает двусторонний поток эмоций между всеми участниками психодрамы. Катарсис, или эмоциональное освобождение, возникающее у актера психодрамы, представляет собой важный шаг на пути к достижению конечной цели – инсайта, нового понимания своих проблем.

Основные роли в психодраме – это режиссер (который является продюсером, терапевтом и аналитиком), протагонист, «вспомогательное Я» и аудитория. Психодрама начинается с разминки, переходит к фазе действия, во время которой протагонист организует представление, и заканчивается фазой обсуждения, когда психодраматическое действие и возникшие в ходе его переживания обсуждает вся группа.

Для организации представления режиссер использует различные методики, такие как монолог, двойник, обмен ролями и отображение, эти методики запускают терапевтический процесс в психодраматической группе. Особенностью психодрамы среди других форм групповой терапии являются ролевые игры по принципу «здесь и теперь». Выделяют девять специфических техник психодрамы: представление себя, исполнение роли, диалог, монолог, дублирование и множественное дублирование, обмен ролями, реплики в сторону, пустой стул, зеркало.

Психодрама предлагает метод для работы с семейной ситуацией в том виде, в котором она сохранилась и живет внутри человека. Не всегда

существует возможность работать непосредственно с членами родительской семьи, тем не менее можно воспроизвести «внутреннюю правду» и вынести родительскую семью из памяти на психодраматическую сцену. В ходе психодрамы всплывают на поверхность защитные тактики и способы решения конфликтов, сформировавшиеся в детстве как попытка облегчить жизнь в окружении, казавшемся враждебным. Как только они оказываются на поверхности, их легче идентифицировать, а затем прочувствовать и понять, почему они стали необходимыми. Контакт с душевной травмой на более примитивном уровне, чем вербальное мышление, позволяет клиенту оживить свой травматический опыт, почувствовать его в настоящем и избавиться от него.

Другой аспект работы связан с темой собственно «родового сценария», куда, в частности, входят и традиции питания, включая раннюю смерть от болезней, сопутствующих ожирению. Разумеется, это сила семейного мифа, заставляющего детей воспроизводить один и тот же сценарий предков. Часто, например, пациент обращается к терапевту в связи с тревогой и страхами, связанными с угрозой насилия или голода. «Родовой сценарий выживания» в этом случае может оказаться бесценной поддержкой – и одновременно ответом (в тех случаях, когда тревога или страх не связаны с актуальными событиями). Более того, при подробном исследовании практически любой генограммы (см. технику «Генограмма семьи») можно увидеть несколько различных стратегий, притом все они в свое время были в какой-то степени успешны (род выжил и продолжился) (Михайлова, 2001).

Психодраматическая проработка семейной истории, в частности с помощью обмена ролями и дублирования, обладает безусловными преимуществами относительно работы с генограммой на бумаге. Играя роль одного из своих предков, человек получает доступ к осознанию не предназначенного для внешнего мира языка внутрисемейного общения. Конкретность, внимание к деталям вообще характерны для психодраматического метода, эти детали обычно неслучайны, а часто и символичны. Детали, сохраненные семейным преданием, бесценны и всегда выходят за рамки бытового смысла: работая с семейной историей, мы имеем дело не с фактами (каковы бы они ни были), а с мифологическим сознанием.

Как и при использовании других методов психотерапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения, основной целью семейной психодрамы в данном случае является коррекция пищевого поведения и выработка новых, адаптивных пищевых стереотипов. При этом в группе

семейной психодрамы в рассматриваемом случае, кроме общих перечисленных выше задач групповой терапии, решаются следующие специфические задачи:

1) определение семейного сценария (традиций, стереотипов), связанных с питанием;

2) выявление паттернов сценарного процесса;

3) замена деструктивных паттернов на конструктивные и адаптивные.

Техники Данный раздел написан по материалам следующих работ: Малкина-Пых, 2005а; Шерман, Фредман 1997; Сатир, 1999; Черников, 2003; www.antirasizm.ru/publ_017.doc.

Техника «Ролевая игра»

Это упражнение используется для отработки умений ролевой игры. С него хорошо начинать групповую психодраму.

Группа делится пополам и образует два круга – один внутри другого. Участники внешнего круга начинают движение по часовой стрелке, а внутреннего – против. По сигналу ведущего (режиссера) участники останавливаются и поворачиваются лицом к партнеру из другого круга. Находящиеся во внешнем круге играют роли полицейских, дающих указания по движению своим партнерам во внутреннем круге, которые играют роли автомобилистов. Участники спонтанно продолжают ролевую игру в течение трех минут, затем в течение двух минут делятся с партнерами своими впечатлениями.

Группа опять начинает движение, затем по сигналу ведущего останавливается и повторяет процедуру выбора партнеров. На этот раз участники во внутреннем круге играют роли продавцов, старающихся что-то всучить «покупателям» из внешнего круга. Через три минуты участники прекращают игру и делятся впечатлениями.

В этом упражнении можно использовать и другие роли, например:

- родственников, которые долгое время не видели друг друга;
- человека, рассказывающего ничего не знающему другу о недавней смерти своей супруги (супруга);
- ребенка, получившего новую игрушку;
- молодого человека, впервые рассказывающего одному из родителей о своих гомосексуальных наклонностях.

В конце упражнения группа обсуждает свои впечатления, делится чувствами и реакциями на разные роли. Некоторые роли имеют большое эмоциональное значение для участников.

Техника «Монолог с двойником»

Это упражнение помогает развить спонтанность и дает возможность

попрактиковаться в умении быть двойником. Оно может также дать материал для психодраматического представления.

Кто-то вызывается встать в центр группы и произнести монолог. Ведущий дает ему инструкции: «Начинайте говорить о своих мыслях, эмоциональных переживаниях, чувствах. Не произносите речь, а просто излагайте вслух свои мысли. Можете свободно двигаться по комнате. Представьте, что вы тут один».

Через несколько минут другой член группы по своей инициативе подходит и, не прерывая действия, встает позади произносящего монолог, принимая его позу и повторяя его движения. Ведущий: «Постарайтесь представить чувства и мысли произносящего монолог. Не мешайте течению его речи. Вы можете начать повторять каждую фразу непосредственно после того, как ее услышите, а затем постепенно интуитивно постигайте невысказанные мысли и чувства. Обязательно копируйте невербальное поведение произносящего монолог. Через несколько минут пусть вас заменит другой участник. Каждый член группы должен иметь возможность хотя бы один раз поработать двойником».

Техника «Создание скульптуры семьи»

Упражнение используется в психодраматических группах для исследования семейных взаимоотношений. Оно также позволяет исследовать сложности в отношениях между членами семьи и дает полезный материал для дальнейших занятий.

Один из участников добровольно вызывается создать живую картину своей семьи. Ведущий дает ему следующие инструкции: "Выберите участников, которые имеют сходство с членами вашей семьи. Включите в свою семью всех, кто жил с вами, пока вы росли. Расположите членов семьи в характерных для них положениях. Создайте сцену, которая изображает какой-то момент взаимоотношений в вашей семье. Например, вы можете расположить свою семью вокруг обеденного стола или воссоздать случай из жизни семьи, имеющий для вас особое значение. Проинформируйте участников, занятых в создании скульптуры, о каждом члене семьи. Используйте дистанцию, чтобы отразить взаимоотношения членов семьи друг с другом. Обязательно включите в сцену себя как члена семьи. Вы можете попросить кого-нибудь из группы изображать вас, пока вы ставите сцену.

Когда сцена поставлена, сообщите каждому участнику фразу, характеризующую данного члена семьи. Затем попросите участников поделиться с группой своими чувствами. Обязательно поделитесь тем, что вы чувствовали в процессе упражнения".

Техника «Замена ролей»

Упражнение помогает увидеть новые перспективы и научиться ценить различия между людьми. Этому способствует переживание полярности разных ролей и точек зрения.

Замена ролей – это обмен ролями между двумя участниками психодрамы, когда они, уже получив некоторый опыт взаимодействия друг с другом, пытаются влезть «в шкуру» другого, «вынуть свои глаза и вставить себе чужие», как писал Морено в своем стихотворении, а потом взаимодействовать так, как будто каждый из них превратился в партнера, тщательно стараясь изобразить другого и возвращаясь, если это необходимо, в собственную роль, чтобы уточнить и улучшить свой портрет, изображаемый партнером.

Техника замены ролей существует в трех вариантах.

Классическая замена ролей – два участника группы обмениваются ролями, так что протагонист играет вспомогательного игрока, и наоборот. Например, двух спорящих игроков меняют местами и просят продолжить спор, но с точки зрения партнера. Вернувшись в собственную роль, они могут подправить или детализировать свой портрет, который им был представлен.

Неполная замена ролей – протагонист играет роль реального, но отсутствующего в данный момент человека. Например, мать исполняет роль дочери, которая не входит в группу, а роль матери играет вспомогательный игрок.

Социодраматическая замена ролей – протагонист играет роль отвлеченного или фантастического персонажа, например обобщенного другого, снежного человека, Бога, злой колдуньи, идеальной матери, неопытного учителя и т. п.

«Разогрев» вспомогательного игрока

Для замены ролей необходимо, чтобы игроки усвоили особенности человека, которого они изображают, историю его жизни, взгляды на мир, манеры и даже обороты речи. Этого нелегко добиться сразу, без репетиций, с людьми, которые не являются профессиональными актерами. По мнению специалистов – начиная с самого Морено, – профессиональный актерский опыт может тут скорее повредить, нежели помочь. Для «разогрева» вспомогательного игрока, которому предстоит сыграть роль значимого для протагониста лица, протагонист встает за его спиной, кладет обе руки ему на плечи и произносит монолог от лица этого человека.

Другой вариант разогрева – протагонист не рассказывает о роли, а разыгрывает ее, показывая ее в лицах. Такая замена ролей может

осуществляться многократно на протяжении психодрамы, для того чтобы вспомогательный игрок понял, какого рода воздействие этот человек оказывал на протагониста и как именно это происходило.

«Техника стульев»

Вместо молчаливого вспомогательного игрока роль значимого человека, людей или частей личности приписывают пустому стулу (или стульям).

Стул служит как бы нейтральным вспомогательным игроком, ему легко высказать, что угодно, на него можно спроецировать любое содержание, при этом на участников не воздействуют личностные характеристики живых игроков. Со стулом можно многократно меняться местами, стулья позволяют дать выход эмоциям, их можно толкать, бить, обнимать, пинать.

Эта техника полезна при работе с детьми, а также взрослыми, чувствительными к присутствию реальных вспомогательных игроков. Режиссер обычно стоит за стулом и задает вопросы, касающиеся данной ситуации, чтобы облегчить проецирование. С этой же целью можно использовать имена, например «Агр» для агрессии, «Сно» для снобизма и т. п. Режиссер показывает, какое поведение характерно для стульев с этими именами, он передвигает стулья, устанавливает эмоциональный тон и задает вопросы по поводу происходящего, стимулируя групповую дискуссию.

«Технику стульев» можно использовать и в тех случаях, когда участник выражает две и более противоборствующие тенденции в какой-либо межличностной ситуации. Стулья используются для того, чтобы представлять собой каждую из альтернатив. Протагонист принимает на себя разные роли, садясь на разные стулья, а режиссер интервьюирует его в каждой из ролей. Эта техника помогает протагонисту принимать важные решения.

Пустые стулья используются в психосинтезе, гештальт-терапии, транзактном анализе и других видах психотерапии. Так, например, в ТА на пустой стул обычно садится «Свинья», особое эго-состояние, которое мучит человека, не позволяя ему делать то, что он хочет, и заставляя делать то, чего он не желает.

«Идеальный другой»

Это один из вариантов техники замены ролей. Существующий в действительности значимый для протагониста человек заменяется фантастическим образом значимого человека, которого в реальности никогда не было, но которого он хотел бы видеть возле себя. Эта техника

обычно применяется на стадии завершения психодрамы для снижения напряжения.

Морено считал замену ролей движущей силой психодрамы: часто больше всего учишься тогда, когда играешь чужую роль. До сих пор, однако, не найдено объяснение тому факту, что игрок склонен менять взгляды в сторону сыгранной роли, если она была противоположна его собственной, и в сторону от нее, если она была близка к его собственной роли.

Техника «Дублирование»

Вспомогательный игрок вербализует мысли и чувства, которые протагонист, возможно, затрудняется выразить. Обычно двойник стоит рядом с протагонистом либо за его спиной, с тем чтобы внимательно наблюдать за его невербальными проявлениями. Время от времени дублер вслух высказывает свои догадки по поводу того, что чувствует, о чем думает и что собирается сказать протагонист. Последний может изменить высказывания дублера, дополняя и уточняя их.

Иногда режиссер вначале сам показывает, как можно дублировать протагониста. Встав сзади и положив ему правую руку на правое плечо, он высказывается за него от первого лица.

Протагонист должен ответить, насколько высказывания дублера совпадают с его истинными мыслями и чувствами.

В дальнейшем режиссер в те или иные моменты психодраматического действия, которые ему кажутся подходящими для дублирования, может спросить у членов группы: «Кто-нибудь хочет продублировать?» Желающий подходит к протагонисту, встает сзади и произносит высказывания от его имени. Сразу же после этого режиссер спрашивает протагониста: «Это так?», протагонист отвечает, «да» или «нет», а также может добавить что-либо от себя (его высказывания не ограничивают ни по форме, ни по объему), а затем, независимо от его ответа, дублеру разрешают снять свою руку с плеча протагониста и сесть на место.

Возможность дублирования предоставляют всем желающим последовательно, одному за другим, пока протагонист не согласится с каким-либо высказыванием. В дальнейшем дублирование может происходить спонтанно: в тот момент, когда кому-либо из участников группы покажется, что он мог бы дать нужное для протагониста дублирующее высказывание, он может сам подойти к протагонисту, положить ему руку на плечо и сказать что-либо от его имени. Протагонист отвечает на это, оценивая достоверность высказывания, и затем дублер снимает свою руку с плеча протагониста и садится на место, независимо от

того, какой ответ дал протагонист.

Задача двойника – дать протагонисту необходимую поддержку через эмпатическое общение. Таким образом, двойник стимулирует и поддерживает протагониста, помогает ему своими предположениями и интерпретациями.

«Множественные двойники»

Это еще один вариант техники дублирования, где вспомогательные игроки представляют два и больше аспектов личности протагониста: скажем, один – самоуверенного коммерсанта, другой – забитого мужа, третий – разгневанного отца.

Главная цель этой техники – прояснить дилемму протагониста. Этот вариант напоминает одну из техник психосинтеза, в которой протагонист сам выделяет свои субличности: жизненные роли, цели, намерения и актуальные желания, а затем вспомогательные игроки, исполняющие роль каждой из субличностей, окружают протагониста и начинают убеждать его в своей нужности и важности, «бороться» между собой за место и время, которое протагонист им выделяет, за право притягивать к себе активность и энергию протагониста и т. п.

Техника «Зеркало»

Вспомогательный игрок проигрывает какие-то моменты поведения протагониста, а тот наблюдает, сидя в зрительном зале. Иногда какая-либо характерная черта или особенность протагониста может отражаться в зеркале в преувеличенном виде для того, чтобы он мог изучить ее тщательнее. Режиссер может специально настроить дублеров на то, чтобы они преувеличивали те эмоции, которые протагонист подавляет.

Техника зеркального отражения позволяет смоделировать новые виды поведения и показывает дисфункциональные аспекты старых. Она расширяет зону самопознания протагониста, демонстрируя ему, как его действия воспринимаются окружающими людьми.

Практически технику зеркала можно использовать много раз на протяжении одной сессии. Режиссер может попросить кого-либо из участников: «Встань рядом и покажи, как он это делает».

Техника «зеркала» может обескураживать протагониста, если ему и без того трудно сконцентрироваться на психодраматическом действии, либо он может просто ее не заметить, если глубоко вовлечен в действие. Вместе с тем «зеркало» эффективно фокусирует внимание зрителей на определенных аспектах поведения протагониста.

Эту технику можно использовать при любых формах групповой работы, если ее упростить. Например, условному протагонисту можно

предложить выполнять какие-либо двигательные упражнения или просто движения, а «зеркало» должно точно и мгновенно воспроизводить все эти движения. У протагониста возникает ощущение концентрации внимания другого участника на нем, ощущение связи с другим человеком и значимости своих действий. Эффект усиливается, если протагонист двигается в «галерее зеркал», где его движения повторяют сразу многие участники.

Техника «Монолог»

Протагонист вербализует свои мысли и чувства вслух перед зрителями. Он выходит из разыгрываемой в данный момент сцены и произносит монолог о том, какие внутренние реакции та у него сейчас вызывает. Обычно ему предлагают говорить о своих проблемах, расхаживая по сцене. Монолог можно использовать как для разогрева протагониста, подготовки его к трудной работе, так и для его успокоения.

Вариант этого упражнения – «В сторону». Режиссер останавливает действие, когда видит в том надобность, и спрашивает протагониста, какие мысли и чувства тот сейчас переживает.

Эта процедура используется в тех случаях, когда протагонист боится говорить о своих мыслях и чувствах прямо. Проговаривание мыслей вслух позволяет участнику отстраниться от эмоциональных реакций и сформировать новый взгляд на свою проблему. Эта техника способствует инсайту и когнитивной проработке проблемы.

Техника «Психодраматический бодибилдинг»

Протагонист выбирает игроков для исполнения ролей различных частей своего тела. Режиссер ведет интервью с протагонистом, временно принимающим на себя роли каждой из этих частей, стараясь определить, как эта часть функционирует и влияет на все остальное тело. Например, режиссер задает «частям тела» такие вопросы:

- Что ты обычно делаешь для этого тела?
- Ты активна?
- Тебя замечают?

Опросив одну часть, режиссер переходит к другим, пока не будет построено все тело. Когда тело готово, протагониста просят отойти в сторону и наблюдать, как взаимодействуют разные его части. Затем режиссер предлагает протагонисту найти те элементы, которые его не удовлетворяют, и перестроить картину для достижения большей гармонии. Можно также разыграть ситуацию, в которой части будут действовать совсем по-иному. На стадии обмена чувствами внимание концентрируется на телесных ощущениях и нарушениях.

Техника «Самореализация» Членам группы предлагают представить себе свои жизненные планы, а затем эти планы инсценируются с помощью вспомогательных игроков.

Техника «Дух дома»

Техника позволяет выявить неосознаваемую атмосферу родительского дома и высвободить сохранившиеся ощущения от этой атмосферы.

Участники на короткое время визуализируют атмосферу, характерную для родительского дома. Им предлагают расслабиться и вернуться в то время, когда они жили в родительской семье. Они должны постараться мысленно представить свои семьи как можно ярче: где в доме они находятся, как выглядят, какая царит атмосфера и пр.

На роль протагониста приглашают человека, который максимально разогрет. Надо попросить его выбрать участников группы, которые будут исполнять роли членов семьи, домашних животных и пр., а также человека, который будет играть протагониста. Протагонист указывает местонахождение и положение каждого члена семьи, придает им наиболее характерные позы и выражение лица. «Вспомогательные Я» замирают в этих позах.

Протагонист проходит вокруг «скульптур», рассматривая их и переживая те чувства, которые они вызывают. Затем он берет на себя роль «духа дома», произнося: «Я дух этого дома и...». В этот момент он может высказать все, что ему хотелось бы сказать о неосознаваемых настроениях, царивших в родительском доме. Он может встать перед любым из действующих лиц, включая самого себя, и продублировать, что происходит у того внутри. В конце протагонист от имени «духа дома» говорит все, что ему кажется правильным.

Затем происходит обмен чувствами.

Вариации

Эту технику можно использовать для разогрева перед семейной психодрамой или в качестве самостоятельного упражнения с обсуждением в конце. Его также может выполнять один протагонист, выступающий с монологом от имени «духа дома» (психодрама вдвоем).

Техника «Семейные правила»

Цель – довести до сознания непроговариваемые семейные правила и проанализировать их. В данном случае основное внимание должно быть направлено на семейные правила, связанные с питанием.

Каждый член группы должен приготовить бумагу и две ручки разного цвета. Ведущий, начиная разогрев, говорит: «Закройте глаза и погрузитесь в воспоминания своего детства и юности, оживите чувства, связанные с

семьей, или мысленно нарисуйте образы дома, которые вам кажутся важными».

После этого участники открывают глаза и им дается инструкция: "Одним цветом запишите семейные правила, которые декларировали вслух в вашем доме, например: «Мы – хлебосольные хозяева» или «Все, что лежит на тарелке, должно быть съедено».

Ведущий продолжает: «Другим цветом запишите правила, которые оставались „подразумеваемыми“, правила, которые молча принимались всеми в семье, – их никогда не формулировали вслух, но никогда и не нарушали».

В конце происходит обсуждение правил с доверенным лицом или группой.

Вариации

Эту технику можно использовать для разогрева перед семейной психодрамой. Можно также предложить участникам группы выделить третьим цветом правила, по которым они живут в настоящее время и которые активно передают своей семье или друзьям.

Техника «Двойные послания»

Техника позволяет обнаружить несовместимые послания и ожидания, которые передавали родители, и выявить их двусмысленность. Дисфункциональные семьи, стремящиеся создать впечатление «благополучного дома», склонны ожидать от детей того, что в собственном поведении взрослых отсутствует; в результате дети вынуждены нести на себе эмоциональный груз – убеждать окружающих в том, что в семье все замечательно.

Моделирование – наиболее эффективный способ формирования поведения. Поэтому дети, которые бессознательно моделируют поведение родителей, но от которых требуют иных форм поведения, испытывают стресс и чувствуют внутреннюю раздвоенность. Дети часто «отзеркаливают» родителям их собственное поведение, а затем родители бессознательно пытаются корректировать в детях то, что они сами не в состоянии заметить или исправить в своем поведении.

Участники берут ручку и бумагу и выполняют упражнение «Семейные правила» по следующей инструкции: "Схематически изобразите собственную фигуру и расположите вокруг нее фигуры других людей из вашей родительской семьи: бабушек и дедушек, других родственников, домашних животных – всех, кого вы считаете нужным включить.

Спросите себя: «Что ожидали от меня в семье?» И запишите правила, которые транслировались родителями, бабушками и дедушками или

любыми другими семейными фигурами. Затем подчеркните правила, по которым ваши родители жили сами и исполнения которых ожидали от вас. Теперь подчеркните правила, выполнения которых родители и другие семейные авторитеты ожидали от вас, но по которым сами не жили". После этого участники делятся полученной информацией с доверенным лицом или группой.

Техника «Бессознательные семейные послания»

Техника позволяет осознать послания родительской семьи (как негативные, так и позитивные), которые усваиваются на бессознательном уровне, что позволит их проработать и при желании отбросить. Бессознательные послания, которые усваиваются некритично, как единое целое, имеют огромную власть над человеком. Они воспринимаются как истины, которые тот открыл самостоятельно. Необходимо понять эти послания и освободиться от них.

Участники берут бумагу и ручки. Им предлагают схематически в виде рисунка или символа изобразить самих себя; они могут использовать и свою детскую фотографию. Ведущий дает следующую инструкцию: "Вокруг изображения или над ним запишите все семейные послания: те, которые открыто декларировались; те, которые не произносились вслух; а также те, которые просто витали в воздухе.

Затем на другом листе бумаги напишите несколько предложений о том, как эти послания реализовывались вами во взрослой жизни.

Теперь кратко запишите, как вы реализуете эти послания на бессознательном уровне в вашей собственной жизни, как передаете их другим людям. Как они влияют на ваше восприятие других и на то, как другие люди воспринимают вас".

После этого участники делятся полученной информацией с доверенным лицом или с группой.

Упражнение «Чувства, которые мы принимаем»

Техника позволяет понять, какие чувства отрицали другие члены семьи, и отделить собственные подлинные чувства от тех, которые демонстрировались вовне для других людей.

Когда авторитетные члены семьи, такие как родители, отрицают свои чувства, скажем, стыд, злость или влечение, отказываясь открыто признаться в них самим себе или другим, эти чувства тем не менее присутствуют в самой атмосфере дома. В ситуации, когда кто-то не берет на себя ответственность за свои чувства, другие люди могут принимать их как свои собственные — это один из аспектов «созависимости» и «смешения». Диаграммы, полученные при выполнении этого упражнения,

показывают, каким образом в дисфункциональных семьях возникает запутанность, а также насколько трудна задача сепарации и взросления. В таких семьях, во-первых, трудно понять, какие чувства кому принадлежат; во-вторых, трудно отделить себя от того, что представляет собой бесформенную массу.

Участники берут бумагу и ручки. Сначала проводится «разогрев» с помощью направленного воображения (медитативный разогрев), что позволяет участникам окунуться в атмосферу родительского дома. Затем они с помощью простого рисунка, символа или просто перечисления имен изображают членов родительской семьи, включая самих себя. Около каждого члена семьи они пишут чувства, которые, как им кажется, тот человек переживал, но в которых не признавался или которые отрицал. Ручкой другого цвета они проводят линию от человека, отрицающего свои чувства, ко всем людям, которые чувствовали это «за него», а затем называют это чувство словами и записывают их в конце линии. После этого участники делятся полученной информацией с доверенным лицом или с группой.

Техника «Жизненные уроки, извлеченные из семейного опыта»

Техника позволяет увидеть осознанные и неосознанные соглашения, принятые в семье, а также понять, как эти соглашения по-прежнему практикуются в семье (если это происходит).

Участники закрывают глаза и погружаются в свое прошлое, позволяя сценам сменять одна другую. Ведущий дает им следующую инструкцию: «По мере того как эти сцены разыгрываются в вашем воображении, делайте мысленные заметки, какие уроки вы извлекли относительно того, как функционирует ваша семья».

Затем участники берут бумагу и ручки. Ведущий говорит: «На листке бумаги коротко запишите тот урок, который можно вывести из этой сцены. Например: „Подготовь себя ко всему, что может произойти в будущем“; „Не обращай внимания на боль и сохраняй спокойное лицо“; „Мы интеллигентные люди, мы хорошо относимся к окружающим“ и пр.».

Далее участники берут два листа бумаги и на первом сверху пишут заголовок «Неявные или бессознательные», на втором – «Проговариваемые или осознанные». Соответственно, на первый листок заносят не проговаривавшиеся уроки, а на второй – осознанные.

Затем ведущий просит их просмотреть свои записи и подчеркнуть те соглашения, которым они следуют и сегодня. Ведущий добавляет: «На отдельном листе бумаги кратко запишите ситуации из вашей нынешней жизни, в которых эти соглашения реализуются».

Далее существует ряд возможностей:

А. Построить психодраму вокруг ситуации, в которой соглашение впервые было осознано. Можно выбрать любое соглашение, в отношении которого протагонист в достаточной степени разогрет.

Б. Положить воображаемое соглашение на пустой стул и разговаривать с ним, обмениваясь ролями, или выбрать кого-нибудь для исполнения роли соглашения и вести с ним диалог.

В. Разбиться на небольшие группы или пары и обсудить свои записи.

Г. Написать письмо к соглашению, которому участник хотел бы сказать «прощай», описать свои чувства относительно него, объяснить, почему надо от него избавиться.

При любом варианте в конце следует обсудить упражнение в группе.

Техника «Семейные соглашения»

Техника позволяет выявить явные и неявные соглашения относительно членов семьи и превратить бессознательные соглашения в сознательные.

Непроговариваемые соглашения, которые имели большую власть в прошлом, могут действовать и во взрослой жизни. Например, семья считала, что старший ребенок самый сообразительный.

В результате остальные дети могут всю жизнь чувствовать, что они недостаточно умны. Семья, какой бы маленькой она ни была, представляет для ребенка весь мир; таким образом, роли и характеристики, которые в неявной форме приписывают человеку в детстве, определяют его восприятие самого себя. Поэтому участнику важно понять, какие контракты, заключенные в его детстве между членами родительской семьи, он перенес и в свою взрослую жизнь.

Участники берут бумагу и ручки. Лист делится на две части, заголовок к первой половине – «Проговариваемые», ко второй – «Непроговариваемые». Ведущий дает инструкцию: "Поместите себя на бумаге там, где вам захочется, вместе с теми людьми, с которыми у вас складывались значимые отношения.

Используйте кружки для обозначения женщин и треугольники для обозначения мужчин. Разместите эти символы таким образом, чтобы показать отношения этих людей друг с другом, напишите их имена внутри символов и коротко запишите проговариваемые и непроговариваемые соглашения".

После этого участники делятся полученной информацией с доверенным лицом или с группой, пытаясь выяснить, каким образом эти соглашения работают сейчас.

После выявления соглашений, которые участникам не нравятся,

возможно, они захотят заменить каждое старое соглашение новым. Например, соглашение «Моя сестра симпатичная, а я сообразительный» можно переписать следующим образом: «Моя внешность меня вполне устраивает, и я уважаю мой собственный интеллект и интеллект других».

Техника «Если бы стены могли говорить»

Техника позволяет прояснить атмосферу, царившую в родительском доме, и получить доступ к непроговариваемым чувствам.

Участники закрывают глаза и «входят внутрь дома», в котором жили в детстве. Ведущий дает им следующие инструкции: "Позвольте образам детства всплыть на поверхность вашего сознания. Пусть воображение ведет вас в любую из комнат. Позвольте любым образам или чувствам овладеть вами и постарайтесь просто погрузиться в них.

Используйте образ стены, которая может говорить. Говорите так, как будто вы и есть эта стена, и опишите все то, что вы видите и что происходит. Опишите это на листке бумаги".

После этого участники делятся записанным с доверенным лицом или с группой.

Это упражнение можно выполнять в разных комнатах, и каждый раз результат будет иным. Можно также в воображении сесть в машину или побыть в другом доме. Некоторые места хранят счастливые и безопасные воспоминания, тогда как другие – несчастные или травматические; в равной степени важно воспроизвести их все. Если какому-либо предмету есть что сказать, можно произнести монолог от его имени.

Это упражнение может также служить разогревом перед психодрамой. Выбранный предмет или стену помещают на пустой стул и используют обмен ролями, можно также выбрать человека для исполнения их роли.

Техника «Описание подтекстов»

Техника позволяет выразить скрытые мотивы и чувства или атмосферу в доме, а также понять послания, которые были усвоены protagonистом в детстве.

Ведущий дает следующие инструкции: "Закройте глаза, расслабьтесь, отрегулируйте дыхание и дайте свободу вашему воображению и памяти. Представьте себе сцену, и пусть на ней разыграется ситуация, в которой то, что лежало на поверхности, сильно отличалось от того, что люди переживали внутри. В тот момент вы почувствовали, что внутреннее и внешнее не синхронизировано, и это заставило вас «не верить своим глазам» или почувствовать себя в изоляции.

Посмотрите на сцену. Посмотрите на лица и позы героев и послушайте, что они говорят.

Посмотрите на себя в этой сцене и позвольте себе погрузиться в те чувства, которые она порождает.

Слабый голос внутри вас пытается что-то сказать. Прислушайтесь к этому голосу и обратите внимание на то, что он говорит. Сделайте так, чтобы этот голос стал громче.

На листе бумаги запишите все, что говорит этот голос, неважно, имеет ли это какой-либо смысл или нет. Запишите то, что вы слышите, не пытаясь редактировать или вносить коррективы. Просто зафиксируйте, что говорит голос".

После этого участники делятся записанным с доверенным лицом или с группой.

Это упражнение можно выполнять индивидуально или на группе, но в любом случае затем необходимо прочитать написанное вслух. Тут можно использовать мягкую негромкую музыку или приглушить свет. Если это психодраматическая работа, протагонист может прочитать полученный материал выбранному им лицу из своего прошлого и представить это лицо с помощью пустого стула или монолога. Затем он может произвести обмен ролями и дать этому лицу возможность ответить.

Техника «Родительская проекция»

Техника позволяет выявить родительскую проекцию и идентифицировать слепые пятна в отношениях с родителями.

Сначала ведущий предлагает участникам вчувствоваться в те характеристики родителей, которые, как им кажется, они несут в себе. Речь может идти о тех аспектах личности, которые пугают или заставляют страдать, либо, напротив, о тех аспектах, которые помогают чувствовать себя хорошо.

Далее члены группы в течение двух-трех минут «показывают» одного из своих родителей в свободной манере. Затем группа некоторое время обсуждает эту демонстрацию.

После этого членам группы предлагают еще раз выполнить это упражнение, изобразив того же или другого родителя. После второго раунда группа снова обменивается мыслями и чувствами, которые они вынесли из показа. Что они пережили, выполняя это упражнение повторно?

Для некоторых членов группы это упражнение может стать разогревом перед психодрамой, посвященной их родителям. Для этого они могут выбрать остальных актеров на роли своих родителей или берут эту роль на себя, предложив кому-нибудь сыграть их самих.

В любой момент эти маленькие эпизоды могут перерасти в объемные сцены, при условии, что протагонист захочет пойти этим путем с

одобрения группы. Это полезно и для зрителей, поскольку все люди в той или иной степени несут внутри себя проекции своих родителей. Проигрывание проекций позволяет взглянуть на свои интериоризации и отнестись к ним критически или одобрительно.

Еще один вариант – это взглянуть на жизненную ситуацию «глазами родителя», дабы понять, как думают родители. Это можно сделать вербально или психодраматически, с помощью интервью. Можно просто описать такую ситуацию, разыграть соответствующую сцену или использовать иную технику из описанных выше.

Техника «Семейные боги»

Упражнение позволяет игровым способом идентифицировать семейные идеалы и посмотреть, какую роль они играют в жизни человека.

Семья часто приписывает определенные функции или роли своим членам. В деструктивных семьях подобные идентификации слишком жестко фиксированы, так что члены семьи начинают чувствовать себя носителями определенных качеств. В такой семье отсутствует гибкость, необходимая для естественной перемены ролей на разных стадиях жизни. Поскольку члены семьи пытаются сохранить стабильность и избежать хаоса, семья становится ригидной.

Участники готовят бумагу, ручки и цветные карандаши. Ведущий дает инструкцию: "Закройте глаза и вспомните те моменты, которые идеализировала ваша семья. Что это было: работа, популярность, мозги, успех, физическая сила, красота, власть, жертвенность, неудача?

Теперь, используя символы, слова или разные цвета, изобразите или опишите различных богов и божков, которым поклонялась ваша семья.

Рядом с тем, что вы написали, попытайтесь определить, кто был хранителем каждого идеала, чья задача состояла в том, чтобы проводить этот идеал в жизнь или представлять интересы семьи, воплощая данные характеристики. Возможно, носителем того или иного идеала служил один человек, а возможно – несколько. Запишите их имена в соответствующих местах.

Теперь определите, как вы лично относились к каждому идеалу, какую роль он сыграл в вашей жизни".

Затем участники обсуждают полученные диаграммы и свои чувства в маленькой группе или в парах. Кроме того, можно поставить психодраму, используя членов группы или пустые стулья для исполнения различных ролей.

Техника "Дневник «Семейных богов»

Техника позволяет понять, каковы были главные устремления семьи, и

обмениваться ролями с другими членами семьи.

Сначала участники выполняют упражнение «Семейные боги» (см. выше). Затем им предлагают сделать запись в дневнике от имени каждого бога и божка, от первого лица в шутливом тоне. Например: «Я божок красоты, и я живу в мечтах Маши. Она поклоняется мне с помощью журналов, клипов, групп».

Участники могут обсудить эти записи в парах, подгруппах или в группе.

Вариант: каждый участник может представить группе портрет одного из божков. Протагонист может использовать пустой стул, чтобы представить себя группе от имени божка, встать перед стулом и выразить свое отношение к данной персоне. После этого можно произвести обмен ролями.

Техника «Родительская психодрама»

Техника позволяет понять своих родителей и их эмоции, играя их роли, и выявить межпоколенческие черты, которые передаются от родителей ребенку.

Такая психодрама дает участнику возможность почувствовать, какой жизнью жили его родители. Тут возникает много возможностей для понимания родителей, для прощения и освобождения от застарелых травм. Эта игра также помогает пройти стадию отделения. Тот же процесс можно осуществить для дедушки или бабушки, брата или сестры либо кого-то еще, кто оказал влияние на жизнь.

Участники делятся своими чувствами относительно жизни своих родителей, выбирая для обсуждения те моменты, которые они считают особенно острыми. Им следует подумать о том, что, по их мнению, было незаконченным делом родителей. Далее они обращают внимание на те аспекты незаконченного дела, которые особенно повлияли на них самих – либо потому, что передали им родительскую боль, либо потому, что они интериоризировали некоторые характерологические черты этого родителя.

Затем протагонист приглашает для исполнения своей роли члена группы, который достаточно разогрет (или использует пустой стул), а сам играет роль родителя. Он также выбирает из членов группы исполнителей других ролей в разыгрываемой сцене. По ходу действия родительской психодрамы протагонист обменивается ролями с другими участниками.

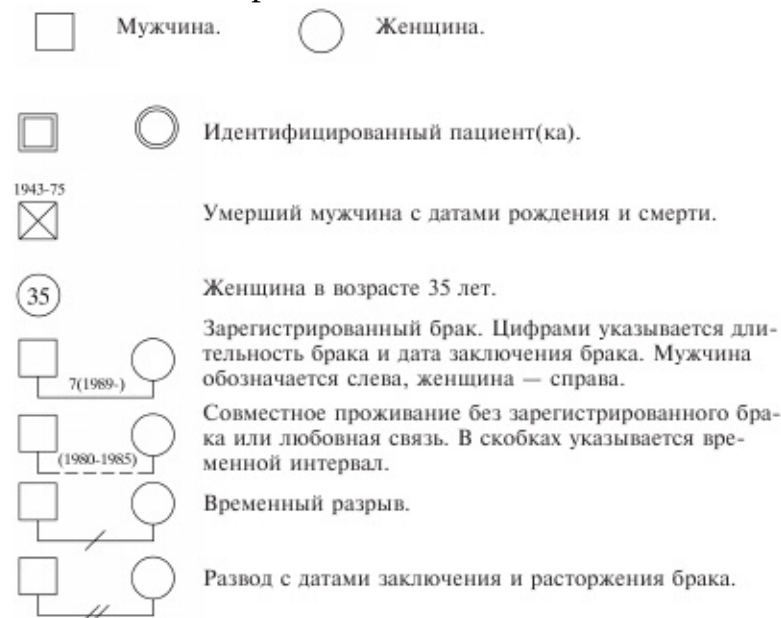
Протагонист должен закончить сцену в любой момент, когда почувствует, что она закончена. Можно предложить протагонисту, исполняющему роль одного из родителей, вести себя так, как протагонисту хотелось бы, чтобы родитель вел себя в его детстве. Это корректирующее

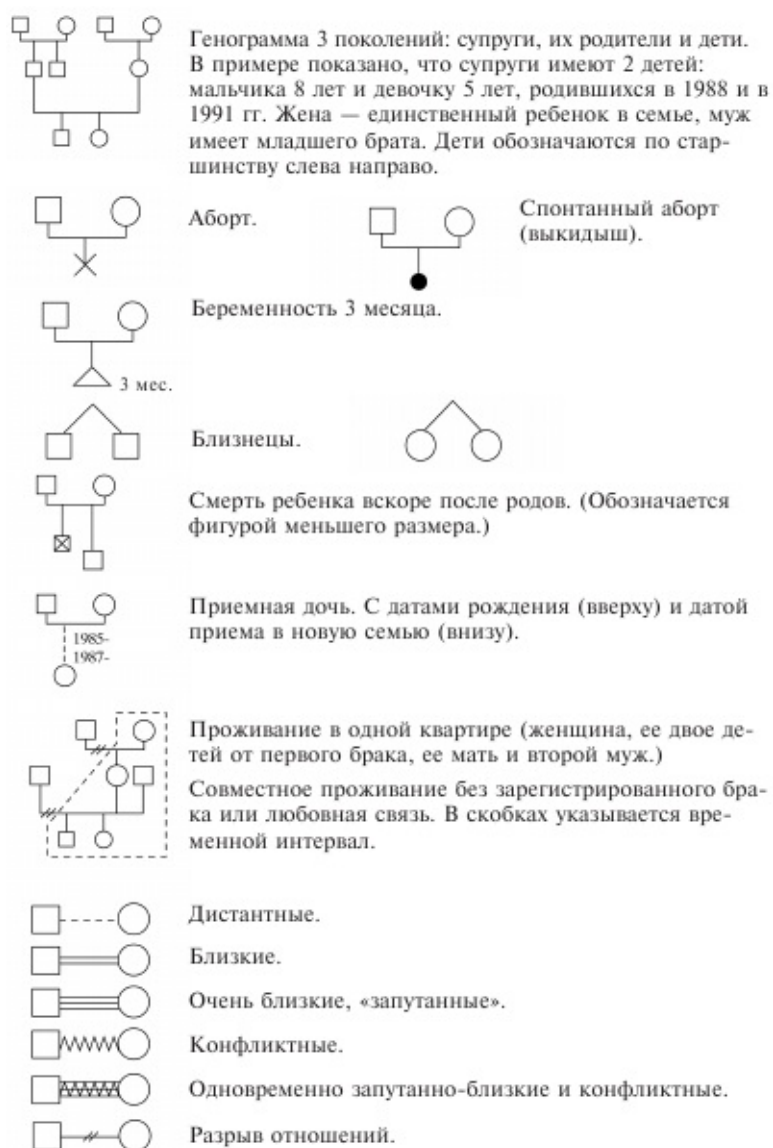
переживание. Тут также полезен обмен ролями.
Затем вся группа обсуждает пережитое в процессе упражнения.

Техника «Генограмма семьи»

Семейную историю удобно исследовать с помощью техники генограммы (McGoldrick, Gerson, 1985). Генограмма представляет собой форму семейной родословной, на которой записывается информация о членах семьи, по крайней мере в трех поколениях (Bowen, 1978; Carter et al., 1977; Guerin, Pendagast, 1976; McGoldrick, 1977; Pendagast, Sherman, 1977; Brandt, 1980). Генограммы показывают семейную информацию графически, что позволяет быстро увидеть сложные семейные паттерны, и являются богатым источником гипотез о том, как клинические проблемы могут быть связаны с семейным контекстом и развитием. Кроме того, генограмма является кратким резюме и позволяет терапевту, незнакомому со случаем, быстро воспринять большое количество информации о семье и получить представление о ее потенциальных проблемах.

Генограмма, в отличие от других форм исследовательской записи, позволяет постоянно вносить в нее изменения при каждой встрече с семьей. Она дает возможность терапевту держать в голове большое количество членов семьи, их взаимоотношения и ключевые события семейной истории.





На генограмме рядом с теми лицами, к которым это относится, может коротко помечаться и другая важная информация: имена, образование, род занятий, серьезные заболевания, местожительство на настоящий момент и т. д.

Рис. 3.5. Основные обозначения генограммы

Генограмма не является тестом и не содержит клинических шкал. Скорее она представляет собой субъективный инструмент для создания клинических гипотез и анализа семейной истории.

Системный подход предполагает, что люди организуют свое поведение внутри семьи в соответствии с поколением, возрастом, полом, структурными и коммуникативными параметрами системы. Структура родительской семьи оказывает влияние на паттерны взаимоотношений и тип семьи, которую создает следующее поколение.

Системный подход позволяет объединить текущий и исторический контекст семьи. «Течение тревоги» в семейной системе происходит как вдоль вертикального, так и вдоль горизонтального направлений. «Вертикальный» поток исходит от паттернов функционирования и взаимоотношений, которые исторически переходят вниз по поколениям, главным образом через процесс эмоционального триангулирования. «Горизонтальный» поток проистекает из текущих стрессов семьи, двигающейся по времени, из попыток справиться с неизбежными изменениями, неудачами и переходами в жизненном цикле.

Стрессоры на вертикальной оси могут создавать добавочные проблемы, так что иногда даже маленький горизонтальный стресс оказывает значимое воздействие на систему. Например, если у молодой матери остается много нерешенных проблем со своей матерью (вертикальная тревога), ей особенно трудно иметь дело с обычными проблемами воспитания (горизонтальная тревога).

Генограмма помогает терапевту проследить «течение тревоги» через поколения и пересечение ее с текущим семейным контекстом.

Существуют некоторые основные категории, используемые семейным терапевтом при анализе семейной истории.

Порядок рождения, пол и разница в возрасте между детьми в семье

Модели поведения людей во многом определяются тем, были ли они старшими, средними, младшими или единственными детьми в семье. Люди, занимающие одинаковое положение в родительской семье по порядку рождения, имеют весьма близкие паттерны поведения в собственной семье.

Существует ограниченное число возможных ролевых позиций в семье в зависимости от количества детей, их пола и промежутка между их рождением. И хотя в настоящее время модели поведения, связанные с порядком рождения, претерпевают изменения вследствие социальных перемен, контроля над рождаемостью, женских движений, большого числа повторных браков, можно говорить о некоторых устойчивых различиях в ролевых позициях детей. Опишем коротко эти характеристики и их влияние на супружеские взаимоотношения.

Старшему ребенку в семье обычно свойственны ответственность, добросовестность, стремление к достижениям, честолюбие. Он нередко берет на себя часть родительских функций, заботясь о младших детях в семье. Он может чувствовать себя ответственным за семейное благосостояние, продолжение семейных традиций, часто становится лидером. Рождение следующего ребенка лишает его исключительного

права на любовь и заботу матери и часто сопровождается ревностью к сопернику.

Младшему ребенку свойственны беззаботность, оптимизм, готовность принимать чужое покровительство. Для членов своей семьи он может так и остаться навсегда малышом. К его достижениям родители, как правило, относятся менее требовательно. Если старшие дети в семье не умирают или серьезно не болевают, он меньше посвящает себя продолжению дела семьи.

Средний ребенок может показывать характеристики как младшего, так и старшего, – или их комбинацию. Часто, однако, средний (но не единственный) ребенок вынужден бороться за то, чтобы быть замеченным и получить свою роль в семье.

Единственный ребенок оказывается одновременно самым старшим и самым младшим. В результате такие дети имеют многие свойства старшего ребенка, но могут сохранить в себе детские качества до зрелого возраста. Более чем какой-либо другой ребенок, единственный ребенок наследует характеристики родителя своего пола. Поскольку родители склонны возлагать большие надежды на единственного ребенка, как и на старшего, он обычно отличается в школе и в других областях, где важны достижения. Будучи центром внимания, единственные дети часто слишком тесно привязаны к родителям на протяжении всей жизни. Имея меньше возможностей для игры с другими детьми, такой ребенок нередко походит на маленького взрослого. Кроме того, он достаточно комфортно будет чувствовать себя в одиночестве.

Ребенок с особыми свойствами может не соответствовать типичным характеристикам. Второй ребенок может функционировать как старший, если имеет особые таланты или когда старший болен. С другой стороны, позиция ребенка в семье усиливается, если родитель того же пола совпадает с ребенком по порядку рождения.

Большое значение имеют установки родителей относительно пола ребенка. В большинстве культур предпочтение оказывают сыновьям. Старшая сестра в семье может принимать участие в воспитании младших детей и взять на себя часть родительских функций, в то время как следующий за нею брат берет на себя славу и груз родительских ожиданий. Исследования показывают, что, хотя значение сыновей уменьшается, семьи с одной девочкой вероятнее будут «продолжать попытки» кого-то еще родить, в то время как семьи, где есть только сын или сыновья, остановятся на меньшем количестве детей.

Что касается разницы в возрасте, то если она составляет более пяти-

шести лет, каждый из детей будет приближаться по своим характеристикам к единственному ребенку, хотя к ним будут добавляться некоторые качества той позиции, к которой он ближе. Например, старшая сестра, которая на восемь лет старше брата, будет скорее единственной дочерью, каковой она и была на протяжении восьми лет, но в ее поведении будут заметны и черты старшего ребенка. Чем меньше разница в возрасте, тем вероятнее, что дети будут сражаться за достижения. Например, если между старшим братом и младшей сестрой разница всего в год, то наступит время, когда он будет бояться соперничества девочки, чье развитие идет быстрее.

Для стабильного супружества большое значение имеет то, в какой мере в нем повторяется положение по порядку рождения, которое каждый супруг занимал среди братьев и сестер.

В связи с этим можно выделить комплементарный, некомплементарный и частично комплементарный браки.

В браке старшего и младшего детей супругам легче договориться и подстроиться друг под друга, так как они воспроизводят опыт взаимоотношений с братьями и сестрами (рис. 3.6). Они занимают в браке комплементарные позиции – один заботится, другой принимает заботу; один хочет ходить на работу, другой предпочитает оставаться дома и т. д. Их связь тем прочнее и продолжительнее, чем больше отношения обоих партнеров напоминают их положение в семье родителей («теория дубликатов»).

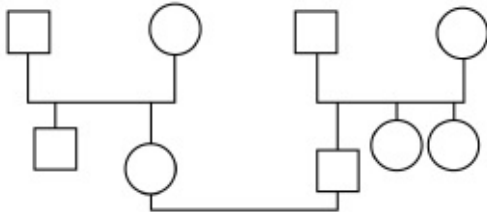


Рис. 3.6. Комплементарный брак младшей дочери и старшего сына

Некомплементарный брак – это брак партнеров с одинаковой порядковой позицией в родительской семье. При прочих равных условиях им требуется больше времени и усилий, чтобы договориться и действовать согласованно. Когда в брак вступают два старших ребенка, они могут бороться за власть и конкурировать во взаимоотношениях. Двое младших, наоборот, могут избегать ответственности и соревноваться, кто из них младше (рис. 3.7.).

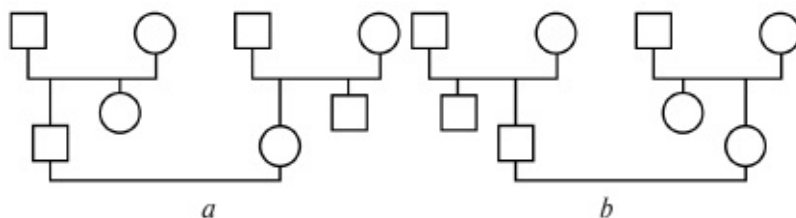


Рис. 3.7. Некомплементарный брак: а) двоих старших, б) двоих младших детей

Очень важный вопрос, был ли у супругов опыт взаимоотношения с лицами противоположного пола в родительской семье. Муж, который произошел из семьи, где все дети были мальчиками, будет, вероятно, воспринимать женщину как «чужеродное существо», и ему надо приложить больше усилий, чтобы понять свою жену, чем мужчине, который имел сестер (рис. 3.8.).

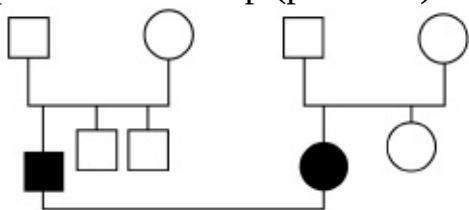


Рис. 3.8. Некомплементарный брак двух старших детей, осложненный трудностями из-за одинакового пола детей в семье

Следует различать идентичность и комплементарность. В первом случае речь идет об идентификации, во втором – о взаимодействии. Партнеры, которые занимали одинаковое положение среди братьев и сестер в родительской семье, легче узнают друг друга и быстрее достигают взаимопонимания. Например, младший брат или младшая сестра хорошо знают, что значит быть самым младшим по сравнению с другими детьми. Муж и жена, которые были старшими в семье родителей, хорошо знают, что такое уход за младшими и ответственность за них. Они легко понимают друг друга и при необходимости могут подменить один другого, но плохо сотрудничают. Партнеры идентичного типа сохраняют полное согласие в браке только тогда, когда они работают в разных областях, обеспечивают друг другу определенную свободу в личной жизни, имеют разные компании и воспитывают разных детей, например сыновей воспитывает отец, а дочерей – мать.

Частично комплементарные отношения устанавливаются в том случае, когда один или оба партнера в родительской семье имели несколько типов связей с братьями и сестрами, из которых по крайней мере одна совпадала с таковой связью партнера (рис. 3.9.).

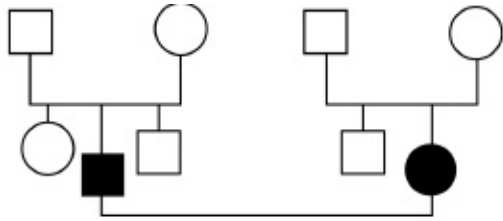


Рис. 3.9. Частично комплементарный брак

Единственные дети, в силу их большей привязанности к родителям, скорее будут искать в партнере черты отца или матери. Наилучший прогноз для таких людей представляет брак с партнером, имевшим младшего брата или сестру (например, муж, бывший единственным ребенком, и жена, имевшая младшего брата). Наихудший прогноз имеют браки, в которых каждый из супругов был единственным ребенком в семье.

Важно также отметить, что комплементарность брака не является абсолютной гарантией его стабильности. Необходимо соотнести этот параметр с характером взаимоотношений в родительских семьях супругов. Например, муж ожидает от жены заботы о нем, в то же время бунтуя против чрезмерной опеки, как это делал со своей старшей сестрой. Важной моделью являются также взаимоотношения родителей супругов.

Совпадение жизненных событий

К ключевым жизненным событиям в генограмме относят рождение, смерть, брак, развод и временное разделение, переезд, серьезные заболевания, изменения во взаимоотношениях, в карьере, смену места работы и учебы, серьезные неудачи и успехи и т. д. Часто на вид несвязанные события, происходящие в одно и то же время в семейной истории, системно соотносятся и имеют глубокое влияние на функционирование семьи. Не предполагается, что одно событие вызывает другое и служит его причиной, скорее речь идет о сочетании событий, которые могут влиять на развитие семейных паттернов. Исследуя семейную историю, терапевт отмечает время, когда семья испытывала нагромождение стрессов, влияние травматических событий внутри семьи и взаимосвязь семейного опыта с социальными изменениями.

Выделяются следующие 4 типа совпадений:

1. Совпадение важного жизненного события в семье с началом развития или обострения симптома у какого-либо ее члена. Типичным примером этого вида совпадения является возрастная агрессия ребенка после рождения младшего братика или сестренки.

2. Группирование важных жизненных событий в переходный между стадиями жизненного цикла период. В этот период семьи особенно уязвимы. Например, крах профессиональной карьеры отца может

наложиться на период между подростковым возрастом и фазой отделения ребенка от семьи и заметно ухудшить взаимоотношения отца с сыном, который пытается идти своим путем. Или долго откладывавшая свой брак женщина выходит замуж вскоре после смерти отца. В этом случае терапевту стоит исследовать взаимоотношения женщины с отцом. Важнейший вопрос, на который должен ответить себе терапевт, состоит в том, почему семья пришла к нему на прием именно сейчас, а не раньше или позже.

3. Реакция на годовщину и совпадение событий по типу «возрастного рубежа». Некоторые совпадения представляют собой реакцию на годовщину какого-нибудь важного или травматического события. Например, депрессивное настроение, возникающее в одно и то же время ежегодно, может совпадать с годовщиной смерти родителя, причем эта связь не всегда осознанная. К определенному возрасту у членов семьи может резко возрастать тревога. Так, у мужчины, отец которого умер от инфаркта в 40 лет, может развиваться страх смерти от сердечного приступа, когда он начинает преодолевать этот возрастной рубеж. Или женщина начинает особенно бояться развода, когда ее младшей дочери исполняется столько же лет, сколько было ей, когда семью покинул отец. Или такой пример. В консультацию обращается женщина с проблемным подростком тринадцати лет. В процессе интервью выясняется, что когда ей самой было тринадцать лет, у нее умерла мать. Возможно, она обращается за консультацией именно сейчас, так как сын приблизился к возрасту, в котором у нее самой отсутствует опыт общения с матерью.

4. Совпадение ряда событий с рождением ребенка может сделать его положение в семье особым. Так, на особое положение Зигмунда Фрейда в семье его родителей указывает ряд обстоятельств. В год его рождения умирает отец его отца, через год рождается и вскоре умирает брат, после чего в семье долгое время рождаются одни девочки. Кроме того, через пару лет после рождения Фрейда старшие сыновья отца от другого брака эмигрируют в Англию. Возможно, Фрейд стал для родителей заменой всех этих потерь. Напротив, ребенок, родившийся «не вовремя», когда семья не была к этому готова, может нести на себе печать скрытого отвержения. Внуки с симптоматическим поведением часто рождены в пределах двух лет от смерти прародителей. Стрессовые жизненные события, особенно потеря близких, увеличивают вероятность несчастных случаев. Потеря старшего ребенка передает его функции следующему, делая его надеждой семьи.

Повторение паттернов функционирования в следующих поколениях

Множество симптоматических паттернов, таких как алкоголизм,

инцест, физические симптомы, насилие и суициды, воспроизводится из поколения в поколение. Выявление и исследование таких паттернов может помочь семье лучше понять используемые способы адаптации и найти альтернативы, чтобы избежать повторения неприятных моделей в настоящем и в будущем. Наследие «семейных программ» может оказывать влияние на ожидания и выборы в настоящем. Так, например, женщина, происходящая из семьи, где в нескольких поколениях происходили разводы, может воспринимать развод почти как норму. Выбор жизненного пути также может отталкиваться от жизненного опыта и интересов предыдущих поколений.

Триангулирование как модель передачи паттернов взаимоотношений

Несмотря на огромную сложность и разнообразие семейных взаимодействий, которые к тому же меняются со временем, изучение семейной истории позволяет проследить передачу определенных форм взаимоотношений от поколения к поколению. Особенно удобно это делать, используя генограмму.

Очевидно, что наименьшая система состоит из двух человек. Анализируя генограмму, можно увидеть повторение динамических взаимоотношений. Так, на рис. 3.10 показано, что сыновья в каждом поколении имеют конфликтные взаимоотношения с отцами и тесную связь с матерями, в то время как дочери, напротив, – конфликтуют с матерями и близки с отцами. Все супруги имеют дистантные или конфликтные взаимоотношения друг с другом. Иными словами, налицо комплементарный паттерн супружеского дистанцирования, конфликтов между людьми одного пола и альянс между лицами разных полов. Можно тогда предположить, что сын и дочь в третьем поколении повторяют эту модель дистанцированного брака, конфликты с детьми своего пола и близость с детьми противоположного.

Более сложный уровень анализа, соответствующий системному подходу, заставляет искать связи этих диадических взаимоотношений и открывать в них функцию других, исследуя таким образом семейные треугольники. С этой точки зрения дистанция между отцом и матерью может быть функцией близости отца и конфликта матери с дочерью. Можно выдвинуть подобные гипотезы для любых трех членов системы. Существование диады неустойчиво, поэтому пара имеет тенденцию втягивать третьего для стабилизации своих взаимоотношений. Триангуляцию считают основным механизмом передачи паттернов взаимоотношений от поколения к поколению. Одной из основных терапевтических стратегий при этом является отказ от треугольника и

работа над решением проблем диады напрямую друг с другом. Так, если рассмотреть приведенный пример, тут могло бы помочь установление близких взаимоотношений дочери с матерью, даже если отец, с кем она была близка, находится с матерью в конфликте (возможно, опасение проявить нелояльность к отцу мешает дочери проделать это самостоятельно). Если бы дочь смогла этого достичь, вероятность возникновения у нее конфликтов с собственной дочерью (в следующем поколении) сильно бы уменьшилась. Кроме того, это рикошетом изменило бы взаимоотношения супругов.

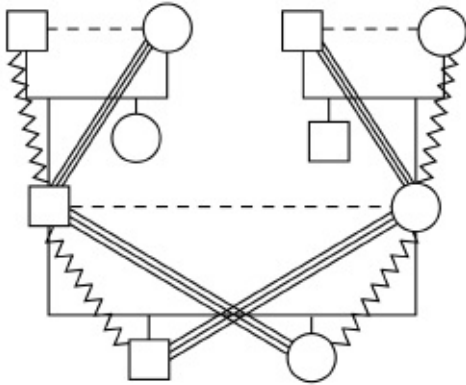


Рис. 3.10. Переход паттернов взаимоотношений в новые поколения

Интервью по генограмме

Семейный психотерапевт собирает информацию о следующих вопросах:

1. О составе семьи: «Кто живет вместе в вашем доме? В каких они родственных отношениях? Были ли у супругов другие браки? Есть ли от них дети? Где живут остальные члены семьи?»

2. Демографическую информацию: имена, пол, возраст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи и т. д.

3. О состоянии проблемы на данный момент: «Кто из членов семьи знает о проблеме? Как каждый из них видит ее и как на нее реагирует? Имеет ли кто-нибудь в семье подобные проблемы?»

4. Об истории развития проблемы: «Когда проблема возникла? Кто ее заметил первым? Кто думает о ней как о серьезной проблеме, а кто склонен не придавать ей особого значения? Какие попытки ее решить были предприняты и кем? Обращалась ли семья раньше к специалистам, были ли случаи госпитализации? Как изменились взаимоотношения в семье по сравнению с тем, какими они были до кризиса? Видят ли члены семьи изменения проблемы? В каком направлении: к лучшему или к худшему? Что случится в семье, если кризис будет продолжаться? Какими видятся взаимоотношения в будущем?»

5. О недавних событиях и переходах в жизненном цикле семьи: рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т. д.

6. О реакциях семьи на важные события семейной истории: «Какова была реакция семьи, когда родился каждый ребенок? В честь кого он назван? Когда и почему семья переехала в этот город? Кто пережил тяжелее всего смерть этого члена семьи? Кто перенес потерю легче? Кто организовывал похороны?» Оценка прошлых форм адаптации, особенно реорганизации семьи после потери и других критических переходов, дает ключ к пониманию семейных правил, ожиданий и паттернов реагирования.

7. О родительских семьях каждого из супругов: «Живы ли ваши родители? Если умерли, то когда и отчего? Если живы, то чем занимаются? На пенсии или работают? Разведены ли они? Были ли у них другие браки? Когда ваши родители встретились? Когда они поженились? Есть ли у вас братья или сестры? Старшие или младшие, какова разница в возрасте? Чем занимаются, находятся ли в браке и есть ли у них дети?» Терапевт может далее задать такие же вопросы про родителей отца и матери. Надо собрать информацию по крайней мере о трех поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией являются сведения о приемных детях, выкидышах, абортах, рано умерших детях, других значимых для семьи людях (друзьях, коллегах, учителях, психотерапевтах и т. д.).

8. О семейных взаимоотношениях: «Есть ли в семье какие-либо члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом? Кто-нибудь находится в серьезном конфликте? Какие члены семьи очень близки? Кому в семье данный человек доверяет больше всего? Все супружеские пары имеют некоторые трудности и иногда конфликтуют. Какие типы несогласия есть в вашей паре? У ваших родителей? В браках ваших братьев и сестер? Как каждый из супругов ладит с каждым ребенком?» Психотерапевт может задавать специальные циркулярные вопросы. Например, он может спросить у мужа: «Как вы думаете, насколько близки были ваша мать и ваш старший брат?» – и затем поинтересоваться мнением жены. Иногда полезно спрашивать, как другие члены семьи могли бы охарактеризовать людей, присутствующих на встрече: «Как ваш отец описал бы вас, когда вам было тринадцать лет, что соответствует возрасту вашего сына сейчас?» Цель таких циркулярных вопросов – выявление различий во взаимоотношениях с разными членами семьи. Обнаруживая несовпадающие взгляды разных членов семьи, терапевт попутно вводит в систему новую информацию, обогащая представление семьи о самой себе.

9. О семейных ролях: «Кто из членов семьи любит проявлять заботу о других? А кто любит, когда о нем заботятся? Кто в семье волевой человек? Кто самый авторитетный? Кто из детей послушнее? Кому сопутствует успех? Кто постоянно терпит неудачи? Кто теплый? Холодный? Дистанцированный? Кто больше всех болеет?» и т. д. Важно обращать внимание на ярлыки и клички, которые члены семьи дают друг другу (Супермать, Железная леди, Домашний тиран и т. д.). Они помогают понять эмоциональные паттерны в семейной системе.

10. О трудных для семьи темах: «Есть ли у членов семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы? Проблемы с физическим или сексуальным насилием? Употребляют ли наркотики? Много алкоголя? Кто-то сидел в тюрьме? За что? Каков их статус сейчас?» и т. д. Обсуждение этих тем иногда болезненно для членов семьи, и поэтому подобные вопросы следует задавать особенно тактично и осторожно. Если семья высказывает сильное сопротивление, то нужно отступить и вернуться к ним позднее.

Техника «Семейная реконструкция»

Семейная реконструкция представляет собой форму индивидуальной терапии с использованием ресурсов группы. Основным действующим лицом («звезда», «исследователь») является участник группы, чью семью реконструируют в трех поколениях. Сама реконструкция представляет собой последовательную серию «семейных скульптур» и ролевых игр, символизирующих отношения в семьях исследователя и его родителей в ключевые моменты семейной истории. При этом исследователь большую часть времени наблюдает за происходящим (психодраматическая техника «Зеркало»).

Семейная реконструкция позволяет исследователю:

1) достичь новых инсайтов по поводу взаимоотношений в нескольких поколениях;

2) «встретиться» в игре с родственниками и завершить незаконченные дела, например – выразить горе и печаль утраты;

3) пережить уникальный опыт восприятия родителей как обычных людей, демистифицировать их образы. В реальной жизни трудно объективно увидеть своих родителей. Они воспринимаются, как правило, в качестве богов или демонов, а не как реальные люди со своим опытом детства, пытающиеся выжить доступными им средствами;

4) убедиться в наличии глубокой потребности изменить родителей, заставить их поддерживать и одобрять себя, что адекватнее для ребенка, чем для взрослого человека, и развить собственную систему

самоподдержки;

5) сказать «да» своим историческим корням, почувствовать себя частью семейного клана, принять собственных родителей и других родственников. Следствием этого являются изменения идентификации, большая внутренняя целостность и принятие себя.

Другие члены группы, играющие роли родственников исследователя или просто зрителей, также довольно глубоко вовлекаются в работу, происходящее ассоциируется у них с собственными семьями. Перед их глазами проходит столетний отрезок истории отдельной семьи на фоне социальных катаклизмов века.

Этапы проведения семейной реконструкции

1. Исследователь проделывает часть работы дома и приносит в группу семейные фотографии, а также плакаты с выполненными домашними заданиями.

2. Подготовка группы. Психотерапевту важно обеспечить исследователю необходимый уровень безопасности в группе. Для этого проводится ряд процедур, стимулирующих сплочение группы и разогрев на тему семейной истории.

Пример разогрева. Группа делится на пары. Один из партнеров рассказывает историю своей семьи от лица кого-нибудь из ее членов. Находясь в роли матери или отца или кого-то еще, он описывает события глазами этого человека. Задача его партнера – внимательно слушать и помогать говорящему придерживаться выбранной роли. Для этого он время от времени задает ему вопросы таким образом, как если бы тот был на самом деле избранным персонажем. Через 15–20 минут участники группы меняются местами, а в конце упражнения обсуждают возникшие в процессе его выполнения переживания. После этого происходит обсуждение в группе.

3. Интервью исследователя. Психотерапевт предлагает исследователю обозначить фокус предстоящей семейной реконструкции. Для этого он расспрашивает исследователя о том, что он хотел бы исправить в ходе предстоящей работы, перед какими жизненными выборами и дилеммами он стоит в настоящее время. Работа с семейной историей важна не сама по себе, а как способ пролить свет на его нынешнюю жизненную ситуацию.

4. Последовательная реконструкция трех семей (родительских семей матери и отца исследователя и семьи, в которой он сам рос до 18 лет). Реконструкция каждой семьи представляет собой самостоятельную терапевтическую сессию (1,5–2,5 часа) и завершается обсуждением чувств и выходом из ролей.

Актуальная семья, в которой он проживает, не реконструируется, так как важнее проследить исторические корни становления исследователя. Причем считается (Nerin, 1986), что реконструкции семей, в которых выросли его родители, необходимо уделить больше времени, чем семье, в которой он сам провел детство.

Сама реконструкция начинается с выбора исследователем трех ключевых игроков из группы, которые будут представлять в ходе всего действия отца, мать и самого исследователя. Всех остальных членов группы можно привлекать не для одной роли.

Существуют специальные способы введения игроков в роли через перечисление событий, происшедших с этим человеком в жизни, и построение «психологической скульптуры», отражающей характер данного персонажа.

Реконструкция начинается, как правило, со свадеб бабушек и дедушек исследователя. Зачитывается семейная хронология, где подчеркиваются ключевые даты семейной истории (рождения, смерти, браки, разводы, серьезные заболевания, войны и репрессии, переезды в другой город и смена профессии и т. д.). События иллюстрируются семейными скульптурами и короткими сценками в стиле «театра отыгрывания». Причем иногда их режиссирует сам исследователь, а иногда выбранные на роли игроки создают их спонтанно, как это им видится.

Все это позволяет отразить динамику семейных взаимоотношений и развитие специфических паттернов совладания, восстановить белые пятна семейной истории. Исследователь может задавать членам семьи вопросы, а они – отвечать ему, не выходя из роли. Их ответы часто поражают исследователя своей глубиной и точностью. Находясь внутри семейной скульптуры, игроки способны уловить тончайшие нюансы взаимоотношений в конкретной семье.

Роль терапевта при этом достаточно активная. Поддерживая контакт с переживаниями исследователя, он одновременно управляет всем процессом: помогает игрокам войти в роль; побуждает исследователя встретиться с пугающими фрагментами семейной истории; основываясь на системных гипотезах, предлагает альтернативное видение происходящего.

Техника «Я и мой жизненный путь»

Эта техника применяется в ходе индивидуальной работы с одним из членов семьи, которому предлагают написать свою историю в контексте истории семьи. Такой прием помогает человеку осознать, каким образом прошлое влияло и продолжает влиять на настоящее.

Выполнение задания помогает увидеть повторяемость семейных

стереотипов и принять решение о «прощании с прошлым», об освобождении от стереотипов, которые не соответствуют новым жизненным условиям. Предлагаемые клиенту вопросы для размышления направляют его внимание на его собственную историю жизни, помогают исследовать, каким образом условия быта, события и люди на нее повлияли.

Психотерапевт дает следующие инструкции:

1. Сначала кратко опишите внешние события вашей жизни (время и место рождения, национальность, социально-экономическое положение семьи, число братьев и сестер, каким по счету родились вы, общие социальные условия, в которых вы жили). Как эти внешние обстоятельства повлияли на ваше развитие?

2. Излагать свою биографию можно по-разному. Некоторые делают это в хронологическом порядке, рассказывая о своей жизни год за годом; другие предпочитают начать с того момента, который по каким-то причинам для них значим. Можно сначала набросать общий план основных событий в хронологическом порядке, а затем подробно остановиться на том, что больше всего вас привлекает, и вновь вернуться к плану, чтобы не упустить важные моменты жизни. Пишите так, как вам удобно. Самое важное – это начать писать. Попробуйте излагать мысли в виде потока сознания. Это лучше, чем заранее ограничивать себя жесткими рамками плана.

3. Описывая свою жизнь, будьте откровенными и беспристрастными, не бойтесь предстать в невыгодном свете. Обратите внимание на те моменты жизни, которых вы стесняетесь: их осмысление поможет многое понять, лучше осознать свою жизнь и найти конструктивные способы отношений с собой и другими, стать более успешным. Если текст покажется вам слишком длинным и бессвязным, можно сделать на его основе более короткий и четко организованный вариант для психолога. Такая работа поможет вам лучше увидеть собственные стереотипы.

Психотерапевт предлагает следующие вопросы для размышления:

Каким вы были в разные периоды жизни?

В какую сторону вы изменились?

Воспринимали ли вас окружающие так же, как вы воспринимали себя?

Какие маски вы носили? Как искажали свою истинную природу, чтобы вас принимали окружающие? Чтобы защищаться от них?

Затем терапевт дает клиенту следующие задания:

- Опишите поворотные моменты, во время которых происходили изменения в вашем осознании жизни или в отношении к ней. Такие

события часто воспринимаются как испытание или инициация, кризис или проверка на прочность.

- Опишите замеченные стереотипы или конфликты, которые повторялись в различных жизненных ситуациях, а также уроки, которые вы вынесли из своего жизненного опыта.

- Опишите ваши самые ранние воспоминания.

- Отметьте любые события, которые вас травмировали (например, болезни, несчастные случаи, смерть, расставание, насилие, сексуальные оскорбления и т. д.). Как они повлияли на вас?

- Расскажите о своей жизни, подумайте, как бы вы назвали книгу о своей жизни, если бы написали ее. Придумайте миф или сказку о своей жизни и проиллюстрируйте ее рисунками.

Итоговые вопросы терапевта:

1. Вы принимаете свой жизненный опыт или относитесь к нему отрицательно?

2. В чем, на ваш взгляд, состоит более глубокое значение и предназначение вашей жизни?

ПРИЛОЖЕНИЕ

*Калорийность пищевых продуктов,
рассчитанная на 100 г продукта (в килокалориях)*

Овощи

Баклажаны 24

Брюква 37

Кабачки 27

Капуста белокочанная 28

Капуста брокколи 23

Капуста брюссельская 24

Капуста краснокочанная 31

Капуста цветная 29

Картофель зрелый 83

Картофель молодой 36

Кольраби 25

Кукуруза 90

Лук зеленый (перо) 22

Лук-порей 40

Лук репчатый 43

Морковь красная 33

Огурцы грунтовые 15

Огурцы парниковые 10

Пастернак 38
Перец зеленый сладкий 23
Перец красный сладкий 27
Петрушка (зелень) 45
Петрушка (корень) 47
Ревень черешковый 16
Редис 20
Редька 34
Репа 28
Салат 14
Свекла 48
Спаржа 14
Томаты грунтовые 19
Томаты парниковые 14
Тыква 30
Укроп 30
Хрен 71
Черемша 34
Чеснок 106
Шпинат 21
Щавель 28

Бахчевые культуры

Арбуз 38
Дыня 39
Тыква 25

Фрукты, ягоды и цитрусовые

Абрикосы 46
Авокадо 169
Айва 38
Алыча 34
Ананас 48
Апельсины 40
Бананы 91
Брусника 40
Виноград 69
Вишня 49
Голубика 37
Гранат 52
Грейпфрут 35

Груша 42
Ежевика 33
Земляника 41
Инжир 56
Калина 32
Киви 46
Кизил 45
Клюква 28
Крыжовник 44
Курага 234
Лимон 33
Малина 41
Мандарины 65
Манго 56
Морошка 31
Облепиха 30
Персики 44
Рябина садовая 58
Рябина черноплодная 54
Слива 43
Смородина белая 39
Смородина красная 38
Смородина черная 40
Финики 281
Хурма 62
Черешня 52
Черника 40
Шелковица 53
Шиповник свежий 101
Шиповник сушеный 253
Яблоки 46

Грибы

Белые свежие 25
Белые сушеные 209
Подберезовики свежие 31
Подосиновники свежие 31
Сыроежки свежие 17

Фрукты сушеные

Вишня 292

Груша 246
Изюм кишмиш 279
Изюм с косточкой 276
Курага 272
Персики 275
Урюк 278
Чернослив 264
Яблоки 273

Мука

Пшеничная высшего сорта 327
Пшеничная I сорта 329
Пшеничная II сорта 328
Ржаная обдирная 298
Ржаная обойная 293
Гречневая 367
Кукурузная 330
Рисовая 371

Хлебобулочные изделия

Баранки 312
Батон простой 235
Сухари сливочные 397
Сухари пшеничные 331
Сушки 330
Хлеб пшеничный 254
Хлеб ржаной 214

Выпечка

Беляши 223
Блины 186
Блинчики с творогом 640
Ватрушка с творогом 318
Оладьи 225
Пирог с мясом 284
Пирог с повидлом 284
Пончики 296
Сдобная выпечка 297
Шарлотка 186
Чебуреки 264

Крупы

Геркулес 355

Гречневая 329
Кукурузная 325
Манная 326
Овсяная 345
Перловая 324
Пшено 334
Рисовая 323
Толокно 357
Ячневая 322

Зернобобовые

Бобы 58
Горошек зеленый 72
Горошек сушеный 322
Соя 395
Фасоль 309
Фасоль стручковая 32
Чечевица 310

Молоко и молокопродукты

Брынза 260
Йогурт 1,5 % жирн. 51
Кефир нежирный 30
Кефир жирный 59
Молоко 58
Молоко ацидофильное 83
Молоко сухое 475
Молоко сгущенное 135
Молоко сгущенное с сахаром 315
Простокваша 58
Ряженка 85
Сливки 10 % 118
Сливки 20 % 205
Сметана 10 % 116
Сметана 20 % 206
Сырок творожный 340
Сыр российский 371
Сыр голландский 361
Сыр швейцарский 396
Сыр пошехонский 334
Сыр плавленый 226

Творог жирный 226
Творог полужирный 156
Творог нежирный 86

Мясные продукты

Баранина 203
Вымя говяжье 173
Говядина 187
Конина 143
Кролик 199
Мозги говяжьи 124
Печень баранья 101
Печень говяжья 98
Печень свиная 108
Почки бараньи 77
Почки говяжьи 66
Почки свиные 80
Свинина жирная 489
Свинина нежирная 316
Сердце баранье 82
Сердце говяжье 87
Сердце свиное 89
Телятина 90
Язык говяжий 163
Язык свиной 208

Птица

Гусь 364
Индейка 197
Курица 165
Утка 346
Цыплята 156

Колбасные изделия

Колбасы:
«Диабетическая» 254
«Диетическая» 170
«Докторская» 260
«Любительская» 301
«Молочная» 252
«Отдельная» 228
«Телячья» 316

Вар. – копч. «Любительская» 420

Вар. – копч. «Сервелат» 360

П/копч. «Краковская» 466

П/копч. «Минская» 259

П/копч. «Полтавская» 417

П/копч. «Украинская» 376

С/копч. «Любительская» 514

С/копч. «Московская» 473

Сардельки свиные 332

Сосиски молочные 277

Сосиски «Русские» 220

Сосиски свиные 324

Свинина, готовая к употреблению

Грудинка с/копч 632

Корейка с/копч 467

Ветчина 279

Яйца

Белок сухой 336

Желток сухой 623

Яичный порошок 542

Яйцо куриное 157

Яйцо перепелиное 168

Рыба свежая

Горбуша 147

Камбала 88

Карась 87

Карп 96

Кета 138

Корюшка 91

Ледяная 75

Лещ 105

Макрурус 60

Минога 166

Минтай 70

Мойва 157

Навага 73

Налим 81

Нототения мраморная 156

Окунь морской 117

Окунь речной 82
Осетр 164
Палтус 103
Путассу 72
Рыба-сабля 110
Рыбец каспийский 98
Сазан 121
Сайра крупная 262
Сайра мелкая 143
Салака 121
Сельдь 242
Семга 219
Сиг 144
Скумбрия 153
Сом 144
Ставрида 119
Стерлядь 320
Судак 83
Треска 75
Угольная рыба 158
Угорь морской 94
Угорь речной 333
Хек 86
Щука 82
Язь 117

Морепродукты

Кальмар 75
Краб 69
Креветка 83
Морская капуста 5
Паста «Океан» 137
Трепанг 35

Икра

Кетовая зернистая 251
Лещевая пробойная 142
Минтаевая пробойная 131
Осетровая зернистая 203
Осетровая пробойная 123

Рыба горячего копчения

Камбала 192

Килька 162

Окунь морской 175

Лещ 172

Салака (копчушка) 152

Треска потрошенная 115

Угорь потрошенный 386

Рыба холодного копчения

Вобла 181

Лещ 160

Окунь морской 199

Сельдь жирная 225

Скумбрия 150

Ставрида 94

Рыба соленая и вяленая

Балык осетровый 194

Вобла вяленая 236

Лещ вяленый 221

Снеток полесский 264

Рыбные консервы в масле

Сардины атлантич. 249

Сайра 283

Скумбрия 220

Треска копченая 290

Шпроты 364

Рыбные консервы в томате

Бычки 145

Камбала 132

Кета 168

Лещ 139

Ставрида 161

Судак 119

Щука 108

Рыбные консервы в собственном соку

Горбуша 138

Кета 131

Креветка дальневост. 134

Печень трески 613

Тунец 96

Жиры

Жир бараний 897
Шпик свиной без шкурки 816
Маргарин молочный 746
Маргарин бутербродный 744
Майонез 627
Масло растительное 899
Масло сливочное 748
Масло топленое 887

Сласти

Мед 308
Драже фруктовое 384
Зефир 299
Ирис 386
Мармелад 296
Карамель 296
Конфеты шоколадные 396
Пастила 305
Сахар 374
Халва тахинная 510
Халва подсолнечная 516
Шоколад темный 540
Шоколад молочный 547

Мучные кондитерские изделия

Пирожное слоеное с яблоком 454
Пирожное слоеное с кремом 544
Вафли с фруктовой начинкой 342
Пирожное бисквитное
с фруктовой начинкой 344
Пряники 336
Торт бисквитный
с фруктовой начинкой 386
Торт миндальный 524

Орехи, семечки

Фундук 704
Миндаль 645
Грецкий орех 648
Арахис 548
Семечки подсолнечника 578

Соки

Абрикосовый 56

Апельсиновый 55

Виноградный 52

Вишневый 53

Мандариновый 41

Яблочный 47

Свекольный 59

Томатный 18

Безалкогольные напитки

Квас 25

Лимонад 31

Алкогольные напитки

Пиво 1,8 % алкоголя 29

Пиво 2,8 % алкоголя 34

Пиво 4,5 % алкоголя 45

Вино красное 12 % алкоголя 76

Вино белое сухое 12 % алкоголя 66

Вино белое 12,5 % алкоголя 78

Вино белое 10 % алкоголя 66

Вино белое сладкое 13,5%
алкоголя 98

Ликер 24 % алкоголя 345

Мадера 18 % алкоголя 139

Портвейн 20 % алкоголя 167

Вермут 13 % алкоголя 158

Пунш 26 % алкоголя 260

Шерри 20 % алкоголя 152

Водка 40 % алкоголя 235

Коньяк 40 % алкоголя 239

Джин 40 % алкоголя 220

Бренди 40 % алкоголя 225

Ром 40 % алкоголя 220

Виски 40 % алкоголя 220

Масса продуктов в мерах и объемах (в граммах)

Наименование	Стакан 250 см ³ (чайный)	Стакан 200 см ³ (гране- ный)	Столовая ложка	Чайная ложка
Мука и крупы				
Мука пшеничная	160	130	25	8
Мука картофельная	200	160	30	10
Сухари молотые	125	100	15	5
Крупа манная	200	160	25	8
Крупа гречневая	210	170	25	8
Крупа рисовая	230	185	25	8
Крупа перловая	230	185	25	8
Крупа ячневая	180	145	20	6
Пшено	220	180	25	8
Крупа геркулес	90	70	12	3
Крупа овсяная	170	135	18	5
Крупа кукурузная	180	145	20	6
Горох лущеный	230	185	—	
Горох нелущеный	200	—	—	1
Чечевица	210	170	—	—
Фасоль	220	175	—	—
Толокно	140	110	22	6
Молочные продукты и жиры				
Молоко (цельное)	250	200	18	5
Сливки 20%	250	200	18	5
Сметана 30%	250	200	25	10
Молоко сгущенное	—	—	30	12
Творог жирный	—	—	17	5
Масло топленое	—	—	20	5

Наименование	Стакан 250 см ³ (чайный)	Стакан 200 см ³ (гране- ный)	Столовая ложка	Чайная ложка
Масло крестьянское	—	—	20	5
Мargarин	—	—	15	4
Майонез	—	—	15	4
Масло растительное	—	—	20	5
Сало топленое	—	—	20	—
Сахар, соль и некоторые другие продукты				
Сахарный песок	200	160	25	10
Соль	325	—	30	10
Уксус	250	200	15	5
Желатин (в порошке)	—	—	15	5
Лимонная кислота	—	—	20	10
Мед натуральный	—	—	30	9
Какао	—	—	20	9
Кофе молотый	—	—	25	10
Сода пищевая	—	—	28	12
Томатные продукты				
Томат-пюре	220	—	25	8
Томат-паста	—	—	30	10
Сок томатный	250	200	18	5

Масса продуктов поштучно

Наименование	Масса 1 шт. в граммах
Сахар-рафинад прессованный	7,5
Сахар-рафинад быстрорастворимый	6
Карамель с начинкой	6

Наименование	Масса 1 шт. в граммах
Конфеты, глазированные шоколадом	12,5
Конфеты ассорти	11,5
Конфеты-батончики	15
Ирис	7
Мармелад	12,5
Пастила	15
Зефир	33
Печенье сахарное	13,5
Печенье затяжное	10
Печенье сдобное	35
Галеты	15,5
Крекер	13
Вафли	14
Пряники	20
Пирожные	75
Сырок творожный глазированный	50
Сырок плавленый	30 и 100
Мороженое	100 и 250
Баклажан	200— 220
Кабачок	150— 200
Картофель	100
Лук репчатый	75
Морковь	75
Огурцы	100
Стручок сладкого перца	30— 50
Томаты, диам. 5,5 см	75
Томаты, диам. 6,5 см	115
Абрикосы	26

Наименование	Масса 1 шт. в граммах
Бананы	120
Гранат	125
Груша	135
Инжир	40
Персики	85
Слива	30
Хурма	85
Яблоки, диам. 5 см	90
Яблоки, диам. 6,5 см	130
Яблоки, диам. 7,5 см	200
Апельсин, диам. 6,5 см	100
Апельсин, диам. 7,5 см	150
Грейпфрут	130
Лимон	60

Глава 4 Телесная терапия при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении

Начиная с конца 70-х годов XX века у психологов и психотерапевтов резко возрос интерес к проблеме образа тела у пациентов с нарушениями пищевого поведения. Большинство таких исследований было посвящено вопросу развития образа тела при нервной анорексии (Bruch, 1962; Garfinkel, Garner, 1984; Smeets, 1997). Другим формам нарушения пищевого поведения уделялось гораздо меньше внимания.

Однако уже в середине 80-х годов прошлого века было экспериментально выяснено, что нарушение образа тела является одной из главных предпосылок развития различных видов нарушения пищевого поведения (Vandereycken, Meermann, 1984). Так, были исследованы различные факторы, влияющие на повторение приступов нервной булимии (Freeman, et al., 1985). Исследование показало, что по сравнению с другими изученными факторами образ тела является одним из главных прогностических показателей для данного расстройства. Аналогичные результаты были получены для нервной анорексии (Button, 1986).

Постепенно как исследователи-теоретики, так и практики, психологи и психотерапевты заговорили о том, что расстройства пищевого поведения в огромной степени являются результатом нарушения образа тела, и поэтому терапия, направленная на образ тела, необходима для комплексного лечения этих расстройств (Jansen, 1998).

Физическое тело – это тот инструмент, который человек использует для исследования и понимания мира, инструмент переживания. Тело также является главным средством коммуникации. Человек создает и поддерживает взаимосвязи с другими через посредство тела. Кроме того, тело является одновременно какместилищем Я, так и объектом, с которым Я устанавливает взаимоотношения.

Таким образом, тело является фундаментальной ценностью человеческой жизни и имеет первостепенную значимость в жизненных процессах. Тело – это изначальная данность жизни. Недавно родившийся ребенок не осознает себя отдельно от мира или мир отдельно от себя. Поскольку границы тела выделяют человека из окружения, его первое отождествление – это отождествление с телом. Затем тело становится

основой личности и сознания и воспринимается как Я. Это соматическое, телесное, плотское, вещественное Я – Я тела. Можно сказать, что образ Я – это прежде всего образ тела, ибо через тело человек узнает, кто он такой, – когда физически его ощущает и видит. Я-образ связан с тем, как тело ориентируется во времени и пространстве, с контурами тела, кинестетическими ощущениями и визуальным восприятием. Именно телесно-чувственный опыт становится фундаментом психического развития и самопознания. Это верно и в филогенетическом, и в онтогенетическом аспекте. Первые два года жизни человек мыслит телом, так как еще не владеет речью (Пиаже, 1986). До того как начать говорить и понимать речь, ребенок проходит сенсорно-моторную стадию обучения. Он узнает мир, хватая, сжимая, ползая, встряхивая, стуча, переворачивая, падая, крутя и пробуя на вкус, – все это с помощью тела.

4.1. Образ физического Я при нарушениях пищевого поведения

Как утверждал Фрейд (1961), Эго – «это прежде всего телесное Я (Ego)». Считается, что самое первое ощущение Я младенца неразрывно связано с ощущениями его собственного тела, то есть проприоцепцией (Mahler, McDevitt, 1982). Однако по мере развития ребенка появляется противопоставление Я телу. На уровне тела человек – это животное, ориентированное на удовольствие и удовлетворение своих потребностей. На уровне Я существование человека рационально и созидательно, он – социальное создание. В норме Я и тело работают в теснейшей связи. Функционирование Я здорового человека – это продолжение принципа удовольствия тела. При эмоциональном отклонении Я доминирует над телом и утверждает, что его ценность превышает ценность тела. В результате единство распадается, а тесное взаимодействие переходит в открытый конфликт.

Фрейд подчеркивает значение восприятия и ощущения собственного тела для процесса дифференциации Я и Оно. Собственное тело, и прежде всего – его поверхность, является источником как внешних, так и внутренних ощущений. Оно рассматривается и как объект, и как основа восприятия себя. Поэтому Я носит телесную природу, оно основано на соматических ощущениях, прежде всего – поверхности тела. Поэтому Я можно рассматривать как психическую проекцию поверхности тела (Freud, 1962).

Фениchel (Fenichel, 1945) подчеркивал решающую, с точки зрения истории развития, функцию соматического Я: «Благодаря одновременности поступления внешних тактильных и внутренних сенсорных импульсов, собственное тело становится чем-то отличным от остального мира, что делает возможным отличие себя от окружающего». Он писал, что лишь происходящее в начале развития Я формирование психического представительства тела и его органов делает возможным формирование так называемого «образа тела», представления о собственном Я. Поэтому «образ тела» является ядром Я.

Феликс Дейч (Deutsch, 1959) использовал концепцию соматического Я для объяснения психосоматических заболеваний. Он указывал на то, что при органических заболеваниях затрагивается и психическое

представительство нарушенных соматических функций.

Значительный вклад в понимание взаимосвязи между восприятием Я и соматическими ощущениями внесли исследования Пауля Федерна (Federn, 1952). В своих работах по психологии Я Федерн прежде всего интересовался различными «состояниями Я». Для него Я не равнозначно сумме своих функций, это прежде всего – постоянное психическое переживание, которое он назвал «чувством Я». Федерн писал: «Чувство Я можно описать как чувство связи психики и соматики во времени и по содержанию, причем эту связь следует понимать как непрерывное или восстанавливающееся единство».

Он различает психическое и соматическое чувство Я: «Соматическое чувство Я есть совокупное чувство всех двигательных и сенсорных возбуждений, касающихся собственного тела; оно содержит единое чувство загрузки сенсомоторного аппарата инстинктивными импульсами. Соматическое чувство Я не идентично схеме тела, то есть совокупности упорядоченного восприятия тела» (Federn, 1926). Соматическое чувство Я может быть частью психического Я, но может существовать и отдельно, например, оно по большей части отсутствует во сне, где действует лишь психическое Я.

В целом Федерн представлял себе Я как континуум меняющихся состояний, эти состояния он исследовал преимущественно в рамках изучения сновидений и психозов. Он ввел важнейшую концепцию «границ Я», отделяющих Я от не-Я как снаружи, так и изнутри. Я окружено гибкими границами, внутри которых находится сфера чувства Я в его различных аспектах, Я как динамическое единство служит своего рода периферическим органом восприятия окружающего и внутреннего мира.

Ребенок в начале жизни не воспринимает себя отдельно от матери, он не разграничивает внутренний мир и внешний, Я и не-Я. Мать воспринимается как часть его тела, само тело не имеет четких границ, ребенок воспринимает свои функции недифференцированно и неспецифично. Мать и ребенок образуют психосоматическое единство, они живут в диадном симбиозе. Наряду с питанием и уходом, обеспечивающими поддержание жизни ребенка, эта диада должна создать особый климат, в котором ребенок под защитой материнской опеки и с помощью тесного эмоционального и телесного контакта имеет возможность постепенно изучать свои потребности и соматические функции, чтобы таким образом обрести чувство собственного тела и научиться его осознавать.

Телесное Я, развивающееся в симбиозе матери и ребенка, также тесно

связано с идентичностью. Оно это не просто психическое представление физиологического аппарата, но выражение идентичности, уникальности ощущения своего тела. Поэтому нарушение развития соматического Я, вызванное патологическим телесным контактом между матерью и ребенком, неизбежно ведет не только к нарушениям функциональной структуры, но и к нарушениям идентичности. Лишь когда мать способна понимать ранние недифференцированные соматические проявления ребенка как речь органов и тела и адекватно отвечать на выраженные таким языком потребности и чувства, она создает условия для нормального развития соматического Я ребенка, то есть для формирования его соматических границ и чувства физического существования. Поэтому неспособность матери воспринимать потребности ребенка, ошибочные и непостоянные реакции на его поведение способствуют формированию тяжелых нарушений развития соматического Я (Аммон, 2000).

Таким образом, развитие основных соматических функций и типов реагирования зависит от эмоционально-телесного взаимодействия матери и ребенка в раннем симбиозе, когда ребенок интериоризирует установки и поведение матери по отношению к нему. Так формируется соматическое Я, осуществляющее первую форму дифференциации внешнего и внутреннего мира на основе ранней соматической границы Я. Возникшее чувство Я есть, с одной стороны, восприятие собственного соматического существования, с другой же – предпосылка для формирования активной направленной коммуникации, то есть для развития и дифференциации функций Я. При этом телесная близость матери носит для ребенка не только либидозный характер, но прежде всего выполняет иную функцию: мать ребенка на ранних стадиях его создает устойчивую внешнюю соматическую границу Я, «внешнее Я» (Spitz, 1969).

Способность человека распознавать и дифференцировать соматические проявления, функции и реакции организма тесно связана с телесным контактом на этапе симбиотического взаимодействия, следует из одной работы (Bruch, 1971), посвященной генезу и динамике ожирения. Там показано, что даже элементарное чувство голода, которое Фрейд (1905) объяснял с точки зрения концепции либидо, представляет собой не биологическое врожденное переживание и поведение, а результат научения во взаимодействии матери и ребенка, за счет кормления и обратной связи, когда ребенок интериоризирует материнские реакции в ответ на его потребности.

Само понятие «образ тела» ввел Шилдер, определив его как субъективное переживание человеком своего тела, то есть как психический

пространственный образ, который, по его мнению, складывается в межличностном взаимодействии (Schilder, 1950; Томэ, Кэхеле, 1996). Он предположил, что телесная схема развивается и поддерживается впечатлениями или стимулами, передающимися через телесные ощущения: зрение, вкус, запах, слух, кинестетические ощущения прикосновения и движения. То есть между телом и окружающим миром происходит непрерывное динамическое взаимодействие (см. раздел 1.1 главы 1).

Образ тела – это изменчивый психический конструкт. На протяжении жизни образ тела неоднократно перестраивается в контексте социального взаимодействия, поэтому для Шилдера образ тела – это прежде всего явление социальное. Формирование образа тела начинается на ранних этапах развития Я ребенка, и конструирование образа тела тесно связано с нейрофизиологической схемой тела. Однако субъективный образ тела, вбирающий все богатство репрезентаций сознательных и бессознательных идей, включает в себя и такие репрезентации, которые конкурируют с физиологическими функциями тела или даже игнорируют их. Таким образом, приемлемый образ тела для человека – это такой образ телесного Я, в котором репрезентации нейрофизиологически сформированной схемы тела адекватно сочетаются с инстинктивными побуждениями и сознательными идеями (Филозоф, 2002).

Итак, образ тела – это не только то, что человек видит, когда на себя смотрит, но и то, как он ощущает части своего тела и как ими управляет. Сюда входят психические, эмоциональные и исторические аспекты: что человек чувствует, что думает о своей внешности, что говорит весь его предыдущий опыт: мучительный или приятный, похвала или осуждение. В восприятие тела входит все: физические ощущения, идеи, эмоции, проекции и ожидания.

Исходя из представления о том, что Я есть сумма описаний (контекстов), можно обнаружить тесную связь Я-концепции с телом, при этом описания тела встраиваются в Я-образ. Соответственно, значимые изменения в структуре Я порождают соматические реакции. Многочисленные исследования, направленные на выявление взаимосвязи между телесным восприятием и Я-концепцией, доказали существование в этой сфере устойчивой корреляции (Fisher, Cleveland, 1958). В норме Я-образ – это отражение реальности, ментальная конструкция, которая дает человеку возможность ориентироваться, делая его действия более эффективными.

Образ тела включает «либидозный компонент (libidinal investment) в теле, осознание тела и его функций, эффективное управление первичными

процессами тела (primary process material) и оценками Я со стороны других, включая культурные нормы, касающиеся физической привлекательности» (Bernstein, 1972). Другими словами, образ тела имеет осознанные и неосознанные компоненты, причем эти компоненты имеют различное значение для развития образа тела каждого человека.

Сначала исследователи рассматривали образ тела как одномерный конструкт, но затем постепенно переменили свои представления. Образ тела многомерен, хотя сущность этих измерений не совсем ясна. Примеры таких измерений: восприятие, отношение, познание, поведение, аффекты, страх ожирения, искажения восприятия тела, неудовлетворенность телом, когнитивно-поведенческие аспекты, оценка, предпочтение стройности и ограничительное пищевое поведение (Brown, et al., 1990; Cash, 1994; Cash, Green, 1986; Cash, Henry, 1995; Gleaves, et al., 1995; Slade, 1994; Williamson, 1990; Williamson, et al., 1993a,b). То есть природа измерений, включаемых в модели образа тела, весьма разнообразна. Образ тела рассматривают как «свободное мысленное представление очертаний, размера и формы тела, и представлений, которые вырабатываются под влиянием разнообразных исторических, культурных и социальных, индивидуальных и биологических факторов» (Slade, 1994). Другие исследователи (Brown et al., 1990; Cash, 1994; Cash, Henry, 1995) рассматривают такие измерения образа тела, как восприятие и установки. Предлагается также модель из четырех измерений, куда входят опасение относительно избыточного веса, искажения восприятия тела, стремление к стройности и неудовлетворенность телом (Gleaves et al., 1995). Различные подходы порождают различные методы оценки образа тела, что затрудняет сравнение результатов исследований.

Тем не менее все существующие исследования образа тела включают по крайней мере одно из следующих четырех измерений: восприятие, мышление, эмоции и поведение. Эти четыре измерения особенно привлекательны тем, что они простые, функциональные и доступны для тестирования.

Аспект восприятия образа тела определяется как точность суждения по поводу размера, формы и веса тела, а также его пропорций (Cash, et al., 1991; Slade, 1994). Исследование данного аспекта включает оценку точности определения размера тела, как на уровне отдельных частей тела, так и в целом (Cash et al., 1991).

Другие два аспекта образа тела – это аффективное и когнитивное измерения. Аффективное измерение включает чувства, которые люди испытывают по поводу собственной внешности. Познавательный

компонент связан с мыслями и убеждениями относительно формы и внешнего вида тела (Cash, Green, 1986).

На разделении аффективного и когнитивного аспектов образа тела настаивают исследователи, которые обнаружили, что люди имеют как рациональное, так и эмоциональное представление о размере тела (Thompson, Psaltis, 1985). В первом случае имеется в виду эмоционально-ценностное отношение к собственной внешности, тут используются такие понятия, как «удовлетворенность» телом, его «значимость» и «ценность». Во втором случае речь идет о «точности», «недооценке», «переоценке» и «искажении» в восприятии тела. (Соколова, Николаева, 1995). Значимость такого разделения подтверждают и другие исследования (Bowden, et al., 1989; Franzen, et al., 1988; Proctor, Morley, 1986). Поведенческий аспект образа тела – понятие спорное, поскольку его можно рассматривать и как проявление или следствие других измерений (Gleaves et al., 1995; Stice et al., 1996).

В настоящее время образ тела в основном рассматривается как сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок и представлений, относящихся к телесной внешности и функциям тела (Shontz, 1981). По мнению многих авторов, образ физического Я имеет сложную структуру (Мерлин, 1970). Так, В. Шонфельд выделяет следующие составляющие образа тела: 1) актуальное субъективное восприятие тела – как внешности, так и функциональных способностей; 2) интернализованные психологические факторы, являющиеся результатом эмоционального опыта, в том числе искажения концепции тела, проявляющиеся в соматических иллюзиях; 3) социальные факторы, связанные с тем, как родители и общество реагируют на индивида; 4) идеальный образ тела – соответствующие установки, основанные, в частности, на сравнении своего тела с телами других людей и с их представлениями (Столин, 1983). Иными словами, психологические механизмы и условия формирования образа физического Я определяются как социальными детерминантами, так и самоощущениями индивида (Кон, 1978; Лисина, Силвестру, 1983; Мерлин, 1970; Чеснокова, 1977). И. С. Кон выделяет, например, следующие механизмы формирования образа тела: усвоение оценок других людей, социальное сравнение и самоатрибуция (Кон, 1981).

Внешность, походка, мимика, пластика – вся совокупность экспрессивных характеристик человека несет специфические смысловые нагрузки в разных социопсихологических измерениях. В акте социальной перцепции наружность субъекта является не только объектом восприятия,

но и объектом оценки. В акте интроспекции собственная наружность имеет для человека два плана: во-первых, как осознание своей идентичности (Мерлин, 1970), во-вторых, «социальный объект» (Кон, 1983), «я-для-другого» (Бахтин, 1979). Наружность человека является знаком, «текстом», передающим определенную информацию о свойствах человека. Эта информация во многом определяет отношение воспринимающего к объекту восприятия (Бодалев, 1982; Панферов, 1968). «Считывание» информации происходит в соответствии с установками, диспозициями, ценностной ориентацией субъекта восприятия, индивидуализированными в процессе развития символами, представлениями и образами, в которых культура воспринимает, оценивает, осмысливает и нормирует наружность и здоровье индивида, что можно назвать телесным символизмом (по аналогии с предложенным И. С. Коном (1983) понятием возрастного символизма). Символы, представления и образы, лежащие в основе телесного символизма, противоречивы и не являются упорядоченной системой взглядов даже в рамках одной культуры. Многообразие и противоречивость телесного символизма связаны с историей развития каждого общества.

Схема тела дает устойчивое представление о соматическом строении индивида. Кроме того, существуют «образы тела, которые регулярно изменяются, формируются, преобразовываются, опровергаются, распадаются, увеличиваются и наслаиваются на следующий образ» (Siegel, 1979).

Исследователи выделяют внешние и внутренние выражения телесного образа (Siegel, 1979, 1984). Внешнее выражение – это осознанное представление о собственном теле. Оно является неотъемлемой частью процесса дифференциации и формирования чувства телесного Я. Внешнее выражение имеет две составляющих: это граница тела и телесное пространство. Граница тела – это осознание того, где тело начинается и заканчивается. Например, телесные границы позволяют человеку понять, уместится ли он в кресле. Телесное пространство – это осознанное понимание того, где человек чувствует себя комфортно в пространстве относительно других людей или предметов. Например, основываясь на этом понимании, человек выбирает определенное положение по отношению к родителю или же новому знакомому, чтобы чувствовать комфорт. Внутреннее выражение телесного образа характеризуется неустойчивостью, так как и внутренние, и внешние факторы способны его изменить (Siegel, 1979). Предполагается, что этот внутренний образ в каждый момент имеет как осознанную, так и неосознанную части.

Несмотря на большое количество составляющих телесного образа,

можно выделить три главных характеристики здорового образа тела. Во-первых, такой образ тела подвижен. Как говорилось выше, образ тела может меняться под воздействием внутренних ощущений или изменений и внешних ситуаций; однако стержневая телесная схема остается неизменной, что обеспечивает чувство стабильности и целостности. При нарушении отношений со своим телом для этого образа характерна ригидность, когда новая или противоречащая привычной картине информация не интегрируется в телесную схему. Во-вторых, здоровый телесный образ реалистичен и связан со здоровыми сторонами личности (Chaiklin, 1975). Схема тела совпадает с тем, как тело в действительности выглядит, то есть с тем, как другие его объективно воспринимают. Кроме того, человек строит свою жизнь в соответствии с этим реалистичным образом, а не с идеальным. В-третьих, у этого образа есть три измерения, то есть это объемная картина тела, а не, скажем, вид тела спереди, который можно увидеть в зеркале. Одновременно это законченная и целостная картина, в которую входят все части тела, где каждая часть обладает своей жизнью и легко доступна осознанию, когда человек направляет на нее внимание. Напротив, если некоторые части тела кажутся «замороженными» или «утратившими чувствительность», в этом случае для образа тела характерны ригидность, нереалистичность и утрата ощущения жизни. Трехмерный образ тела включает в себя и такое качество, как движение.

Сенсорная информация формирует, и изменяет образ тела, который «зависит не только от визуального и тактильного исследования поверхности тела, но и от ощущений, исходящих из внутренних органов, скелетно-мышечной системы и кожи» (Siegel, 1979). В любом случае образ тела строится из сенсорной информации на данный момент, которая подвергается систематизации (Espenak, 1981). А в конечном итоге такие отдельные моменты в процессе развития формируют сравнительно устойчивый образ тела.

Движение также влияет на формирование образа тела. Как предположила М. Чейс, в формировании образа тела участвуют восприятие силы тяжести и движения (Chase, 1953). Движения тела поставляют сенсорные стимулы, а также запускают процесс интерпретации и интеграции этих стимулов (Chaiklin, 1975). К тому же движения воздействуют и на внутреннее состояние тела, и на внешнюю окружающую среду. Например, ходьба может пробудить чувства силы и уверенности; приближение к другому человеку может вызвать его ответную реакцию.

Ряд исследователей (Chaiklin, 1975; Bernstein, 1972; Espenak, 1981) рассматривали влияние реакций окружающих и их интереса на развитие

образа тела. Ранний опыт прикосновения и телесного контакта крайне важен для развития у младенца внутреннего ощущения импульса, а также способности получать удовольствие (катексис – фокусировка либидо на объекте) от своего тела. Это невербальные послания матери, передаваемые младенцу через поведение, которое отражает качество психологического присутствия матери. Например, если его держат неуверенно, ребенок получает качественно иной опыт, чем когда его держат крепко и уверенно. Вербальные и невербальные реакции окружающих продолжают влиять на образ тела на протяжении всей жизни.

Формирование образа тела проходит через ряд этапов развития, параллельно формированию Я-образа (Bernstein, 1972). Каждая ступень развития ставит перед ребенком серию двигательных задач, которые соответствуют задачам психологического развития. Последующие этапы основаны на опыте решения предшествующих задач, хотя темы каждого пройденного этапа сохраняют какое-то значение и на протяжении последующих лет.

Одна из моделей психологического развития, получившая широкое распространение, была разработана М. Малер (Mahler et al., 1975). На основе данной модели другие исследователи выделили шесть этапов развития образа тела (Bernstein, 1972). Эти этапы следующие: наделение тела позитивным аффектом, установление границ между телом и окружающей средой, осознание частей тела и их взаимосвязи, движение тела в пространстве, половая идентификация и процесс старения.

Наделение тела позитивным аффектом связано с развитием телесного катексиса, это проявляется как базовая забота о собственном теле, скажем, удовлетворение потребности в питании и сне. Этот этап начинается во младенчестве. Ощущение телесного удовольствия у младенца формируется на основе родительских установок по отношению к его телу. Этот этап параллелен стадии симбиоза (Mahler et al., 1975), в течение которой ребенок постепенно учится дифференцировать ощущения удовольствия и боли. Внутренние и внешние переживания, переживания себя и другого на этом этапе еще не разделяются.

Дифференциация собственного тела от окружающего мира связана с созданием границ и формированием чувства телесного пространства, о чем говорилось выше. Эти задачи параллельны начальным задачам этапа сепарации-индивидуации (Mahler et al., 1975), когда ребенок начинает отличать себя от другого.

Осознание частей тела и их взаимосвязи – третий этап, и это необходимая предпосылка способности двигаться в пространстве. В

течение этого периода ребенок осознает, что его части тела работают согласованно и действуют определенным образом.

Движение тела в пространстве – это четвертая важная ступень развития, она параллельна стадии практики (practicing) у Малер. Решение задач данного этапа дает младенцу чувство, что он может успешно регулировать свои собственные действия, а способность приостанавливать и начинать собственные действия формирует и укрепляет здоровое чувство контроля и власти.

На пятом этапе в образ тела включаются элементы половой идентичности. Тело обретает ценность уже на новом уровне – на уровне воспроизведения. Интеграция элементов половой идентичности в образ тела формирует способность устанавливать близкие отношения с другими. Задачи этого этапа представляют собой параллель к задачам консолидации индивидуальности у Малер, которые в ее теории соответствуют периоду сепарации-индивидуации, который не имеет определенной точки завершения.

И наконец, этап старения связан с переживанием смертности, которое интегрируется в образ тела. Сюда входит осознание изменений, происходящих с телом в силу естественных процессов старения, а также установок по отношению к этим процессам (например, принятие). Задачи последних двух этапов решаются на протяжении многих лет жизни, и они различными способами влияют на образ тела.

Как было отмечено выше, тело и Я имеют сложные взаимоотношения в системе образа тела. Существует тесная связь между тем, что человек чувствует по отношению к своему телу, и тем, что он чувствует по отношению к себе самому.

Внешние сигналы телесного Я: осанка, походка, жесты, мимика – отражают еле уловимые изменения душевного состояния. По стилю заботы о своем теле можно судить о внутренней гармонии или конфликтах человека, то есть об основном фоне его психического состояния. Телесные ощущения, чувство комфорта или дискомфорта сигнализируют субъекту о состоянии общего благополучия или неблагополучия всего организма. Кроме того, тело поддерживает непрерывную связь Я с внешней средой. Благодаря телесным ощущениям человек получает первичные сигналы о вредном или полезном воздействии среды, тело является посредником между психическим миром и физической реальностью. Самочувствие и удовлетворенность собой человека во многом зависят от эффективности этой связи. По отношению к телу можно судить о том, насколько гармоничной личностью является человек.

Дисморфофобия представляет собой мучительное переживание своей физической неполноценности в связи с реальными или воображаемыми анатомическими недостатками (форма и размеры ушей, носа, губ; рост, вес тела и т. д.). Такие переживания далеко не всегда основаны на реальности: в большинстве случаев их причиной являются воображаемые недостатки внешности.

Выделяют четыре основных признака дисморфофобии (степень их выраженности может варьировать). Это:

- активное недовольство своей внешностью;
- внешность рассматривается как источник всех бед и неприятностей;
- перенос психологических проблем (неумение общаться, выбирать партнера и т. п.) в телесную область;
- убеждение в том, что если исправить недостатки внешности, тут же к лучшему изменится и вся жизнь.

На формирование телесного Я-образа влияют не только физиология и перцепция, но и различные социальные фильтры – фильтры семьи, сообщества, этнической группы и религии. Это набор определенных требований и ожиданий. У человека может создаться образ ловкого или неуклюжего, высокого или низкого, некрасивого или симпатичного себя на основе сравнения Я с окружением. Опираясь на представления других людей о себе, человек, скорее, конструирует Я-образ, а не получает его просто из осознания своего тела. Кроме того, в процессе развития образа тела на этой схеме появляются белые пятна, искажения и неясности из-за специфики обращения со своим телом (Кнастер, 2002).

При рождении каждого ребенка потенциальный спектр его ощущений необъятен, а в процессе развития его тело может стать универсальным средством коммуникации, выражающим и передающим чувства и отношения – от человека к человеку. Но постепенно, в силу воспитания, проблем развития, воздействия стрессов у многих людей диапазон ощущений тела и эмоций сужается (подавляются негативные, разрушительные или неуместные чувства), утрачивается глубина переживаний. Важнейшим аспектом психологического развития ребенка и юности является процесс формирования самосознания и устойчивого образа Я. Именно образ Я и самооценка играют решающую роль в развитии негативного отношения к своему телу, а такое отношение, как правило, лежит в основе нарушений пищевого поведения. Существует тесная связь между переменными Я-концепции и формами телесного опыта (Соколова, 1989). Телесный опыт – это очень широкая категория, которая охватывает все, "имеющее хоть какое-либо отношение к психологической

связи «индивид – его тело». Один из наиболее важных компонентов телесного опыта – это образ тела (образ телесного Я, физического Я), то есть результат осознанного или неосознанного психического отражения, определенная умственная картина тела.

По мнению Р. Бернса, тело является зримой и ощутимой частью Я. «Мы чувствуем, видим и слышим самих себя, никогда не в состоянии отрешиться от своего тела, к тому же этот неотъемлемый элемент нашей личности выставлен на постоянное публичное обозрение», – пишет он (Бернс, 1986). Размеры и форма тела оказывают влияние на качественное своеобразие жизни индивида и его психики, так как они служат предметом как собственных оценок, так и оценок других людей.

Многие исследователи сходятся во мнении, что представление о своем физическом облике является одной из главных составляющих Я-концепции. Это направление исследований изучает образ тела и его связь с Я-концепцией, исходя из представления о теле как своеобразном хранилище Я, обладающем более или менее определенными границами. Второе направление связано с другой характеристикой тела – внешностью. В этих исследованиях тело рассматривается, с одной стороны, как носитель личных и социальных значений, ценностей и т. п., а с другой – как объект, обладающий определенными качествами. Соответственно, тут делается акцент либо на эмоциональном отношении к собственной внешности, либо на когнитивном компоненте. В первом случае используются такие понятия, как «значимость» и «ценность» тела, «удовлетворенность» им, во втором речь идет о «точности», «переоценке», «искажении» восприятия тела. Известно, что существует высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой. С точки зрения Р. Бернса, положительная оценка своего внешнего облика в сознании человека, а также в суждениях окружающих может существенно усилить позитивное качество его Я-концепции в целом, и наоборот, отрицательная оценка влечет за собой существенное снижение общей самооценки. При этом самооценка во многом зависит от мнения окружающих людей. Человек – существо социальное, он неспособен жить вне сферы разнообразных социальных и культурных ролей, стандартов и оценок, определяемых самими условиями его жизни в обществе. Он становится объектом не только собственных оценок и суждений, но также оценок и суждений других людей, с которыми он сталкивается в ходе социального взаимодействия. Если он стремится получить одобрение окружающих, он должен соответствовать общепринятым стандартам. Отмечается, что самооценка и степень самоуважения личности часто связана с оценкой

лишь некоторых четко определенных зон тела или отдельных аспектов внешности.

Эмоционально значимые переживания «врастают в память тела» и там фиксируются. Запечатлевая маски и роли, избранные как способы защиты от невыносимых переживаний, тело обретает «мышечный панцирь», зоны устойчивых напряжений и зажимов. Они блокируют жизненную энергию, эмоции, силы, способности; ограничивают подвижность и ресурсы жизни тела; снижают качество жизни и полноту реализации личности; ведут к заболеваниям и старению.

Подавление опасных или негативных чувств и телесных ощущений ведет к появлению внутренних конфликтов, когда эмоции «отрезаны» от движения и восприятия, действия – от мышления и чувств, понимание – от поведения. Тогда человек думает одно, чувствует другое, а делает третье.

Таким образом, неразрешенные проблемы, травмы и разочарования порождают разлад между чувствами, разумом и телом, ведут к потере контакта с психикой и телом, а также с чувственной реальностью мира. Человек утрачивает ощущение внутренней целостности, мир в душе, свежесть чувств и уже не может по-детски любоваться цветком и ценить простые радости жизни. В итоге с возрастом человек все сильнее ощущает трагизм существования, он погружается в страдания либо приходит к «оценочному переживанию жизни», которое подменяет радость подлинно чувственного восприятия и переживания реальности. Он начинает чувствовать, что утратил целостность, что потерял контакт с собой или что его не удовлетворяет качество этого контакта. Психологически потеря контакта с собой тождественна потере контакта с телом.

Потерю контакта с телом могут вызвать следующие ситуации:

- Физическое, эмоциональное или психологическое насилие.
- Ранние детские болезни, трудные роды, врожденные дефекты, травмы.
- Несчастные случаи и хирургические вмешательства.
- Такие ранние объектные отношения, когда «отзеркаливание» от родителей, необходимое ребенку для развития здорового ощущения Я, было неадекватным.
- Неадекватность или нарушение границ в межличностных отношениях членов семьи.
- Критика и чувство стыда, которые родители проецируют на ребенка, когда сами не в ладах со своим телом. Эти чувства может также вызвать отвергающий или вторгающийся родитель.
- Ситуация, когда маленького ребенка покидают или игнорируют.

- Ощущение ребенка, что его тело или особенности личности не соответствуют культурным идеалам или семейному стилю.
- Обесценивание чувственности и телесности в силу религиозных убеждений.
- Опыт выживания в катастрофах, стихийных бедствиях, войнах.

Хильда Бруч первой предложила рассматривать искажение образа тела, особенно его переоценку, как основной компонент нервной анорексии, а соответствующую коррекцию – как необходимый этап на пути к выздоровлению (Bruch, 1962, 1973). Как говорилось в разделе 1.2.1. главы 1 настоящего справочника, искажение образа тела является важным диагностическим признаком нервной анорексии. Бруч отмечает, что нарушение образа тела включает в себя намного больше, чем перцептивное искажение. Выделяют шесть стержневых моментов, которые важны для лечения нарушения образа тела при нервной анорексии. Эти моменты необходимо учитывать и при вербальных формах психотерапии. Это:

1. Позитивный катексис относительно тела (переживание удовольствия).
2. Сенсорное осознание (развитие сенсорной способности, а также преодоление отчуждения от тела и отрицания).
3. Дифференциации от окружающей среды (развитие границ тела).
4. Интеграция тела (восприятие частей тела как составляющих целое).
5. Чувство импульса (инициация движения в пространстве).
6. Индивидуация (развитие внутреннего локуса контроля) (Rice et al., 1989).

Образ тела женщины важен как для ее внутреннего самочувствия, так и для социальных отношений. Представление о своем теле создается под влиянием оценки внешнего вида (социальное осознание тела), внутренних ощущений (индивидуальное осознание тела) и телесных особенностей. При исследовании образа тела и ухода за ним у студенток колледжа (Kelson, Lansky, 1990) было установлено, что уход за своим телом и социальное осознание тела тесно связаны. Кроме того, представления о теле влияют на характер пищевого поведения (Heilbrun et al., 1990).

В одном исследовании изучалось пищевое поведение, представление о фигуре и самооценка у профессиональных моделей и контрольных испытуемых обоих полов (Brenner, Cunningham 1992). Женщины продемонстрировали более высокую частоту нарушений пищевого поведения, более высокий уровень неудовлетворенности своей фигурой и относительно низкие самооценки по сравнению с мужчинами. Самооценки женщин-моделей были выше самооценок женщин контрольной группы.

Большинство женщин-моделей обладали пониженным весом, тогда как большинство женщин контрольной группы имели нормальный вес, тем не менее частота нарушений пищевого поведения в обеих группах была примерно одинакова. Негативное отношение к полноте, преобладающее в социуме, ограничивает возможности полных женщин по развитию социальных навыков и коммуникативных способностей (Miller, 1990).

Многие исследования демонстрируют наличие связи между неудовлетворенностью фигурой и такими проблемами пищевого поведения, как эмоциогенная еда и переедание (Wardle et al., 2001). Согласно модели «двойного пути», объясняющей взаимосвязь неудовлетворенности телом и переедания (Stice et al., 1996), недовольство фигурой может привести и к ограничению питания, и к депрессии, а оба эти состояния, в свою очередь, могут способствовать перееданию. Ограничение в питании тут запускает механизм контррегуляции, а депрессия либо снижает контроль над пищевым поведением, либо порождает тенденцию использовать переедание как способ регуляции аффекта. В ряде исследований не было выявлено связи «неудовлетворенность телом ограничение в питании переедание» у полных женщин, хотя, как правило, эту связь находят у большинства людей с нормальным весом (Wardle J. et al., 2001). Авторы заключили, что переедание у полных женщин отчасти является прямым следствием неудовлетворенности телом, а частично опосредуется депрессией. Лонгитюдные исследования показали, что у полных женщин, чье недовольство фигурой снизилось в результате психотерапии, уменьшалось и количество эпизодов переедания, причем вне зависимости от перемены веса.

Неудовлетворенность внешним видом входит в десятку главных причин эмоционального дискомфорта и хронического стрессового состояния (Куликов и др., 2002). Неудовлетворенность своей внешностью может привести к развитию ряда неблагоприятных состояний, таких как депрессия, социальная изоляция, тревога, низкая самооценка (Ackard et al., 2000), а в иных случаях способствует повышению социальной активности и развязности, носящей демонстративный характер (Куликов и др., 2002). В частности, чрезмерное повышение самооценки у некоторых полных женщин можно рассматривать как компенсаторную реакцию в ситуации длительно существующего ожирения и при малой эффективности проводившейся ранее терапии (Яременко, 1999).

Образ физического Я у больных ожирением зависит от возраста, когда манифестации заболевания: «чем в более раннем возрасте возникает

ожирение, тем более целостен образ физического Я, каков бы он ни был по содержанию» (Креславский, 1987). Р. Бернс (1986), анализируя различные исследования взаимосвязи типа телосложения и Я-концепции у детей, пришел к выводу, что эндоморфный и эктоморфный тип телосложения часто предопределяет неудовлетворенность своим телом. При этом на Я-концепцию ребенка влияет не само анатомическое строение, а стереотипные реакции на данный тип телосложения. Т. Н. Зубцова и Ю. А. Князев (1992) выявили превалирование неадекватных самооценок и высокий уровень тревожности у детей, больных ожирением. Психологи установили, что дети испытывают больше симпатии к сверстникам с обезображенным лицом, чем к сверстникам с чрезмерной полнотой (Richardson, 1971). Подобное отношение к детям с повышенным весом проявляют и профессиональные воспитатели (Зацепин, Пахальян, 1998). Чувствительность полных детей к возрастно-половым стандартам телесного облика, на который ориентируются их сверстники, зависит от типа семейных отношений и обработки телесного символизма в сознании семьи (Креславский, 1987).

Влияние потери веса на образ тела различается у людей, располневших во взрослом возрасте или страдающих полнотой с детства (Adami et al., 1998). Во втором случае неудовлетворенность телом сохраняется даже после нормализации веса, такие люди продолжают считать себя полными. У тех же, кто приобрел полноту во взрослом возрасте, некоторые установки по отношению к телу (удовлетворенность, ощущение своей полноты и физическая привлекательность) могут меняться после нормализации веса. Так как конструкт образа тела развивается с детства до юношества, при ранней полноте образ Я обретает независимость от реального строения тела и не улучшается при нормализации веса и фигуры. Еще в 1957 году появился термин «худой толстый» для описания ситуации, когда похудевший человек продолжает страдать от нерешенных проблем питания и неудовлетворенности собственной внешностью (Bruch, 1957). Напротив, среди больных с ожирением, развившимся во взрослом возрасте, существует тип «толстого худого», когда ожирение воспринимается просто как внешний формальный признак расстройства здоровья (Креславский, 1987).

Нарушение восприятия своего тела сопровождается выраженной депрессивной симптоматикой или социальной фобией, на этом фоне развиваются тяжелые психосоматические нарушения питания, такие как булимия и нервная анорексия.

Удовлетворенность своим телом зависит прежде всего от стабильного

чувства уверенности в себе. При удовлетворенности человек настроен оптимистически, уверен в себе, при этом он же не станет легкой добычей рекламы и не подчинится давлению стандартов и норм общества. Такой человек знает, что его самочувствие зависит не только от его внешнего вида (Cash, 1997).

Согласно одной гипотезе, знание о своем Я и чувства, испытываемые в адрес Я в связи с актуальными или фрустрированными потребностями, образуют единый целостный гештальт, законы реконструкции которого определяются уровнем психологической дифференциации. В определенной мере эта гипотеза нашла подтверждение в исследованиях образа телесного Я при нервной анорексии и эндогенном ожирении. Оказалось, что искажение образа телесного Я (преуменьшение или преувеличение ширины значимых частей тела) являются результатом действия механизма «когнитивного подтверждения аффективного отношения». А именно: пациенты с низким баллом по шкале «удовлетворенность телом» и низкой по сравнению с другими людьми оценкой своих телесных качеств склонны к переоценке размеров тела; те же, кто демонстрирует высокую удовлетворенность своим телесным обликом и высокую самооценку, склонны скорее приуменьшать размеры своего тела. Оказалось также, что эта закономерность характерна для людей с низким уровнем когнитивной дифференциации и полезависимостью, что обуславливает слияние в самосознании когнитивных конструкторов с их аффективной оценкой. В этих случаях образ телесного Я характеризуется хрупкостью, нестабильностью; он легко изменяется под воздействием мотивационных конфликтов и аффективных состояний, уязвим для внешней оценки и переживаний успеха или неудачи. Низкая автономия подструктур образа Я обуславливает распространение любых парциальных изменений образа Я на целостный гештальт представления о себе. Угроза позитивному отношению к себе пробуждает к жизни защитное реконструирование образа Я, а в отдельных случаях приводит к диссоциации «поверхностного» и «глубинного» Я (Дорожевец, Соколова, 1991).

Предполагается также, что искажения образа телесного Я обладают бессознательной условной желательностью (интрапсихический уровень) и выполняют определенные коммуникативные функции (межличностный уровень). Так, отказ от еды и катастрофическое похудение можно рассматривать как проявление агрессии, направленной на себя, или ретрофлексии (Ф. Перлз), посредством которой пациент одновременно пытается сказать «нет» тому, кто его «питает», и получить вместо пищи любовь и заботу. Шантаж потенциальным самоубийством при помощи

голода и отрицание своего телесного Я – это бессознательные средства защиты «слабого» и «покинутого» глубинного Я. При этом для поверхностного Я характерны грандиозные притязания, преувеличение актуальных и потенциальных достижений. В этом же ключе можно интерпретировать и другие феномены при нервной анорексии. Например, есть мнение, что булимия и последующая рвота выражают психологическое освобождение от навязанных авторитарными родителями правил игры, «переваривать» которые пациентка больше не «желает», а освободиться от них не в состоянии в силу зависимости от непосредственных носителей идеалов и требований. При этом понять точное содержание такого соматического «послания» можно лишь в рамках семейного анализа. Только такой анализ позволяет выявить, от каких травматических переживаний пытается освободиться пациентка, какой угрожающий ее самосознанию опыт не может ассимилировать, но его «изрыгает», ради чего она бессознательно отказывается жить или хочет, чтобы ее «стало меньше».

Подобному анализу можно подвергнуть и пациентов с ожирением. Исследования выявляют у них полезависимость и низкий уровень когнитивной дифференциации, и этим можно объяснить их импульсивность, слабость самоконтроля, зависимость от оценок и поддержки значимых других. Тут также открывается противоречие между внешней мотивацией (похудеть) и внутренней выгодой, получаемой за счет признания своей беспомощности перед невыполнимой задачей похудения. Это подтверждает и еще один экспериментальный факт: даже при высокой степени неудовлетворенности внешностью пациенты могут иметь высокую социально-компаративную самооценку и установку на недооценку размеров тела. Воображая, что они стройнее, чем на самом деле, пациенты санкционируют неосознаваемый мотив сохранения статуса-кво и отказ от похудения, что, в свою очередь, позволяет считать себя «недееспособной» и передать контроль над своей жизнью в руки другого.

Развитая система психологической защиты снижает субъективную значимость недостатка внешности вплоть до его трансформации в сознании в положительный признак. И. С. Кон выделяет пять вариантов позиций личности относительно физического недостатка:

1. Исправление недостатка путем напряженных усилий (некоторые больные с ожирением стараются любыми способами снизить вес).
2. Уклонение от осознания неприятного качества (некоторые девушки с ожирением считают полноту пикантной).
3. Взгляд на мир сквозь призму своего несчастья с вытекающей отсюда

мнительностью.

4. Приспособление к установкам окружающих людей.

5. Компенсация недостатка в одной области достижениями в другой.

У больных ожирением можно выделить еще один вариант – «деформация пищевого поведения как уже сформированный стереотип ответа на конфликт».

Что касается связи самоактуализации и самооценки, то известно, что процесс становления личности, ее самосовершенствования основан на самооценке как важнейшей составной части самосознания, существуют данные о положительной корреляции показателей самоактуализации и уверенности в себе. Гипотеза об ограниченной самоактуализации у людей с нарушениями пищевого поведения тоже имеет свое основание. Нарушения пищевого поведения относят к категории девиантного поведения, а последнее определяется как «система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением» (Савчикова, 2005).

В целом самооценка девушек подросткового и юношеского возраста зависит от оценки своей внешности, своего телесного Я, то есть чем более красивой считает себя девушка, тем выше ее общая самооценка. Избыточная масса тела и ожирение, деформируя внешность, изменяя походку, мимику, пластику и другие экспрессивные характеристики, достаточно часто приводят к формированию таких особенностей, как комплекс физической неполноценности, который в большей степени зависит от условий формирования образа физического Я, чем от осознания факта ожирения (Креславский, 1987).

В нынешнюю эпоху формируется новое символическое значение ожирения как символа нездоровья, что опирается на новейшие данные кардиологии и эндокринологии. Это подтверждают и психологические исследования (Richardson et al., 1964). Например, когда детям 10–12 лет предлагались изображения нормального ребенка, ребенка с ампутированным предплечьем, с искаженными чертами лица, страдающего ожирением, то почти все сочли наиболее привлекательным нормального ребенка, а наименее привлекательным – ребенка с ожирением. Такой же тип предпочтений был найден и у студентов (Matthews, Westie, 1966), а при изучении привлекательности лиц различной конституции обнаружилось, что самым непривлекательным является эндоморфный тип (Кон, 1978).

Таким образом, люди с избыточной массой тела в современной культуре сталкиваются со вполне определенными оценками и отношениями окружающих.

Как уже говорилось, чем раньше возникло ожирение, тем целостнее образ физического Я, независимо от его содержания. Именно этим можно объяснить повышение уровня реактивной тревожности после лечения у людей, страдающих ожирением с детства, и описываемые рядом авторов (Grinker et al., 1973) депрессивные реакции на снижение массы тела. Повышение уровня реактивной тревожности способствует формированию искажения восприятия своего тела (Carron, Banks, 1968). Так формируется порочный круг. Больному трудно остановиться в «погоне за худобой», что иногда приводит к формированию личностного типа «толстый худой» – человека, никогда не удовлетворенного своей наружностью, хотя объективно обладающего нормальным телосложением и весом, который всегда кажется себе толстым (Bruch, 1957). Обратный тип «худого толстого» чаще встречается в тех случаях, когда ожирение впервые появилось во взрослом возрасте. Благодаря сложившемуся ранее целостному Я-образу нормального или худого ожирение воспринимается как внешний формальный признак нарушения здоровья. Достаточно его сбросить, как неподходящую одежду, для того чтобы снова почувствовать себя здоровым.

Итак, образ физического Я у больных ожирением зависит от соотношения возраста и начала заболевания, от типа семейных отношений и преломленных в сознании семьи образцов телесного символизма; в частности, от типа семейных отношений зависит сензитивность к возрастно-половым стандартам телесного облика в группе сверстников.

Одним из основных методов психотерапии при нарушениях образа тела является телесная (телесно-ориентированная) терапия (Малкина-Пых, 2005б). В настоящем справочнике представлены два направления телесной терапии, успешно использующиеся для коррекции нарушений пищевого поведения: танцевальная терапия и ритмо-двигательная терапия.

4.2. Основные принципы телесной терапии

Телесная (телесно-ориентированная) психотерапия является одним из направлений современной практической психологии, ее называют также соматической психологией. Это синтетический метод «исцеления души через работу с телом», через работу с запечатленными в теле переживаниями и проблемами человека.

Основоположником теории телесно-ориентированной психотерапии считается немецкий психолог В. Райх (1997, 1999). Он ввел понятие «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта.

Райх считал, что характер формируется под влиянием страха наказания за нарушение социальных норм. Уже в детстве происходит подавление инстинктивных, естественных желаний (и в первую очередь – сексуальных). Сильнейшие эмоции, которые считаются «недопустимыми», действительно не допускаются к реализации, из-за чего они подвергаются искажению в сознании и блокируются. Ребенок получает несомненный выигрыш: он избегает наказания (а возможно, получает поощрение), поэтому поначалу подавление «недопустимых» эмоции является сознательным актом. Со временем такое подавление становится привычным, автоматическим, и сознание может в этом почти не участвовать. Хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. Защитный панцирь не дает человеку переживать сильные эмоции, он ограничивает и искажает выражение чувств.

Мышечные зажимы и черты характера служат одной и той же цели, выполняют одну и ту же функцию; они могут влиять друг на друга и подменять друг друга. Психологический и физический (мышечный) панцирь – это одно и то же.

Телесно-ориентированная психотерапия предполагает работу с мышечным панцирем. Работа с телом освобождает эмоции: гнев, стремление к удовольствию, тревогу, ненависть или любовь, – они находят свое выражение, реализуются и используются. После этого никакой панцирь – ни мышечный, ни психологический – не нужен. Человек в

буквальном смысле слова рождается заново.

Телесная терапия как наука развивалась в течение последних 80 лет, она основывается на исследованиях в области биологии, антропологии, этиологии, нейропсихологии, психологии развития, неонатологии и перинатологии и др. В телесной терапии существует множество теорий и моделей взаимосвязи и взаимодействия системы «сознание-тело». Общей пресуппозицией этих теорий является убеждение о том, что тело является проявлением личности и между ними имеется функциональное единство. В состав телесной терапии входят модели развития личности, теории личности, гипотезы о происхождении изменений и нарушений, а также многочисленные диагностические и терапевтические техники, используемые в рамках терапевтических взаимоотношений. Соответственно, существует и множество различных подходов, иногда не имеющих между собой почти ничего общего, а также множество разнообразных техник, которые используют взаимодействие с телом: прикосновения, движения, дыхание (Малкина-Пых, 2005б).

Исследование телесных ощущений и состояний, работа с ними существенно расширяет психотерапевтическое пространство и возможности психолога, облегчает доступ к субъективному опыту человека. В любой момент жизни тело воплощает особенности личности, ее психологических проблем и конфликтов.

Развивая способность к чувственному осознанию, которое является мостом между мыслями, действиями и эмоциями, телесная терапия запускает процесс их трансформации и интеграции, что позволяет найти внутренние ресурсы для необходимых изменений. Психологическая зрелость личности формируется в процессе освобождения жизни тела, в процессе ведения осмысленного диалога с собственными чувствами и разумом. Телесно-чувственное осознание является ключом к поиску жизненных смыслов, к обретению себя, к полноценной самореализации.

Понятия «тело», «телесность» – ключевые в телесной терапии. «Телесность» – это не только собственно тело, но и его временное измерение (прошрое, настоящее, будущее), и пространство вокруг этого ядра, включая различные феномены сознания: традиции, желания, потребности. Телесность, тот или иной способ восприятия телесности, и составляет базу первичного опыта человека, основу структуры самосознания.

В экзистенциальном смысле мир телесности – это микрокосм, воплощающий в себе глубинную мудрость Вселенной, где тело связывает человека и природу в единое гармоничное целое.

Мир телесности не определяется какими-либо историческими, культурными, национальными особенностями, которые ставят границы между людьми. На уровне тела, то есть базовых морфологических, биологических свойств природы, все люди едины и подобны друг другу. Телесность нельзя сводить к индивидуальному уровню человеческого существа, скорее это способ выражения принадлежности и отношения человека к миру.

Телесность выражает внутреннюю сущность человеческого естества, воплощает способ его бытия в настоящем времени, и контакт с телом необходим человеку для осознания и освоения собственной природы.

В различных направлениях телесной психотерапии многолетние теоретические и практические исследования изучают язык стрессов и травм, его влияния на состояние тела и души. Тут разработаны способы исцеления, специальные методики и техники, теория и практика психосоматической коррекции личности. Важно, что соматические симптомы психических травм понимаются как телесные проявления переживаний человека. Телесная психотерапия направлена не на их устранение, а на то, чтобы сделать их доступными осознанию. Тогда ставшие невротическими или патологическими чувства и формы поведения можно соотнести с представлениями, смыслами и ценностями человека.

Техники телесной психотерапии расширяют активное или направленное воображение, которое включает в себя не только образы, но и осознанные телесные ощущения и потребности, желания и чувства. Данные техники открывают доступ к соматическому бессознательному и позволяют устранить выявленные блоки, мешающие развитию личности. Эти техники отвечают всем требованиям целостного подхода: для них человек – единое функционирующее целое, сплав тела и психики, где изменения в одной области сопровождают изменения в другой. Чтобы человек смог почувствовать себя единым, вернуть себе ощущение целостности, необходимо не только интеллектуальное понимание, интерпретация или осознание вытесненной информации, но и ощущение в каждый данный момент единства тела и психики, ощущение целостности всего организма.

Методы телесной терапии являются мощными психотерапевтическими инструментами, которые используют, чтобы вызвать эмоциональную разрядку и радикальные изменения в организме человека, в его чувствах и психике в целом. Действенность этих методов и возможность злоупотребления ими приводят к тому, что вокруг психокоррекционных групп, где они практикуются, возникает множество домыслов и споров.

Однако задачи этих групп не так уж сильно отличаются от тех, что стоят перед группами, использующими другие психотерапевтические подходы, например перед гештальт-группами, в которых участники исследуют и осознают свои чувства.

Телесная психотерапия показана самым разным людям. Исключение составляют случаи, когда малообщительный человек стремится к телесной психотерапии, чтобы избежать необходимости совершенствовать традиционные навыки общения. Еще одним исключением являются люди с патологической потребностью в физическом контакте и даже в причинении боли другим.

Существующие в настоящее время подходы и методы телесной терапии весьма разнообразны и в основу их классификации можно положить различные принципы. В данном справочнике мы придерживаемся деления методов телесной терапии на структурные и функциональные (Кнастер, 2002).

Структурные и функциональные подходы, по существу, являются двумя сторонами одной медали. Они оба имеют дело с гравитацией, позой тела, с балансом распределения напряжения, а также со временем и пространством. Будучи направлены на изменения, они имеют различное происхождение (структура влияет на функцию, функция воздействует на структуру) и адресованы двум различным системам организма (соответственно, миофасциальной и сенсорно-моторной). Они действуют на двух различных уровнях (глубоком и поверхностном, в некоторых функциональных подходах прямая манипуляция с мышцами, вроде массажа и пальпации, вообще не используется). Оба подхода стремятся повысить свободу и легкость функционирования тела.

В то же время цели и задачи практически любого направления телесной терапии соответствуют общим задачам, объединяющим различные по направленности и содержанию психотерапевтические методы (Александров, 1997; Годфруа, 1992; Карвасарский, 1999; Рудестам, 1993). Эти задачи:

- исследование психологических проблем клиента и оказание помощи в их решении;
- улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья;
- изучение психологических закономерностей, механизмов и способов межличностного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общения с людьми;
- развитие самосознания и способности исследовать себя для

коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений;

- содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.

В телесной психотерапии основное внимание уделяется глубинным телесным ощущениям и исследованию того, как потребности, нужды и чувства кодируются в состоянии тела, и ее конечной целью является разработка более реалистичных подходов к разрешению конфликтов, которые связаны с этими нуждами (Киселева, 2004). Телесная терапия обращается к глубинным процессуальным взаимосвязям, представляющим собой психотелесные процессы, при этом признается равная ценность как телесного, так и психического компонента, которые участвуют в становлении и жизнедеятельности индивидуума. Не существует иерархических взаимоотношений между умом и телом, между психикой и сомой. Они представляют функциональные и интерактивные аспекты целостности.

Работа с телом создает уникальные возможности для терапевтического воздействия «вне цензуры сознания», что позволяет обнаружить истинные истоки хронических проблем, получить доступ к глубинным уровням бессознательного, представленным в теле. Важно также и то, что телесная психотерапия способствует выведению на уровень осознания тех глубинных аспектов скрытого бессознательного процесса взаимоотношений между клиентом и терапевтом, которые обычно неразличимы и малодоступны для работы при «вербальных» методах терапии.

Чтобы изменить Я-образ, созданный в процессе взросления, надо по-другому почувствовать себя в теле. Нужно узнать себя через прикосновение к себе и прикосновения других. Человек должен проживать свои чувства и свои ощущения. Когда меняется тело, меняется и его образ. Он приходит из глубины, а не из головы, не от волевого усилия или рассуждений.

Анализ методов и подходов соматической терапии показывает, что основные причины, заставляющие психологов-практиков и психотерапевтов обращаться к различным методам телесной терапии, объясняются следующими факторами (Баскаков, 1993):

- 1) телесный опыт – это необходимая составляющая человеческого существования, условие его полноты и цельности;

- 2) физическое здоровье человека – это общий энергетический фон и предпосылка успешного решения личностных проблем;

3) тело – это своеобразная «материализация» (воплощение) структуры личности и психологических проблем;

4) тело – это канал для «аргументации» и воздействия на личность;

5) тело – источник самопознания и самовоспитания.

Каждый человек знает про пять чувств: зрение, обоняние, слух, вкус и осязание. Но помимо этого человек познает мир и через различные внутренние ощущения, создаваемые проприоцептивной системой (проприоцепция буквально означает «восприятие себя»). Через эту систему он воспринимает стимулы, вырабатываемые телом, а не запахи, звуки и свет, поступающие извне. Когда человек чувствует себя изнутри, он знает, когда надо есть или пить, а когда пора остановиться, когда охладиться или согреться, когда мочиться или испражняться, и так далее. Внутренние органы питают человека информацией – например, он чувствует полноту, пустоту, натяжение, сжатие, давление. Телесные ощущения дают каждому человеку прямой доступ к информации о своем теле. Такой информации о нем нет ни у кого другого, как и у него нет информации о чьих-либо еще ощущениях.

Это внутреннее знание можно называть мудростью тела, разумом тела или восприятием тела. Одним из удивительных свойств работы с телом является трансформация, изменение направленности внимания: извне – вглубь. Это позволяет очень быстро перейти от внешних проблем (семья, работа) к поиску ответа внутри себя и помогает обнаружить стереотипы поведения, ограничивающие личность, вскрыть глубинные конфликты и соприкоснуться с истинным Я. Цель терапии – не только высвобождение энергии, скрытой в психосоматических симптомах, но и открытие новых возможностей для познания собственной реальности и для интеграции личности (Федорова, Бажурина, 1999).

Телесная терапия использует два основных метода, позволяющих освободить тело и расширить возможности его осознания. Первый метод – двигательные упражнения, нейтрализующие блоки, растягивающие мускулы и увеличивающие гибкость. Второй – прикосновения, освобождающие спонтанные движения, которые являются выражением глубоких чувств (то есть комплексов). И тот, и другой подход можно использовать в телесной терапии, чтобы стимулировать понимание себя и довести до сознания комплексы. С другой стороны, и тот, и другой методы могут освободить тело от ригидности и без телесной терапии; то есть можно освободить тело от ригидности, не затрагивая психический материал, который появляется при таком изменении. Каким бы образом ни изменялось состояние тела (благодаря упражнениям, возложению рук,

биоэнергетике и так далее), происходят и психологические изменения, но они могут быть бессознательными. Если психологические элементы такого изменения не вербализуются и не становятся сознательными, тогда это не телесная терапия, хотя комплекс меняет форму или происходит «исцеляющий перенос» (Мак-Нили, 1999).

В нашей стране телесная психотерапия стала развиваться только в последнее время. И теория, которая объединила бы ее различные направления, сделала бы ее стройной и гармоничной системой, пока еще не создана (Сергеева, 2000).

Подобный разрыв между большим практическим опытом и слабой теоретической базой не случаен. Создание теории телесной психотерапии весьма затруднительно, так как оно затрагивает основы психофизиологической проблемы, проблемы взаимодействия души и тела, которая так и остается неразрешенной на протяжении многовековой истории человечества.

Телесная психотерапия расширяет возможности психотерапевтического воздействия в связи с тем, что рассматривает человека в единстве его психосоциального и биологического функционирования, помогая клиенту с помощью телесных психотехник более точно распознать и вербализовать собственные эмоции, пережить заново свой прошлый эмоциональный опыт, тем самым способствуя расширению сферы самосознания и формированию эмоционально благоприятного отношения к себе. Методы телесной терапии направлены, в той или иной степени, на обеспечение условий, в которых пациент сможет пережить свой опыт как взаимосвязь психического и телесного, принять себя в этом качестве и тем самым улучшить свое функционирование.

4.3. Общие техники психотелесной диагностики и терапии

В данном разделе приводятся техники, использующиеся для начальной диагностики проблем пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением. Их также можно использовать в процессе дальнейшей работы в рамках выбранного направления терапии для оценки достигнутых результатов. Данные техники взяты из следующих работ: Кнастер, 2002; Кожина, 2001; Наричын, 1999–2000; Леоненко, Тимошенко, 2006 а, б. Все приведенные ниже техники даны в виде инструкций, которые психотерапевт дает пациенту.

Упражнение «Формирование жизненной позиции»

Какую линию поведения внушали вам в детстве родители, как вы реагировали на наказания и нравоучения, как воспринимали вас окружающие – от этого, безусловно, зависит то, как вы воспринимаете сами себя (и в частности – собственную внешность) в настоящее время.

Уделите работе над этим упражнением достаточно времени. Не торопитесь с ответом, прочитав вопрос. Вспомните все впечатления детства, оцените их с точки зрения себя тогдашней. Ответьте как можно подробнее на каждый вопрос, исходя из детских ощущений, – даже на те вопросы, которые касаются ваших нынешних чувств и теперешней самооценки.

- Были ли вы желанным ребенком?
- Какое представление о самой себе внушали вам в детстве родители?
- Какого мнения были вы сами о себе в детстве?
- Как окружающие люди относились к вам в детстве?
- Что с вами происходит физически сейчас, когда вы нервничаете? А как вы это ощущали в детстве?
- Как влияют трудности и проблемы на ваш аппетит? Вспомните, часто ли вас в детстве успокаивали едой, лакомствами?
- Представляете ли вы себе свои позы и жесты, когда реагируете на что-нибудь?
- Знаете ли вы, как ваши позы и жесты оценивают окружающие?
- Часто ли вы показываете, что способны страдать? Предпочитаете ли выглядеть счастливым человеком или страдающим?
- Вы победитель или неудачник? Когда вы пришли к этому мнению,

какое событие заставило сделать такой вывод?

Цель этого задания – выяснить, сформировалась ли у вас в детстве негативная оценка себя самой, и в частности собственной внешности, и когда это произошло. Чем точнее мы это определим, тем успешнее будет работа по нейтрализации негативного образа тела.

Упражнение «Дневник мудрости тела»

Даже если вы никогда не вели дневник, теперь наступило для этого время. Сделать это несложно: возьмите красивую тетрадь, альбом или сядьте за клавиатуру компьютера. Не имеет значения, как вы будете делать это, важно само действие.

Ведение дневника подготовит вас к занятиям телесными техниками и поможет оценить их результаты, особенно если вы будете вносить свои отчеты через шесть месяцев, через год и через два года. Ваше возвращение к самой себе будет подобно встрече со старым другом.

Вот несколько вопросов, с которых стоит начать.

Физические ощущения и энергетический уровень

Когда я чувствовала наибольший комфорт и удовлетворенность в теле? Где? С кем? В каких случаях мое тело становится источником удовольствия и радости? Когда я чувствовала неловкость в теле? Где? С кем?

Как я чувствую себя сейчас? Расслаблена ли я, чувствую ли легкость и непринужденность? Ощущаю беспокойство? Чувствую, будто все мое тело повреждено? Где я чувствую боль или напряжение? Это сопровождает меня постоянно? Как долго это продолжается? Может быть, ощущение переходит с одной точки на другую по всему телу? Я ничего не чувствую? Мне жарко или холодно? Я вялая или активная в последнее время? Я утомлена или полна энергии? Я сплю полноценно или просыпаюсь истощенной? Хочется ли мне вздремнуть прямо сейчас? Насколько свободно или затруднено мое дыхание?

Эмоциональные ощущения

Нравится ли мне то, как я выгляжу? Что мне не нравится в себе? Спокойно ли я отношусь к взлетам и падениям в жизни? Я угнетена, агрессивна, беспокойна, тревожна или любопытна и счастлива? Часто ли у меня меняется настроение? Могу ли я свободно заплакать или закричать? А может, мне трудно это сделать? Я смеюсь нервно? Как часто я улыбаюсь? Как я чувствую себя в окружении людей дома, на работе, в общественных местах?

Мечта жизни

О чем я мечтаю? Мои мечты изменяются со временем или остаются прежними? Я чего-то достигла? В моих мечтах есть место изменению тела?

Привычки

Я ем спокойно, тщательно пережевывая пищу, или хватаю что-нибудь на ходу? Может быть, я набиваю желудок, когда злюсь, утомлена или чувствую себя несчастной? Я полагаюсь на кофе и конфеты, когда мне нужно взбодриться? Что значит для меня алкоголь и как он действует на меня? Какие таблетки я принимаю? Каких изменений в привычках я хочу добиться: увеличения, уменьшения, полного устранения, добавления или замены?

Упражнение «Я красива»

Возьмите себе за правило: прежде чем заснуть, каждый вечер говорите себе: «Ты красива, моя радость». При этом очень важен правильный настрой: перед сном не перебирайте в мыслях все текущие неприятности, а настройтесь на то, что выход обязательно найдется, что бы ни происходило в вашей жизни, утро вечера мудренее, и вы допускаете, что решение проблем может прийти и во сне. Старайтесь перед сном устроить для себя сеанс расслабления.

- Поставьте кассету со спокойной музыкой или звуками природы: ручья, пения птиц, морского прибоя. Сядьте или лягте удобно, одежда должна быть свободной, не стесняющей движений. Прикройте глаза и устремите свой взор в глубь себя.

- Сосредоточьте свое внимание на дыхании – оно спокойное, медленное и глубокое. После каждого вдоха делайте небольшую паузу, а выдох пусть будет длиннее, чем вдох. Вдох, выдох... Вдох, выдох... Подышите так, пока не начнете слышать только звук вашего дыхания.

- Вообразите, что вы гуляете на лугу, в роще или по берегу моря: это должно быть место, где вы когда-то чувствовали себя радостной и полной сил.

- Скажите себе те слова, которые вы хотели бы услышать от других.
- Затем снова настройтесь на свое дыхание и медленно открывайте глаза.

Это действительно в ваших силах: повлиять на ощущение себя.

Техника «Наблюдение за дыханием»

Остановитесь на мгновение и прислушайтесь к себе, как вы дышите: часто или медленно, глубоко или поверхностно. Не пытайтесь ничего менять. Просто наблюдайте, как воздух входит в ноздри, наполняет легкие, расширяет грудную клетку. Заметьте, как расширяется или поднимается на вдохе живот. Затем на выдохе почувствуйте, как живот опускается и грудь опускается.

Холодный или теплый воздух поступает в ноздри? Когда выдыхаемый

воздух касается области над верхней губой, он холодный или теплый? Вы вдыхаете и выдыхаете через обе ноздри или по очереди? После нескольких вдохов-выдохов обратите внимание, был ли каждый из них легче предыдущего или давался с трудом? Как вы себя чувствуете – спокойнее или возбужденнее? Участилось или замедлилось сердцебиение?

Техника «Изменить настроение с помощью тела»

Вспомните, когда вы последний раз были расстроены, подавлены или огорчены какой-то потерей. Представьте себе и почувствуйте, каким тогда было тело. Плечи опущены, грудная клетка вдавлена, будто вы защищаете сердце от боли? Вы опустили глаза? Если друг или партнер обнял вас, позволило ли вам это прикосновение хоть немножко расправиться, почувствовать себя менее одиноко? Могли ли вы глубоко вдохнуть? Повлиял ли физический комфорт на эмоциональное состояние?

Если вы расстроены или подавлены сейчас, выпрямитесь, но не напрягайтесь. Поднимите и разведите грудь, чтобы распрямились плечи; поднимите голову, затем посмотрите вверх на потолок, откинув голову назад.

Если вас беспокоит не грусть, а иные эмоции, можно попробовать другое упражнение. Даже если в данный момент вы не злитесь и не раздражены, можно вызвать эмоцию, представив кого-то или что-то, что действительно приводит вас в ярость или порождает страх. Представьте это как можно реальнее. Прочувствуйте это на самом деле. Затем обратите внимание, как вы дышите. Дыхание стало быстрым и поверхностным? Сердце бьется как бешеное? Это физические ощущения, сопровождающие злость или раздражение. Теперь сознательно дышите медленно и глубоко: сделайте глубокий вдох животом, грудью, затем постепенно выпустите весь воздух. Делайте это, пока каждый цикл дыхания не будет происходить без усилий. Заметьте, что, как только вы добились физического изменения, вы успокоились эмоционально. Вы использовали свое тело, чтобы воздействовать на сознание.

Техника «Как вы потеряли свое тело?»

Существует много причин, почему мы стали «бесплотными». Остановитесь и подумайте, что могло способствовать этому в вашей жизни.

Религиозное внушение. Что говорит о теле религия вашей семьи? Это нечто постыдное или нет? Тело – это благословение или проклятие? Считалось ли, что одни части тела приемлемы, а о других нельзя даже упоминать? Что дух – это высокое и хорошее, а тело – низкое и плохое?

Жестокое обращение и насилие. Подвергались ли вы жестокому физическому обращению? Сексуальному насилию? Заставило ли это вас

ненавидеть свое тело как место преступления, хотите ли вы покинуть его? Сделали ли вы свое тело или какие-то его части бесчувственными к боли, чтобы выдержать, приспособиться, привыкнуть? Может быть, побои или изнасилование заставили вас растождествиться с телом, «покинуть» его? Не сложилось ли у вас убеждения, что тело – это источник боли и беспомощности, а не удовольствия и силы?

Социальные нормы. Когда вы росли, были ли приняты в вашей семье ласковые прикосновения или физический контакт сводился к минимуму? Запрещалась ли мастурбация или допускалась? Как ваша социальная группа оценивала внешние проявления близости – как дурные манеры или как ожидаемое поведение? Гордились ли окружающие своей телесностью или пытались ее спрятать? Они держали себя в руках или были раскрепощены? Считался ли секс естественным и приятным или чем-то, что нужно презирать, но терпеть? Сожалели ли женщины о менструации, беременности и деторождении как о своем проклятии или считали их праздником жизни?

Травма. Попадали ли вы в серьезную автомобильную аварию? Были ли вы жертвой ограбления, насилия, похищения или кражи? Подвергались ли вы серьезной хирургической операции? Были ли вы на войне? Не было ли у вас столь болезненного и страшного переживания, что чувства стали невыносимыми? Вздрагиваете ли вы до сих пор от некоторых вещей, избегаете ли их?

Вина. Причиняли ли вы кому-нибудь боль, даже и ненамеренно? Убивали ли вы человека или животное, хотя бы случайно? Случалось ли вам ударить кого-то младше, меньше или слабее себя? Желали ли вы покинуть тело, которое причинило вам вред?

Техника «Как мне служит тело»

Приготовьте семь стандартных листов белой бумаги и семь цветных карандашей.

На первом листе определенным цветом нарисуйте ту часть или те части вашего тела, которые отвечают за ваш ресурс, дают вам жизненную силу. Когда вы закончите первый рисунок, переверните его, отложите подальше и больше не заглядывайте в него вплоть до окончания всей работы.

На втором листе другим карандашом нарисуйте ту часть или те части тела, которые обеспечивают вашу внутреннюю и внешнюю безопасность. Части тела от рисунка к рисунку могут повторяться. Переверните лист, отложите его в сторону и запишите, какой цвет вы использовали.

На третьем листе третьим карандашом нарисуйте ту часть или те части

тела, которые отвечают за сотрудничество с окружающим миром. Снова отложите перевернутый лист, записав предварительно использовавшийся цвет.

На четвертом листе карандашом другого цвета нарисуйте части тела, которые обеспечивают возможность при необходимости сопротивляться окружающему миру. Переверните лист, отложите его в сторону и запишите, какой вы использовали цвет.

На пятом листе новым карандашом нарисуйте части тела, которые отвечают за внутреннюю жизнь, за ваши взаимоотношения с самой собой. Снова отложите перевернутый лист, записав использовавшийся цвет.

На шестом листе карандашом очередного цвета нарисуйте те части тела, которые заняты интеграцией всех описанных выше функций и контролем за их осуществлением. Не забудьте отложить перевернутый лист и записать цвет.

И, наконец, на седьмом листе седьмым цветом вы нарисуете те части тела, которые вы до сих пор не нарисовали, или те части, которые вам почему-либо важно нарисовать еще раз.

Теперь возьмите ножницы и аккуратно вырежьте все нарисованное – даже в том случае, если одна и та же часть тела была изображена семь раз. Теперь соберите из всего вырезанного целого человечка, именно так вы и распределяете работу по своему телу. Проведите анализ полученных результатов по следующим параметрам:

1. Человечек в норме должен получиться действительно целым. Под нормой в данном случае подразумевается исключительно соответствие здравому смыслу.

2. Следующий параметр условно можно назвать защищенностью: внутренние части тела должны находиться внутри.

3. Еще один параметр – соразмерность частей тела человечка. Пропорции частей тела должны хоть сколько-нибудь соответствовать реальности.

4. Реалистичность изображения.

5. Следующий параметр для анализа – дифференциация функций. Возможно, что на каждом из семи листов вы рисовали целую человеческую фигуру. Это означает, что решать любую жизненную задачу бросаются одновременно все части вашего тела, и следовательно, стоит заболеть левому мизинцу, как пострадают разом все функции.

6. И, наконец, последний параметр – кратность изображения. Ситуация, когда нарисованы две ноги, две руки и шесть голов, явно должна насторожить.

Техника «Культурные идеалы»

У каждой культуры и эпохи существуют свои представления о физической красоте.

Был ли у вас в детстве идеальный образ, к которому вы стремились? Что было модно тогда для женщин – быть плоскогрудой и худощавой, как Твигги, или пышной и полногрудой, как Мэрилин Монро? Если вы были высокой девочкой среди невысоких мальчиков, хотелось ли вам быть пониже? Если вы мужчина, то не было ли вам стыдно за свою худобу? Что было тогда популярнее – играть мускулами или шевелить мозгами?

Может быть, вы приобрели ненависть к своему телу из-за этнических предрассудков? Вы пробовали осветлить или затемнить кожу? Приходилось вам делать прямые волосы вьющимися или вьющиеся – прямыми? Осветляли ли вы свои черные волосы, не окрашивали ли каштановые – в рыжий? Не уменьшали ли нос? Не подрезали ли уголки глаз, чтобы приобрести «раскосый» взгляд? Не носили ли голубые или зеленые контактные линзы на карих глазах?

Подумайте сейчас: были ли вы в детстве действительно «слишком каким-то»: слишком низким, слишком толстым, слишком большим, слишком маленьким? Если у вас есть детские фотографии, достаньте их и хорошенько рассмотрите. Что вы видите? Был ли у вас вихор, который невозможно пригладить? Торчали ли уши? И было ли это действительно так ужасно?

Или вы обладали тем, чего другие только желают, – совершенной внешностью? Как вы это ощущали? Не боялись ли вы, что нравитесь другим только из-за фигуры или хорошего телосложения, что никому не интересно, насколько вы умны, а важно только, как вы выглядите?

А сегодня: можете ли вы посмотреть на ребенка, которым вы были, и любить себя именно такой, какой вы были?

Техника «Как вы обращаетесь с телом?»

Нет ничего плохого в стремлении держать себя в форме, но как вы стараетесь этого достичь? Ответьте на вопрос честно. Если хотите, закройте глаза, представьте, как вы занимаетесь физическими упражнениями, и вспомните, как вы при этом себя чувствуете. Или спросите себя об этом в следующий раз, в то время, когда будете заниматься.

Агрессивны ли вы по отношению к своему телу, показываете ли вы ему, что сила и контроль в ваших руках? Подавляете ли вы его сообщения, даже когда оно просит снизить темп или остановиться передохнуть? Эксплуатируете ли вы его безжалостно, гоняя, как машину? Обращаетесь

ли с ним, как мачеха и сестры с Золушкой, не делаете ли его козлом отпущения за свои проблемы? Будучи физическим существом, в самом ли деле вы отделены от тела? Что на самом деле заставляет вас наращивать мускулы?

Вспомните и об одежде. Вам удобно в том, что вы носите, или одежда отрицает потребности тела? Насколько туго затянут пояс брюк, юбки или платья? Насколько тугой бандаж вы носите? Можете ли вы сделать полный вдох, когда сидите? Не жмут ли модные туфли так, что вам грозят мозоли? Не завязан ли галстук настолько туго, что препятствует доступу крови к мозгу? Не достигаете ли вы «правильного» внешнего вида ценой телесного комфорта?

Техника «Представление о теле в вашей семье» С каким представлением о теле вы выросли? Были ли у членов семьи дурные привычки или они умело заботились о себе? Жаловались ли они на боль и физические ограничения? Много ли болели? Занимались ли тяжелым физическим трудом? Умели ли они отдыхать? Обращались ли физически грубо друг с другом? Были они сдержанны или нет? Они стеснялись телесных потребностей, как если бы это было чем-то постыдным? Они позволяли себе телесные удовольствия? Пытались ли вы стоять на вытяжку, как папа-солдат? Или сутулились, как делал он после тяжелого трудового дня? Какие сообщения от тела вы получали?

Техника «Влияние семьи»

Что было бы, если бы ребенком вас приучали к туалету тогда, когда вы были к этому готовы, и вас никогда бы не стыдили за естественные отправления?

Что было бы, если бы вам аплодировали каждый раз, как вы сами вставали на ножки и делали шаг?

Что было бы, если бы вас не дергали и над вами не смеялись, когда вы падали?

Что было бы, если бы мать не шлепала вас, когда вы в детстве пытались исследовать половые органы?

Что было бы, если бы вас утешали и помогали снова взобраться на велосипед, когда вы падали и ушибались, а не пытались игнорировать ваши слезы?

Что было бы, если бы вам позволили иметь свои чувства, вместо того чтобы говорить: «мальчики не плачут» или «плакать не о чем»?

Что было бы, если бы никто не дразнил вас, когда вы, будучи подростком, набирали вес, когда гормоны бродили в вашем теле?

Что было бы, если бы вас не заставляли сидеть смирно и неподвижно

за партой целый день, а позволяли учиться двигаясь?

Что было бы, если бы все было иначе – если бы вас принимали таким, какой вы есть, хвалили бы каждый раз за проявленную компетентность, с пониманием утешали, когда вы претерпевали серьезные телесные трансформации, интересовались вашими чувствами и мыслями и принимали бы их к сведению, а не отделялись от вас? Могли бы у вас сложиться дружественные отношения с телом вместо отчужденности?

Техника «Проверьте осанку»

Какие отношения с телом сформировались у вас в школе? Вас заставляли часами смирно сидеть за партой, чтобы сконцентрироваться на задачах, игнорируя потребности тела, нуждающегося в движении? Вы наклонялись вперед, сгибали спину и поднимали плечи? Вы сохраняли такое же положение дома, делая уроки? Остановитесь и проверьте, как вы сидите за столом сейчас. Может быть, вы возвращаетесь к школьной осанке?

Когда вы слышите слова «стань прямо» или «выпрямись», вспоминаются ли вам приказания учителя или родителей? Как отзывается на эти слова тело? Посмотрите. Вы втянули живот и выпятили грудь? Плечи зажаты и подняты к ушам? Вы держите руки по швам? Сдерживаете дыхание? Шея неподвижна? Сохраняя так называемую хорошую осанку, пройдите по комнате. Не чувствуете ли вы себя деревянным солдатиком? Можете ли вы охватить взглядом все вокруг себя или вы видите только то, что прямо перед вами? Отметьте, что произошло с мышлением. Насколько ясны мысли, когда вы так зажаты?

Теперь попробуйте другое положение. Встаньте, сконцентрировав внимание в центральной точке тела, примерно на 5 см ниже пупка, глубоко внутри. Не задерживайте дыхания, а сделайте глубокий вдох и опустите плечи. Пусть колени будут свободны, а не зажаты, чтобы у вас была устойчивая, но подвижная основа. Расслабьте руки. Теперь, сохраняя это положение, пройдите по комнате. Отметьте широту поля зрения: можете ли вы видеть то, что вверху и внизу, справа и слева, или вы по-прежнему смотрите прямо вперед? Вы чувствуете себя гибким или жестким? Как переход в позу, центрированную на животе, влияет на вас в целом? Как изменилось теперь ваше восприятие и мышление?

Техника «Насколько удобен для вас ваш образ тела?»

Вас устраивает то, как вы выглядите, или внешний вид вас смущает? Вы все время сравниваете себя с другими? Вас слишком волнует размер какой-то части тела? Вы называете ее нелестными названиями? Чего вы стыдитесь? Вы хотите, чтобы волшебник исполнил ваше желание и

изменил ваше тело? Если да, то как?

Вы проверяете свое самочувствие, прислушиваясь к внутренним ощущениям? Смотрите подолгу в зеркало? Вы кажетесь себе каждый раз другим? Заставляет ли вас малейшее изменение размера тела – например, когда чуть увеличился живот после еды или перед менструацией – немедленно сесть на диету или увеличить время физических упражнений?

Техника «Уважение и любовь к своему телу»

Вы можете проделать данные упражнения, чтобы научиться уважать и любить свое неповторимое тело.

1. Разделите лист бумаги пополам, чтобы получилось две колонки, или сложите его вдвое. На одной стороне перечислите двадцать особенностей, которые вы цените в своем теле: длинная шея, сильные плечи, густые волосы, хорошая система пищеварения, широкий таз, что облегчает роды, сильные руки, большая грудь, чтобы кормить ребенка, хорошее зрение, прекрасная координация, изящные пальцы и т. д. Если не можете справиться с двадцатью, напишите десять. Если и это много, то напишите пять. И если трудно перечислить хотя бы и пять, найдите две особенности, но не меньше. Сделав это, в другую колонку внесите только что-то одно, что вы не любите в своем теле. Взгляните на ваш список. И позвольте себе больше ценить тело, чем осуждать.

2. Если вам трудно создать такой список, составьте позитивное утверждение о своем теле, даже если оно покажется странным, например «я люблю свой живот». Затем записывайте каждое противоположное ему критическое утверждение, пока не истощите все негативные мысли. Сделав это, повторите позитивное утверждение и попытайтесь добавить к нему еще одно.

3. Сидя или лежа, закройте глаза и внимательно пройдитесь мыслями по телу сверху вниз и снизу вверх. Нет ли части, которую вы проскочили слишком быстро? Есть ли что-нибудь, что вы отвергли и не включили в свой образ тела? Есть ли область, которую вы не чувствуете, возможно, даже не зная, что вы ее отвергли? Есть ли что-нибудь, что вы не любите и называете отвратительным или неприятным? Обратите внимание на эту область. Есть ли у нее отличительная особенность: цвет, звук, вид, температура, строение, плотность, напряжение – или какие-нибудь иные ощущения?

4. Теперь с каждым вдохом наполняйте сердце энергией из любого священного источника, в который верите; на каждом выдохе направляйте любовь из сердца в отвергнутую или нечувствительную область. Дышите, пока не заметите изменений. Чувствуете ли вы, что смягчились?

Испытываете ли вы сострадание к себе? Изменились ли цвет, качество, образ или ощущения отвергнутой области?

Техника «Где вы это ощущаете?»

Как вы узнаете, что вам хорошо, больно, скучно или страшно? Как вы узнаете, что доверяете или не доверяете кому-то? Как вы узнаете, что вы счастливы или печальны? Вспомните, когда вы последний раз плакали от смеха или последний раз горько рыдали. В обеих ситуациях слезы текли из глаз, но разве вы не знали, что это разные слезы? Откуда вы знали это – из размышления или из ощущений в теле?

В следующий раз, когда вы будете сердиться, расстраиваться, огорчаться, бояться или чувствовать покой, спросите себя: какой частью тела я испытываю это чувство? Какие характерные оттенки этого чувства?

Техника «Путешествие к Мудрости тела»

Сядьте удобно или лягте. Закройте глаза. Начните расслаблять тело от пальцев ног до макушки. Вдыхайте глубоко и с удовольствием, выдыхайте легко и медленно. При вдохе почувствуйте, как расширяются живот и грудь. При выдохе ощутите, как из вас уходит напряжение. Сделайте несколько вдохов и выдохов, чтобы прочувствовать ощущение полноты и пустоты. Затем, после глубокого вдоха, сфокусируйте внимание на ступнях. На выдохе представьте, что воздух доходит прямо до них. Как мягкий тропический бриз, он ласкает и смягчает все, чего касается. Продолжайте так же работать с дыханием и перемещайтесь по телу, пока не охватите все его части. Если вы подошли к голове, но еще не полностью расслаблены, повторите заново всю последовательность, начиная со ступней.

Как только вы расслабитесь, представьте себе, что вы на горе и готовы спуститься. Вы заметили тропинку. Идите по ней. Она идет по спирали вниз. Будьте осторожны при ходьбе, не поскользнитесь и не споткнитесь о камни и корни. Пусть это займет столько времени, сколько вам нужно, чтобы найти свой путь с горы.

Когда вы дошли до подножия, тропинка стала виться по лесу, окружающему гору. Вы не прошли и нескольких шагов, как увидели большой выступающий камень.

Подойдя ближе, вы видите, что это пещера в горе, откуда вы только что спустились. Входите в пещеру. Не нужно ничего бояться. Здесь много воздуха, так что можно легко дышать и оставаться расслабленным. Вы видите дорогу, поскольку вдоль стен пещеры горят свечи. Их свет приводит вас к существу, сидящему в самом конце пещеры. Вы садитесь напротив этого мудрого существа и вежливо кланяетесь, чтобы выказать свое уважение. Представьте ее (его, это) себе отчетливо, ведь это Мудрость тела.

Она знает все самое важное о вас. Мудрость тела имеет доступ к бесчисленному количеству информации о вашем теле – его здоровье и потребностях.

Будьте почтительны, но не робки. Это ваш шанс узнать, что может вам помочь. Сидя перед Мудростью тела, задайте общие или конкретные вопросы о себе. Ждите терпеливо, на все придет ответ. Он может быть в словах или образах или вы почувствуете его как ощущение в теле. Только оставаясь расслабленным и восприимчивым, вы сможете их заметить. Пусть это займет столько времени, сколько необходимо. Задайте столько вопросов, сколько нужно.

Когда вы получили все, что можете использовать в данное время, снова поклонитесь с благодарностью и покиньте Мудрость тела. Выходите из пещеры и идите через лес, пока не придете к поляне. Затем постепенно пошевелите пальцами ног и рук, слегка потянитесь и медленно откройте глаза. Теперь применение важной для вашего благополучия информации, полученной в пещере, зависит от вас.

Техника «Ощущение лжи и правды в теле»

Попробуйте вспомнить, как вы чувствовали себя в последний раз, когда говорили неправду. Вы опустили голову и смотрели вниз? Какие у вас были ощущения? И что они побудили вас сделать? Занялись ли вы чем-то, чтобы избежать своих ощущений? Может быть, вам немного сдавило горло, грудь или живот, и это заставило вас что-нибудь съесть? Что ваше тело делает сейчас в ответ на данное воспоминание?

Теперь вспомните, как вы чувствовали себя последний раз, когда говорили правду. Какие ощущения вы заметили в теле, пока об этом вспоминали? Это чувство тепла, полноты, легкости?

Если вам трудно вспомнить подобные случаи, попробуйте сделать так. Наедине с собой громко произнесите какую-нибудь явную ложь и посмотрите, как отзывается тело. Заметьте ощущения. Теперь скажите правду. Снова заметьте, как вы чувствуете себя в своем теле.

Техника «Проприоцепция»

Встаньте, расслабившись, с закрытыми глазами, перед зеркалом (если возможно, перед несколькими зеркалами, отражающими бока и спину). Как, по вашему ощущению, ноги стоят на полу? Они смотрят прямо вперед? Одна нога повернута больше влево или вправо, вовне или внутрь? Чувствуете ли, что на одну ногу и ступню давит больший вес, чем на другую? Колени расслаблены или слишком расставлены? Вы ощущаете, что плечи и бедра на одном уровне, или одна сторона выше, другая ниже? Чувствуете вы, что вес тела давит больше спереди, или он сместился назад?

Балансируете ли вы на подушечках пальцев и носках или на пятках?

Теперь откройте глаза и посмотрите в зеркало. Сверьте зрительное восприятие с внутренними ощущениями. Сколько вы уже знаете о том, как вам живется в вашем теле? Сколько вы узнали нового?

Техника «Прощение»

Очень часто, к сожалению, даже самые любящие родители не могут дать ребенку того, чего требует его душа, – то есть истинного внимания, безоговорочной, безусловной любви, неподдельного интереса к его чувствам и мыслям. Очень часто человек вырастает, оставаясь в душе все тем же ребенком, который в детстве был обделен добрыми и нежными чувствами. И потому он не научился проявлять добрые и нежные чувства к самому себе.

Суметь простить родителей – это и значит повзрослеть и перестать зависеть от них. В самом деле, теперь, когда мы выросли, мы можем сами обеспечить свое выживание и больше не зависим в этом смысле от родителей и от их отношения к нам. Именно прощение позволяет нам восстановить душевные силы, научиться радоваться жизни, быть творческими людьми и, наконец, любить и быть любимыми. Но просто сказать слово «прощаю» для истинного прощения недостаточно. Как и для раны физического тела, есть необходимые сроки исцеления и за два дня она не заживет, хоть засыпь ее всеми антибиотиками в мире, – так и раны душевные затягиваются медленно. Но главное – начать этот процесс, показать организму, как благотворно для него прощение, а дальше ваше подсознание само поведет вас к прощению, так как включатся некие механизмы саморегуляции.

Чтобы было легче простить родителей, попробуйте понять их, понять, почему они не смогли вам дать того, что вам было необходимо. А не смогли они этого дать по той простой причине, что и сами были обделены. Поэтому ни в коем случае не культивируйте в себе мысль: меня родители не любили, и оттого у меня теперь все плохо. Если подобные мысли все же возникают, попробуйте заменить их на другие, к примеру: в глубине души мои родители очень хотели меня любить, но они не умели этого, потому что сами в свое время не получили такой любви. А теперь я сам отвечаю за себя и свою жизнь, а не они, – они в самом деле больше ни при чем, теперь все зависит только от меня.

- Займите удобное положение, выпрямите спину, не скрещивайте руки и ноги. Сконцентрируйте внимание на своем дыхании. Воздух сначала заполняет брюшную полость, потом грудную клетку и легкие. Сделайте полный вдох и задержите дыхание, а потом легко и спокойно выдохните.

Теперь спокойно, без специальных усилий, сделайте новый вдох. Прикройте глаза.

- Представьте себе вашу боль или обиду в виде раны. Как вы думаете, где именно на вашем теле находится эта рана? Посмотрите на нее мысленным взором. Представьте, как она кровоточит, почувствуйте, как она болит. Да-да, ваша детская обида до сих пор живет в вас, хотя вы, может быть, так привыкли к ней, что не ощущали этой боли. Теперь ваша боль всплыла, стала ощутимой. Не бойтесь этого – за болью придет исцеление.

- Представьте себе, что вы нашли волшебное исцеляющее растение. Вы точно знаете, что оно вам поможет. Мысленно обратитесь к растению за помощью, затем сорвите его лист и приложите к ране. Почувствуйте, как боль стихает. Мысленно перебинтуйте рану воображаемой розовой повязкой с заживляющей мазью.

- Представьте в своем воображении тех, кто нанес эту рану. Можете ли вы простить их? Если да, то представьте себе, как нежный золотисторозовый свет спускается на вас сверху, заполняет вас с каждым вашим вдохом. А каждый выдох уменьшает боль от обиды. Вы снимаете волшебную повязку и видите, что рана уже начала затягиваться. Отметьте то чувство, которое у вас возникло: радость, легкость освобождения, уверенность или что-то другое?

- Снова настройтесь на свое дыхание и открывайте глаза. Теперь необходимо «заземлить» свои фантазии, чтобы они начали работать, принося реальную пользу.

Для этого, завершив мысленное восстановление раненого места, в тот же день или в самое ближайшее время принесите в дом отросток или лист какого-нибудь растения. Его можно купить, попросить у друзей или коллег или прорастить из семени. Понаблюдайте, как оно растет, развивается. Это будет символом вашего избавления от боли обиды. Поговорите с ним, вложите в процесс ухода за ним всю любовь, которая возникает в душе на месте затягивающейся раны. По мере того как новое растение будет укрепляться, будет происходить и ваше исцеление от той боли, с которой вы тогда работали. Сигналом завершения работы послужит то, что вы, помня о ситуации, вызвавшей обиду, начнете относиться к ней по-другому. Окончив работу, поздравьте себя с тем, что вы приобрели новый опыт, стали чуть сильнее. И так каждый раз, освобождаясь от очередной обиды, фиксируйте свой успех, принося в дом новое растение или пересаживая прежние и давая им, как и себе, новое жизненное пространство. Если вы начнете осознавать свои обиды и прощать их сразу же, как только они

сигнализируют о себе, то постепенно все прошлые обиды всплывут и вы исцелите их, а новые не будут так глубоки, ведь вы стали крепче и сильнее.

Техника «Ваша чувственность»

Одним из важнейших путей познания собственного тела является чувственность. Она проявляется каждый раз, когда мы слышим журчание ручья, вдыхаем аромат цветка или танцуем под любимую музыку. Таким образом, чувственность становится неотъемлемой частью нашей повседневной жизни, даря нам постоянную радость и наслаждение. Это самый необыкновенный дар, который мы можем преподнести сами себе. Чувственное взаимодействие со своим телом доступно для нас каждый день. Мы можем сделать большой шаг вперед в стремлении достигнуть гармонии с телом, если активно привлечем к этому чувственность. Мы можем разбудить чувственность – достаточно узнать и помнить о том, что она есть.

Ваша задача сейчас – представить и выразить ощущения собственного тела в каждой из перечисленных ниже ситуаций. Не стесняйтесь приукрашивать, преувеличивать и фантазировать, чтобы ощутить это еще лучше. Подробно представьте ощущения вашего тела:

- от бега в жаркий день, а затем купания в озере (тепло солнечных лучей, прикосновение струй ветра, прохлады воды);

- от прогулки летним утром по лесу (свежесть воздуха, запахи леса, прикосновение травы с каплями росы);

ощущения обнаженного тела на диком пустынном пляже, купания нагишом поздним вечером (прикосновение сухого мелкого песка, ласка теплой воды);

- от танца под любимую музыку (легкость и подвижность тела, слияние с мелодией, раскованность и открытость).

Опишите яркие чувственные воспоминания вашего тела в одной ситуации, не упомянутой здесь (в какой именно?).

Подумайте, как вы могли бы регулярно вносить в жизнь приятные чувственные ощущения. Переориентируйте жизнь таким образом, чтобы ваши чувственные ощущения и удовольствия были так же важны, как и выполнение других задач и обязанностей. Делайте каждый день жизнь радостной, и пусть вам в этом поможет собственное тело!

Техника «Мы не то, что мы едим; мы – то, что думаем о себе»

Все, что происходит в жизни, создано нашими мыслями и убеждениями. На практике это означает, что, если мы хотим изменить какую-то часть жизни, мы должны вначале изменить те убеждения, которые ее создают. Это на первый взгляд звучит банально, но все

осложняется тем, что мы зачастую вообще не осознаем своих убеждений. Большинство убеждений, которые формируют наш образ жизни, неосознанны и к тому же вдобавок нас ограничивают. Мысли типа «я недостаточно хороша» или «я не обладаю нужными достоинствами, чтобы иметь то, что я хочу», глубоко влияют на формирование образа жизни и на отношения к себе. Чтобы изменить эти убеждения, потребуются желание и сосредоточенность. Ведь, чтобы создать нечто новое, нужно сначала освободиться от старого. И до тех пор, пока мы не осознаем и не преобразуем ограничивающие представления, они будут влиять на нас и мешать нам строить то, что мы хотим.

Для того чтобы создать что-нибудь, у нас должен быть определенный образ того, чего мы хотим. Прояснить, какой бы вы хотели себя видеть, не всегда легко. Это требует активного желания открывать то, что важно именно для вас, а не для кого-то еще. Ниже указаны различные представления об определенных аспектах восприятия собственного тела. Спросите себя, к какому мнению ближе вы сами, каковы лично ваши мысли по данному поводу?

1. А. Мне не нравится мое тело, и я не могу изменить этого.

Б. Я способна изменить отношение к своему телу и полюбить его.

2. А. Я не верю, что смогу изменить свое тело: все зашло слишком далеко.

Б. Я действую постепенно, шаг за шагом. Моя первая задача – подружиться со своим телом.

3. А. Я ненавижу любые упражнения и физические нагрузки.

Б. Мягкие и пластичные движения дают мне радость владения собственным телом не хуже, чем обычные упражнения.

4. А. До тех пор, пока я не буду выглядеть, как модель из журнала, я не смогу любить свое тело.

Б. Я ищу собственную правду, я люблю свое уникальное, единственное в своем роде тело.

5. А. Мое тело нездорово и никогда не будет здоровым.

Б. Мне по силам избавиться от своих негативных представлений о здоровье моего тела.

6. А. Я слишком занята другими делами, чтобы заботиться о своем теле.

Б. Именно благополучие тела позволяет мне успешно заниматься другими делами. Я достаточно умна, чтобы правильно расположить мои приоритеты.

7. А. Мне не хватает дисциплины, чтобы регулярно заниматься собой.

Б. Я ежедневно представляю себе, чего хочу достичь, и следствием этого является дисциплина.

8. А. Я никогда не достигну идеального веса.

Б. Мое тело станет таким, каким я его представляю. А значит, мой вес будет таким, какой идеален именно для меня.

Если у вас преобладают негативные мысли о своем теле, то неудивительно, что оно перестало вас радовать. Но все еще можно изменить.

Если у вас положительные представления о нем, то вы на верном пути – ваше тело начнет дарить вам удовольствие и радость. Говорите своему телу, как вы его любите и цените. Подходящий момент для этого – когда вы в первый раз утром смотрите в зеркало. Ваше тело будет благодарно вам за внимание к нему, и вы определенно достигнете того, чего хотите.

Основная задача каждой из нас – полюбить себя такой, какая есть, в то же время прислушиваясь к себе и стараясь позаботиться о себе наилучшим для вас образом. Не сидеть сложа руки в печали, а творить, выдумывать, формировать себя и свое тело заново, самостоятельно.

Техника «Успешные отношения с партнером и ваше тело»

Главное изменение, в котором нуждается ваше тело, – это изменение вашего отношения к самой себе. Прочтите внимательно каждый из предложенных ниже вопросов. Пусть вам никто не мешает – останьтесь наедине с собой. Подумайте, прежде чем давать первый пришедший в голову ответ. Спросите себя, как у вас чаще происходит.

- Доставляет ли вам удовольствие, когда партнер смотрит на ваше тело?

- Допускаете ли вы физические признаки расположения (объятия, поцелуи) в отношении людей, которые вам нравятся? Если нет – почему?

- Вы намеренно избегаете носить экстравагантную одежду, чтобы не привлекать внимания мужчин?

Проявляете ли вы инициативу, чтобы познакомиться или назначить свидание кому-либо, кого вы хотите привлечь? Если нет – почему?

- Если кто-то проявляет к вам интерес или ищет с вами знакомства, как вы реагируете на это?

- Осознаете ли вы свою позу и мимику, общаясь с предполагаемым партнером? Как чаще вы себя держите?

- Когда партнер говорит вам, что вы красивы, как вы обычно реагируете?

- Трудно ли вам поверить, что кто-то может действительно вас любить? Если да – почему?

- Если ваш сексуальный партнер видит вас обнаженной, как вы себя чувствуете?

Обдумайте свои ответы. Возможно, они говорят о вашей неудовлетворенности собственным телом, о низкой самооценке. А пока у вас нет положительного отношения к телу, вам будет трудно поверить, что кто-то может желать его или им восхищаться. Это и есть главная причина проблем с вашим партнером. Но стоит вам разрешить себе быть привлекательной – и недостатки начнут исчезать, ваше тело изменится именно таким образом, как этого хотите вы сами.

4.4. Танцевально-двигательная терапия

Танцевальная терапия (или танцевально-двигательная терапия – ТДТ) как отдельное направление психотерапии оформилась примерно в 50-70-х годах XX столетия (Рудестам, 1998). С одной стороны, она ведет начало из древних ритуалов и традиций, а с другой, – является «совместным продуктом» развития современного танца и психотерапии.

Официальное определение Американской ассоциации танцевально-двигательной терапии (<http://www.adta.org/>) гласит: «Танцевально-двигательная терапия – это вид психотерапии, который использует движение для развития социальной, когнитивной, эмоциональной и физической жизни человека».

Танцевальная терапия происходит из сценического танца, но если там чувства выражаются посредством в высокой степени структурированных движений, то в терапии это свободная экспрессия и спонтанность импровизации, где стилизация, делающая танец представлением или видом искусства, не играет никакой роли. Танец является коммуникацией посредством движения, поэтому в танцевальной терапии нет стандартных танцевальных форм и для экспрессии могут использоваться любые движения. Цели танцевальной терапии – это осознание собственного тела, создание позитивного образа тела, развитие навыков общения, исследование чувств и приобретение группового опыта. Фундаментальное значение для танцевальной терапии имеют взаимоотношения между спонтанными движениями и психическим состоянием, поскольку этот метод основан на идее о том, что характер движений отражает особенности личности.

Танцевальная терапия позволяет проводить групповые и индивидуальные занятия, на которых можно работать с межличностными проблемами, тревогами и страхами, кризисными ситуациями, с экзистенциальными проблемами потери жизненного смысла или непониманием себя. К терапевту прежде всего обращаются люди, которые перерабатывают информацию через движения (их иногда называют кинестетиками). Чтобы полностью что-либо понять, таким людям необходимо ощутить это в теле и выразить через движение. Для них движение – это способ самовыражения, самопознания и развития (Бирюкова, 1998). Хотя это могут быть и люди другого склада (аудиального или визуального типа), которые на определенном этапе жизни стали

понимать, что для решения проблемы им необходимо обратиться к своему телу, научиться понимать его язык и вступать с ним в диалог.

Танцевальная терапия в группах психосоматических пациентов подразумевает решение по меньшей мере пяти задач:

1. Углубление осознания собственного тела и возможностей его использования, что улучшает физическое и эмоциональное состояние участников.

2. Усиление чувства собственного достоинства путем выработки позитивного образа тела. Клиенты с серьезными нарушениями могут испытывать затруднения при установке границы между собственным телом и объектами окружающей среды. В таких случаях цель танцевальной терапии – создание адекватного образа тела. Танец позволяет сделать образ тела более привлекательным, что напрямую связано с позитивным образом Я.

3. Развитие социальных навыков, приобретение участниками соответствующего опыта, при этом сам процесс доставляет удовольствие. В некоторых группах может потребоваться обучение элементарным навыкам общения. Неспособность адекватно выражать свои эмоции ярче всего проявляется у психотиков. Танцевальные движения в данном случае представляют собой относительно безопасное средство связи с окружающими в процессе обучения социально приемлемому поведению.

4. Контакт с чувствами путем установления связи между эмоциями и движениями. При творческом подходе танец приобретает экспрессивность, позволяющую высвободить подавляемые чувства и исследовать скрытые конфликты, которые могут быть источником психического напряжения. Здесь уместно говорить о катарсисе, поскольку танец высвобождает скрытые чувства, а это имеет прямой терапевтический смысл. Танцевальные движения не только экспрессивны, но и обладают способностью снимать физическое напряжение, в особенности если они включают раскачивание и растяжку.

5. Занятия в группе танцевальной терапии подразумевают совместную работу участников, игры, исследования и эксперименты с жестами, позами, движениями и другими невербальными компонентами общения. Все это способствует приобретению группового опыта.

Танцевально-двигательная терапия – это единственный вид терапии, для которой необходимо много свободного пространства. Терапевт этого направления постоянно работает с собственным телом, используя его как инструмент, с помощью которого он знакомится с невербальным миром пациента.

Таким образом, в танцевальной терапии существуют три основных области работы:

- тело и движения;
- межличностные отношения;
- самосознание.

Целью терапии в первой области является активизация тела для того, чтобы помочь пациенту полностью обнаружить свои напряжения и конфликты и развить способность тела усваивать опыт интеграции и координации.

Во второй области терапевт работает над коммуникацией, используя ритм и прямое физическое взаимодействие. Групповой опыт позволяет увеличить степень самосознания через визуальную обратную связь, которую человек получает, наблюдая за движениями других людей. Когда участник видит, как другие люди выражают свои чувства через тело, он начинает идентифицировать и выражать свои собственные чувства. Микрокосм группы дает участнику возможность получать и давать обратную связь и расширять свой поведенческий репертуар.

Работа в области самосознания опирается на представление о том, что осознанный телесный опыт создает предпосылку для лучшего понимания себя. Тело позволяет непосредственно выразить свою личность. Физический опыт действия мышц тут является методом самопознания и исследования себя, он развивает Я-концепцию и способствует повышению самооценки.

Реализация поставленных целей в танцевальной терапии осуществляется с помощью следующих методических приемов (Шкурко, 2003):

- 1) индивидуальный спонтанный танец, отражающий уникальную манеру исполнителя;
- 2) диадный танец, при исполнении которого участники получают опыт взаимодействия с совершенно разными – с точки зрения темперамента и характерологических свойств – людьми, а также возможность изучения различных паттернов близких эмоциональных отношений;
- 3) групповой танец, при исполнении которого участники получают опыт множественного взаимодействия с другими и многократного отражения себя в других людях;
- 4) групповой круговой танец;
- 5) кинестетическая эмпатия;
- 6) аутентичное движение;
- 7) ритмическая групповая активность;

- 8) экспериментирование с движением и прикосновением;
- 9) целенаправленный выбор музыки;
- 10) целенаправленный выбор темы танцевального взаимодействия;
- 11) использование невербальных ритуалов начала и конца занятия;
- 12) техники работы с «мышечным панцирем»;
- 13) запуск разнообразных видов обратной связи: от безоценочной описательной обратной связи до творческой интерпретации личности другого.

Танцевально-двигательная терапия может быть частью различных психотерапевтических подходов и работать с разными уровнями сознания. Кроме того, что танец сам по себе является гармоничной физической практикой, танцевальная терапия может использовать различные модели терапевтической работы:

- 1) принципы эмоционального катарсиса (поскольку телесное выражение чувств дает самый прямой и естественный доступ к значимому опыту);

- 2) модель психоаналитической (глубинной) терапии (поскольку танец позволяет осознать довербальный опыт и ранние стадии развития);

- 3) подходы сценарной и ролевой терапии (поскольку танец является «высшей и самой совершенной формой игры» и наглядным способом символизации) (Хейзинга, 1992);

- 4) принципы экзистенциальной терапии (когда темами танца и «партнерами» в нем становятся любовь, одиночество, свобода, ответственность и смерть).

Джоан Смолвуд (Smallwood, 1974), юнгианский аналитик и танцевальный терапевт, выделила три компонента терапевтического процесса:

1. Осознание (частей тела, дыхания, чувств, образов, двойных сообщений, когда наблюдается диссонанс между вербальным и невербальным посланием).

2. Увеличение выразительности движений (развитие гибкости, спонтанности, разнообразия элементов движения, включая факторы времени, пространства и силы движения, определение границ своего движения и их расширение).

3. Аутентичное движение (спонтанная двигательная импровизация, идущая от внутреннего ощущения, включающая в себя переживания и чувства и ведущая к интеграции личности). Аутентичное движение активизирует бессознательные части психики, описанные К. Юнгом (Oppikofer, 1976/77).

Аутентичное движение как метод терапии, основанный на аналитической психологии К. Юнга, создала Мэри Уайтхаус. Внешне техника кажется простой – есть движущийся и есть наблюдатель. Движущийся закрывает глаза и, слушая импульсы своего тела, следует им. Аутентичное движение, с одной стороны, рассматривается как один из методических приемов внутри танцевальной терапии (Musicant, 1994), с другой стороны – как двигательная практика вне терапевтического контекста. Метод аутентичного движения позволяет выражать разнообразные аспекты личности, как осознанные, так и бессознательные, в безопасной обстановке принятия и понимания. При групповой работе наблюдателем могут стать терапевт, отдельные участники группы или вся группа целиком. Наблюдатель играет особую роль – он привносит специфическое ощущение присутствия.

Аутентичное движение способствует исцелению, поскольку тело получает доступ к скрытым воспоминаниям и переживаниям и выводит их на свет осознания. Тело хранит историю человечества: эволюционные паттерны движений, рефлексy и личный опыт. При использовании аутентичного движения участники строят диалог между сознанием и подсознанием. Существует несколько основных источников движения: личное бессознательное (личная история); коллективное бессознательное (трансперсональное и кросскультуральное); сверхсознательное (связанное с энергиями, выходящими за пределы Я). Можно заметить некоторые модальности движения, которые рождаются из этих источников: импульсы, идущие исключительно из ощущений (такие как потягивания или защита от угрозы), импульсы, основанные на переориентации сознания (такие как вращения, ходьба назад, повороты), импульсы движения как путешествия (такие как раскрытие истории движения) или же импульсы, основанные на эмоционально заряженных или духовно трансформирующих состояниях (выражение внутренних голосов, ритуальные жесты или архетипические характерные образы). Эти источники и модальности отражают различные аспекты движения, и все они проявляются в аутентичном движении.

Кроме этого, к танцевальной терапии иногда относят методы контактной импровизации. Упражнения по контактной импровизации и композиции являются простым и наглядным обучением метаструктурам взаимодействия: присоединению, противодействию (контрасту) и комплементарности (дополнительности). Упражнения на групповую импровизацию развивают целостное видение ситуации в динамике и позволяют найти в ней свое место. Многие упражнения тут направлены на развитие способности сохранять определенное состояние в меняющихся

условиях, и этот важный навык достаточно легко переносится на жизненные ситуации.

Главной задачей контактной импровизации является освобождение пациентов от негативного опыта и комплексов, связанных с недооценкой своего тела, страхом перед ним или утратой телесных ощущений, через реализацию сверхзадачи – возврата к собственному телу, его обретения.

Творческая двигательная импровизация и бессознательные свободно-ассоциативные движения являются основой процесса танцевально-двигательной терапии (Bernstain, 1980, 1981). Танцевально-двигательная терапия, которая опирается на теорию объектных отношений, фокусируется на том, чтобы сделать довербальное видимым через экспрессивное переживание и через символическое разыгрывание в переходном пространстве «игры». Работая и с телом, и с представлениями, терапевт может облегчить достижение психосоматической интеграции, которая является источником подлинного ощущения целостности.

При нарушениях пищевого поведения и ожирении тело рассматривают не только как оболочку, где прогрессирует расстройство, но и как самостоятельный объект, нагруженный страхом или ненавистью. Именно поэтому лечение таких расстройств должно затрагивать разные уровни: эмоциональный, двигательный, духовный и соматический. Как уже говорилось выше, при лечении нарушений пищевого поведения в танцевально-двигательной терапии одной из важнейших сфер работы является образ тела.

Канадский танцевальный терапевт Мелани Дансон (Melanie Danson) разработала танцевальную программу движения для лечения пациентов с алиментарным ожирением, которые находятся на диете из-за избыточного веса (Гренлюнд, Оганесян, 2004). Данная программа включает три стадии.

Задача первой стадии – придать телу энергию. Потому что если организм поступает мало питания, ему необходимо получать больше сенсорной стимуляции. Это достигается в танце, за счет чего общий эмоциональный фон становится позитивнее. Эта фаза включает движения, удлиняющие тело, резкие жесты и прыжки.

Вторая фаза – это работа с депрессивным состоянием, которое проявляется в форме ощущения безнадежности, связанного с телом. В животе урчит, рот и глаза хотят поглощать еду, в голове крутятся мысли о еде. Здесь нужны круговые движения, например тихий вальс, который успокаивает и дает утешение. На этой стадии пациенты начинают рассказывать о своих чувствах и о проблемах полноты.

На третьей, последней, фазе пациенты эйфорически двигаются и

чувствуют легкость и счастье. Тут круговой танец способствует развитию групповых чувств, позволяет ощутить совместный успех.

При ТДТ нарушений пищевого поведения следует опираться на следующие принципы (Rice et al., 1989):

1. Существуют корреляции между паттернами движений (или позами) и мыслями (Schmais, 1985). Например, пациент с фиксированными, ригидными убеждениями демонстрирует и ригидные позы тела. Когда же увеличивается диапазон возможных движений, обогащается и репертуар способов совладания с трудными жизненными ситуациями (Dulicai, 1984). Осваивая новые движения, пациент попутно открывает новые способы переживания мира и выражения эмоций.

2. В структуре Я человека тело и психика являются внутренне связанными частями, составляющими единое целое (Bartenieff, 1980; Bernstein, 1972). Эта связь двухсторонняя. Движения тела зависят от мыслей, установок и чувств; в свою очередь, мысли, установки и чувства находятся под влиянием ритма и движений тела. Следовательно, физическое тело служит мостом между внутренним и внешним опытом. Изменения в паттернах движений могут привести к изменению внутренних феноменов, таких как образ тела или чувства по отношению к своему Я. С другой стороны, изменения движений могут отражать изменения во внутреннем мире человека.

3. Первичная связь между младенцем и матерью (или другим, заботящимся о нем человеком) устанавливается физически через ритмические телесные движения, включая сердцебиение матери (Kestenberg, 1965a). Ритм остается важным элементом взаимоотношений на протяжении жизни, он создает чувство единения на невербальном уровне, что обычно происходит без осознания (Kestenberg, 1965a, 1965b, 1967; Schmais, 1985). Терапевт может использовать этот элемент, который является основой танца или движения, для того чтобы установить связь с пациентом.

4. Танец или движение – это активность, связанная с первичным процессом; это значит, что она исходит прямо из бессознательного пациента и не использует символы языка для выражения (Bernstein, 1972). Через движение темы тела получают физическое выражение помимо слов.

5. ТДТ может создать условия для терапевтического телесного переживания (Bartenieff, 1980; Bernstein, 1972). Тело по его природе деятельно, и методы танцевальной терапии могут опираться на эти качества. В то же время приятные телесные ощущения танца и движения нейтрализуют негативные аффекты, связанные с прошлым.

6. Страх и неадекватное восприятие реальности порождают сопротивление, которое представлено на телесном уровне в виде энергетических блоков или напряжения (Bernstein, 1972; Лоуэн, 1996; Райх, 1999). Такое сопротивление можно переработать посредством двигательной активности.

7. Любой человек обладает здоровой внутренней творческой силой. ТДТ пытается раскрыть эту силу; вот почему это позитивная терапия, ориентированная на рост личности. Чем здоровее сила Эго – другими словами, чем выше его эмоциональная стабильность и способность справляться с эмоциональными трудностями, – тем менее активен терапевт в процессе ТДТ.

При работе с пациентами, страдающими анорексией или избыточным весом, терапевт исходит из того, что наблюдаемые двигательные паттерны пациентов изначально функциональны. Однако они становятся дисфункциональными, так как альтернативы исключаются, а эти паттерны получают жесткую фиксацию. Поэтому расширение репертуара движений пациента может усилить чувство контроля, а также повысить самоуважение.

Для коррекции искажений образа тела у пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением была предложена программа, состоящая из трех модулей:

1. Модуль 1. «Что такое тело?»
2. Модуль 2. «Кто является хозяином этого тела?»
3. Модуль 3. «Что может делать мое тело?»

Эту модель можно использовать вне зависимости от того, планируется ли работа в течение 2–3 сессий – краткосрочный курс терапии – или на протяжении длительного периода. План терапии включает постепенную проработку всех перечисленных выше этапов, невзирая на количество сессий. Тут используется точный подбор упражнений для каждого конкретного пациента или конкретной группы. Выбирая нужные упражнения, терапевт опирается на следующие критерии: тяжесть заболевания, сильные и слабые стороны двигательных паттернов, жесткость или гибкость тела, уровень развития сенсорных ощущений, а также предпочтения и мотивация выполнять телесную работу.

Если танцевальная терапия проводится индивидуально, то на первой сессии происходит оценка и обучение пациента. Терапевт сосредоточивает свое внимание на телесном опыте пациента, на его образе тела и на том, как на этот образ влияет окружение. Терапевт может передать нужную информацию об анатомии и кинезиологии.

На этом этапе можно получить дополнительные важные данные, если попросить пациента больше двигаться, чем говорить. Например, можно попросить его показать, что ему нравится делать со своим телом. Терапевт может и сам принимать участие в движениях, следуя инструкциям пациента. Терапевт внимательно наблюдает за тем, как чувствует себя его собственное тело, какие части тела он осознает, является ли упражнение комфортным или нет, болезненно оно или приятно, где у него возникает мышечное напряжение. Через движения он лучше понимает своего пациента. Процесс подражания даже самым простым движениям, таким как походка пациента, дает терапевту возможность проникнуть в его внутренние переживания.

Продолжительность терапии зависит от нескольких факторов: во-первых, работа над образом тела обычно является дополнительным компонентом какой-то другой программы лечения, откуда пациента направляют на ТДТ для работы над специфичной проблемой или же над образом тела в целом; во-вторых, следует степень готовности пациента работать с соответствующим материалом, его степень дискомфорта в теле и движениях и тяжесть заболевания; в-третьих, танцевальному терапевту необходимо оценить, насколько такая модальность подходит данному пациенту.

При длительном курсе ТДТ на каждое упражнение затрачивается большее количество времени. Темы для движений берутся из словесных высказываний пациента в течение сессии. Терапевт может создать метафоры для реальных жизненных ситуаций, с которыми сталкивается пациент; эти же ситуации можно исследовать через движение.

Одной из важнейших техник ТДТ является прикосновение. Это очень мощный инструмент, затрагивающий личность пациента, поэтому прикосновением следует пользоваться аккуратно. «Когда ты прикасаешься к телу, ты прикасаешься к душе» – это важный принцип, которому терапевт должен следовать, применяя прикосновение. Некоторые пациенты даже сам разговор об образе тела рассматривают как вторжение или оскорбление. В этом случае лучше избегать прикосновения или навязанных упражнений. Но для других пациентов, особенно при состоянии диссоциации, прикосновение на сессии является основным путем к «заземлению». Терапевт не должен прикасаться к телу пациента, если он чувствует при этом дискомфорт. Обычно пациент приписывает себе ответственность за дискомфорт терапевта. Важно также, чтобы терапевт ясно сознавал свои собственные телесные границы (сюда относятся, например, дифференциация себя от другого, различных частей тела, приемлемые

способы прикосновения) и доверял своему клиническому здравому смыслу, решая вопрос об уместности прикосновения к телу конкретного пациента в данный момент.

Достаточно часто на первых этапах лечения пациенты с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением неуютно ощущают себя в группе. Склонность к перфекционизму часто обостряется под воздействием соревнования с другими членами группы. Когда пациент сравнивает свой вес и свою внешность с данными других участников терапии, это иногда приводит к негативным последствиям. В некоторых случаях лучше начать с индивидуальной работы, а когда автономия пациента увеличивается, можно поставить вопрос о групповом лечении. Многие упражнения каждого из трех модулей для работы с группой, приведенные ниже, можно использовать и для индивидуальной работы.

Специалист по ТДТ может исполнять различные роли: быть основным терапевтом, одним из участников лечебной команды или помощником в контексте традиционной вербальной терапии. При любой форме взаимодействия важно, чтобы терапевт и пациент ясно представляли роль двигательной работы в рамках общего лечебного плана.

Каждое занятие по танцевально-двигательной терапии состоит из вводной части (разминки, «разогрева»), одного-двух основных упражнений, которые занимают больше всего времени, и заключительной части.

Если танцевальная терапия проводится в группе, то на первом занятии терапевт знакомит участников с целями и принципами работы группы, к которым относятся: 1) принцип добровольности участия; 2) принцип постоянства состава; 3) принцип «здесь и теперь»; 4) принцип конфиденциальности – и другие, которые обсуждаются и принимаются членами группы (Малкина-Пых, 2005б). Кроме того, терапевт рассказывает о психотерапевтических, психологических и социальных функциях танца, в том числе – в историческом аспекте. Это необходимо для формирования общих представлений о психологической ценности и эффективности разнообразных танцевально-экспрессивных техник и для придания значимости последующим занятиям.

На этом же этапе группа может разработать ритуалы начала и окончания занятий. Как правило, предлагаются несколько ритуалов, затем их обсуждают и выбирают наилучшие с точки зрения всей группы. Это может быть один и тот же ритуал для начала и окончания занятия, главное, чтобы он был невербальным и не занимал много времени, не превращаясь еще в одно упражнение для разминки. Если группа затрудняется в выборе

ритуала или не видит в нем смысла, пока стоит отложить этот вопрос до следующего занятия, дав возможность участникам прийти к общему решению. Самостоятельно выработанный ритуал группа затем выполняет с большим энтузиазмом, чем действия, предложенные ведущим (Шкурко, 2003).

Каждое занятие рекомендуется начинать с разминки. Цель разминки – создать у участников нужный эмоциональный настрой на движение с музыкой; «разогреть» все тело и подготовить его к последующей работе; сбросить накопившееся напряжение, расслабиться. Кроме того, разминка помогает терапевту выявить репертуар движений участников, а в случае необходимости он может предложить (продемонстрировав их) некоторый набор движений для расширения и обогащения репертуара.

В зависимости от задач, которые преимущественно решаются в разминке (обогащение репертуара движений или выявление его объема), терапевт может давать разные инструкции: двигаться в соответствии с предлагаемым образцом или «кто как хочет».

Продолжительность разминки 15–20 минут. Она выполняется под запись нескольких следующих одна за другой без пауз инструментальных произведений разного характера, преимущественно современного эстрадного стиля, более или менее близкого к повседневно звучащей и привычной музыке. Это позволяет достаточно легко и естественно подвести участников с разным уровнем подготовки к последующим упражнениям, выполняемым под музыку иных направлений и стилей.

Движения при разминке связаны с характером звучащей музыки, участники группы могут качаться, топать, трястись, потягиваться, делать взмахи, хлопать и т. п., что помогает сбросить мышечное напряжение. В ходе разминки возрастает физическая нагрузка за счет перехода от спокойного шага к бегу, а затем к прыжкам, а также благодаря постепенному увеличению амплитуды и скорости, все более активному участию в целостном движении корпуса (шеи и плеч). При этом каждый участник дозирует свою нагрузку самостоятельно. В конце разминки (когда звучит последний музыкальный фрагмент) выполняются спокойные покачивания, уменьшающие интенсивность движений и позволяющие восстановить ровное дыхание.

После разминки дается упражнение на расслабление или отдых (лежа на спине в позе «звезды») на фоне негромкой спокойной музыки. Затем можно предложить участникам обсудить свои ощущения, впечатления, замечания.

Модуль 1: «Что такое тело?»

Целью первого этапа является расширение сферы телесного осознания пациента. Его как бы обучают словарю, который позволяет описывать ощущения тела, включая прикосновение и кинестетическое чувство. Таким путем пациент может научиться воспринимать и интерпретировать свои телесные сигналы. Возможно, необходимо будет рассказать пациентам о различных сенсорных и проприоцептивных каналах, через которые люди воспринимают сигналы (например, температуру, давление, напряжение и расслабление). Иногда также важно дать информацию о функциях тела, если у пациента существуют неверные представления об этом.

Другой целью является повышение чувствительности к индивидуальным особенностям своего тела и развитие способности различать базовые реакции (то есть удовольствие или неудовольствие) его различных частей. Это можно осуществлять различными способами. Например, можно использовать характерные жалобы по поводу телесного дискомфорта. Это позволяет начать ознакомление пациента со многими специфическими терминами, касающимися тела и его ощущений. Детальное сосредоточение на телесных сигналах способствует «снижению порога чувствительности», другими словами, помогает пациенту различать менее заметные телесные сигналы. Другой способ заключается в том, что пациенту предлагают назвать части тела, которые он любит и не любит. Или же терапевт и пациент могут сравнивать части своих тел, описывая их отличительные черты. Внимание к периферическим частям тела часто вызывает меньше тревоги, чем внимание к частям центральным, например – к туловищу. Поэтому на данном этапе исследование тела часто начинается с рук или ног. Ниже представлены некоторые техники и упражнения, которые используются на первом этапе лечения.

Упражнение «Прикосновение к себе»

Это упражнение используют для начального знакомства с сенсорным осознанием. Главным образом оно посвящено расширению сферы кинестетического и тактильного осознания. Терапевт помогает пациенту исследовать свое тело с головы до ног. Пациент с помощью прикосновений к себе изучает свое тело, обычно с закрытыми глазами. Недоверчивым можно предложить «спокойно сосредоточиться» и обращать внимание на стимулы. Терапевт может направлять это исследование, давая такие инструкции:

«Я хочу, чтобы вы прикоснулись пальцами к своим волосам, обращая внимание на их строение и температуру. Они вьются? Прямые они или волнистые? Толстые или тонкие? Проследите линию волос пальцами. Она помогает очертить форму вашего лица. Что ощущает лицо? Как на ощупь

воспринимается то, что можно увидеть в зеркале? А сейчас продолжайте исследование, прикоснитесь к своему лбу... Наморщите его, почувствуйте это. Обратите внимание, как меняется его форма».

В исследовании можно затронуть более глубокие слои: кости, мышцы, жировые отложения. Пациента необходимо поощрять, чтобы тот почувствовал особенности различных систем организма. Можно попросить его определить, какая область тела имеет больше мышц, и предложить изучить отличие напряженных мышц от расслабленных. После того как исследование тела проведено полностью, необходимо обсудить, что пациент заметил в себе. Часто он может обратить внимание на разницу между тем, что он чувствует, и тем, что видит.

Техника «Карта вашего тела»

Пациент лежит на большом листе бумаги, а терапевт обводит контур его тела.

Инструкция терапевта:

Чтобы узнать свои потребности или цели, а также рассказать о них терапевту, полезно иметь представление о том, что происходит в вашем теле. Заполните очертания тела на картинке, задав себе приведенные ниже вопросы, но не ограничивайтесь только ими. Если у вас появится что-то еще, отметьте также и это.

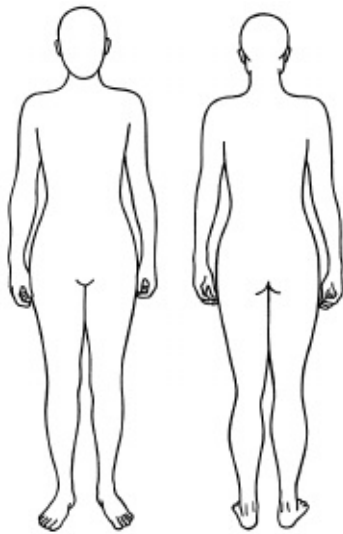


Рис. 4.1

Перед тем как прочитать вопросы, остановитесь, закройте глаза и несколько раз глубоко вдохните и выдохните, чтобы внутренне сосредоточиться. Когда почувствуете, что готовы, откройте глаза и прочитайте вопрос. Снова закройте глаза, если это помогает вам лучше чувствовать происходящее. Делайте то, что хотите, – ходите, сидите,

лежите, – чтобы понять, что происходит в вашем теле.

Чувствую ли я, что мое тело сбалансированно? Одинаково ли развиты, равно сильны и гибки верхняя и нижняя части, передняя и задняя, левая и правая стороны? Отметьте любую область, которая кажется чересчур массивной, слабой, гибкой или ригидной.

Где я чувствую ограничение в движении? Где присутствует беспокойство, зажатость, напряжение или страх? Впишите то, что соответствует вашим ощущениям.

Где я чувствую себя свободно и расслабленно? Где в теле мне легко и удобно?

Где я чувствую боль? На что она похожа? Жжет ли, как раскаленные угли? Или острая, как нож? Может быть, она тяжелая, как грузовик? Или колет иголками? Есть ли у нее цвет? Если вам трудно ее описать, то просто напишите в этой зоне слово «боль».

Где я ничего не чувствую? Отметьте места онемения.

Пытается ли какая-то часть моего тела сказать мне что-то? Что это за послание?

Если пациенту необходимо развивать заботу о себе, он может попробовать прикасаться к карте тела так, как он хотел бы заботиться о себе самом.

Техника «Чего хочет ваше тело»

Инструкция терапевта:

Лежа или сидя – закройте глаза. Дышите нормально, ничего не усиливая, пока не почувствуете, что ум успокоился, а дыхание замедлилось. Потом молча, внутренне спросите все тело или его конкретную часть, в которой чувствуется боль, дискомфорт или скованность, чего оно или она хочет. Вы можете задать общий вопрос типа: «Что лучше всего тебе поможет?». Если ответ – слово, образ или чувство – не приходит, можно задавать более конкретные вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет». Например: «Успокоит ли тебя лучше всего общая релаксация?», или «Ты хочешь сбалансировать энергию?», или «Лучше всего для тебя сейчас глубинная терапия?», или «Пришло время структурной перестройки?», или «Ты готово научиться двигаться по-другому?» и т. п.

Если вы чувствуете себя неплохо и хотели бы улучшить и расширить круг своих действий, можно задать себе другие вопросы. Например: «Какое занятие даст мне возможность реализовать потенциал бегуна?», «Что поможет чувствовать себя в танце легче и грациозней?», «Что поможет оставаться с возрастом гибким и активным?».

Техника «Эмоции в вашем теле»

Инструкция терапевта:

Прислушайтесь к какой-либо части вашего тела, где хранится определенная эмоция. Осознайте, что вы там чувствуете. Сосредоточьтесь на особенностях этой области. Она удобная, теплая, зажатая, холодная, слабая, тяжелая, болезненная, мягкая или онемевшая? Приходит ли вам в голову какой-нибудь образ или цвет? Когда вы обращаете внимание на эту область, не вспоминается ли неожиданно какой-нибудь человек или случай? Или что-то еще? Какое чувство с ней связано: злость, любовь, горе, сожаление, конфликт? Попробуйте выяснить, что может хранить в себе ваше тело.

Техника «Диалог со своим телом»

Инструкция терапевта:

Спрашивали ли вы когда-нибудь свое тело, что оно думает о том, как вы о нем заботитесь? Теперь, чтобы вступить в сознательные отношения со своим телом, сначала представьте себе его желаемый образ. Это будет работа с внутренними убеждениями.

Отведите на этот диалог около двадцати минут. Найдите такое место, где вас не потревожат. Сядьте в удобное кресло, включите мягкую расслабляющую музыку. А затем ответьте себе на следующие вопросы:

- Насколько вы осознаете возможности своего тела?
- В хорошем ли оно состоянии?
- Нравится ли вам пища, которую вы едите?
- Достаточно ли вы отдыхаете?
- Чувствуете ли вы, что любите свое тело, заботитесь о нем, отдаете ему должное?
- Какие образы приходят вам на ум, когда вы думаете о своем теле?
- Перечислите подробно, что вы делали прежде для того, чтобы привести ваше тело в желаемую форму.
- Как тогда относилось к этому ваше тело: сердце, желудочно-кишечный тракт, голова, общее самочувствие?
- Оцените с теперешней позиции, насколько перечисленные выше методы были нужны и полезны вашему телу.
- И наконец, теперь скажите своему телу все, что вы думаете о нем.
- Как вы думаете, а что ваше тело могло бы вам сказать в ответ?

Упражнение «Осознание тела-1»

Инструкция терапевта:

Лягте на пол и расслабьтесь. Не торопите процесс осознания, всему свое время. Вы можете почувствовать пол, который давит на какую-то часть тела, свободу в одних участках и зажимы в других. Один из них

чувствует себя легким, другой тяжелым; один свежим, другой – усталым. Получайте и принимайте все приходящее изнутри и извне без оценки и без «этикеток». Не нужно думать, что «плохо» чувствовать зажимы или что «правильно» быть свободным. Здесь эти категории непригодны, потому что это тренировка переживания. По мере того как уменьшается ожидание, ощущения становятся богаче и полнее и вы можете начать сознавать изменения, которые происходят сами по себе. Напряжение ослабит, пол станет удобнее. Вы можете начать сознавать свое дыхание и изменения в нем.

Техника «Осознание тела-2»

Инструкция терапевта:

Лягте, не перекрещивая ноги и руки. Постарайтесь немного подвигаться, потянуться, чтобы лучше почувствовать свое тело, отметить места, где оно опирается на кресло или ковер.

- Прикройте глаза. Позвольте глазам стать расслабленными и тяжелыми, как будто они не в состоянии открыться. Обратите внимание, как вы дышите. Проследите, как воздух входит в ваши легкие... как он выходит... Постарайтесь делать паузы после вдоха и после выдоха, а сам выдох удлинять. Вслед за дыханием войдите внутрь себя.

- Направьте свое внимание на ощущения тела. Попробуйте пошевелить пальцами ног. Не тесно ли им, теплые они или холодные?... Подвигайте стопами, подвижны ли они?... Вы поднимаете луч вашего внимания вверх по ноге, отследите, не напряжены ли икры? Почувствуйте ваши колени и бедра... Равномерно ли распределяется тепло вдоль всей ноги? Может быть, колени чуть холоднее или теплее?... Одинаковы ли ощущения в левой и правой ноге? Нет ли где напряжения?

- Если вы отследите напряжение какой-либо зоны, направьте туда мысленно дыхание, сделайте так несколько раз, пока не почувствуете расслабления.

Ваше внимание перемещается вверх, ощутите тазовые кости, охраняющие внутренние органы. Чувствуете ли вы процессы, протекающие в толстом кишечнике? Нет ли там напряжения? А тонкий кишечник? Идет ли какая-нибудь работа в вашем желудке? Успели ли вы проголодаться?

Мысленно вернитесь к дыханию, проследив тот путь, который совершает вдыхаемый воздух, через трахеи заполняя бронхи и легкие. Прислушайтесь к сердцу. Не считайте удары, а просто ощутите ритм его биений. Внутренне отыщите точки, пульсирующие в такт с ним: на шее, в коленях, на запястье.

Как чувствуют себя ваши плечи? Они приподняты или опущены? Пройдите мысленным взором вдоль рук: чувствуете ли вы в них какое-нибудь напряжение?

Перенесите внимание на линию позвоночника. Почувствуйте мышцы спины.

Снова переместите внимание вверх, расслаблена ли шея? Удобно ли лежит голова? Расслаблены или напряжены подбородок, язык, щеки? Теплее или холоднее лица уши? Нос? Не напряжен ли лоб?

Сравните верхнюю и нижнюю части туловища, а также правую и левую половины. Одинаково ли они теплые, может быть, какая-то холоднее? Насколько легко вам удастся осознать все зоны в вашем теле? Нет ли нечувствительных областей?

- Теперь постарайтесь ощутить свое тело как единое целое. Скажите: «Это я, (имя)! Я здесь живу». Посмотрите на все хорошее, что есть в вашем теле, которое верно вам служит, всегда готово прийти на помощь. Посмотрите, какое это привлекательное тело, скажите себе, что вы любите ваше тело таким, какое оно есть. Но чтобы чувствовать себя в нем защищенным, его надо холить и лелеять, заботиться о нем. Если отдельные части тела ускользали от осознания, поговорите с ними, поблагодарите их. Послушайте, что они попросят: диеты, или физкультуры, или поменьше курить, или больше отдыха?

- Представьте себе, что вы вдыхаете золотистый солнечный свет, который постепенно заполняет вас целиком. Если остаются какие-либо темные участки, старайтесь дышать через них, наблюдая, как темные сгустки рассеиваются.

- Насладившись состоянием расслабления и покоя, пошевелите пальцами рук и ног, настройтесь на свое дыхание и возвращайтесь сюда, в эту комнату.

Упражнение «Забота о себе»

Если пациент пережил физическую травму или нанес повреждение сам себе, можно предложить ему нежно прикоснуться к части тела, которая получила травму, и позаботиться о ней. Например, пациентка аккуратно гладит шрам, говоря: «Это часть меня, которой было больно, и я могу о ней позаботиться». Нередко сначала терапевт должен показать, как прикасаться к себе с нежностью. Этим он демонстрирует, как заботиться о себе и уважать себя, получая от этого удовольствие.

Модуль 2: «Кто является хозяином этого тела?»

После знакомства с внутренними ощущениями тела и усвоения словаря для их описания пациент готов учиться отделять свое Я от

воздействий извне. Право собственности на свое тело предполагает знание о его границах. Это значит, что человек, включенный в какой-либо контекст (семью, культуру), не тождественен этому контексту. Границы Эго связаны кинестетической сферой ощущений, с чувством «содержания» своего тела и с ощущением тела как целого. Чувство обособленности своей личности тесно связано с развитием четкого ощущения пространственных границ. Когда человек движется и исследует пространственные границы, этот опыт усиливает четкое ощущение Эго, которое изолировано от других.

Существуют различные уровни границ. Кожа является границей между Я и миром. Другая граница – это личное пространство, которое ограничивает Я от других объектов. Часто пациент просто не осознает, что имеет врожденное право на автономию. Техники и упражнения второго модуля посвящены исследованию и формированию различных границ тела.

Данный этап включает в себя также изучение способов взаимодействия человека с окружающей средой и развитие способности выбирать свои реакции на окружающий мир из более широкого диапазона возможностей. При этом продолжает пополняться словарь, позволяющий пациенту говорить об ощущениях тела. Способы совладающего поведения совершенствуются и помогают взаимодействовать как с внешними ситуациями, так и с чувствами и переживаниями.

Семейное и социокультурное влияние на развитие пациента обсуждают, а также исследуют с помощью движений. Особое внимание уделяют влиянию этих факторов на формирование образа тела.

На этой стадии пациент в течение сессии больше двигается, чем говорит. Активность терапевта уменьшается, а пациент исследует свою возросшую автономию с помощью двигательной экспрессии. Процесс изучения себя и сенсорного осознания, начавшийся на первом этапе, углубляется.

Упражнения, приведенные ниже, можно модифицировать, предложив пациенту создать собственный «учебник» тела – инструмент для регистрации опыта работы с образом тела. Это дневник, куда записывают либо отображают в виде рисунков реакции на терапевтические упражнения. Например, такой «учебник» может содержать рисунки частей тела, к которым небезопасно прикасаться, вместе с инструкциями, описывающими приемлемые виды прикосновений. Это позволяет конкретизировать и четче сформулировать опыт, полученный в процессе исследования своего тела. Кроме того, работа над таким руководством символически утверждает тот факт, что пациент является хозяином своего тела. Далее приведены некоторые упражнения, которые используются на

втором этапе.

Упражнения на прикосновения

Эти упражнения углубляют сенсорное осознание, начатое на первом этапе; их целью является выявление различных типов прикосновений, при которых пациент чувствует комфорт или дискомфорт. Начинать следует с относительно безопасных частей тела. Пациента просят отметить, например, нравятся ли ему слабые или сильные прикосновения, воспринимаются ли они как обучение и т. д. Терапевт должен объяснить, что эти упражнения не носят сексуальный характер. Если же пациент испытывает сексуальные ощущения, его просят рассказать об этом, а упражнение приостанавливают, чтобы обсудить полученный опыт. Возможно, пациенту необходимо научиться дифференцировать различные типы прикосновений, особенно если ему трудно отличить сексуальные прикосновения от несексуальных. Можно предложить пациенту самому исследовать собственные прикосновения, а затем пусть он объяснит терапевту, какие прикосновения кажутся ему безопасными и не нарушают границ его тела. Если все-таки пациент не может отличить сексуальные прикосновения от несексуальных, то терапевту лучше не возвращаться к упражнению, а попросить пациента вербализовать свои ощущения.

Если работа ведется в группе, можно выполнить следующие упражнения.

Упражнение «Похлопывание»

Инструкция ведущего:

Один из членов группы ляжет на живот. Остальные окружают его, стоя на коленях, причем один человек должен встать со стороны головы, и еще один – со стороны ступней. Лежащий не должен двигаться, воспринимая похлопывания как «дар». Хлопайте по всему телу, включая спину, руки, ягодицы, ноги.

Остановитесь и позвольте лежащему сосредоточиться на своих ощущениях, прочувствовать эффект. При этом можно положить ладони на поверхность его тела.

Упражнение «Прикосновение»

Инструкция ведущего:

Сделайте короткую паузу после предыдущего упражнения. Далее все члены группы одновременно касаются поверхности тела лежащего на животе участника. Прикосновение должно быть нежным, без давления или упора. Это продолжается от 10 до 60 секунд. Действие можно повторить два или три раза с перерывами, необходимыми для осознания. В конце упражнения предоставьте лежащему участнику время для наблюдения за

своими чувствами.

Упражнение «Подари прикосновение»

Группа делится на пары, в которой один участник – ведущий, другой – ведомый.

Ведущий применяет различного рода прикосновения к телу партнера (скользящие, фиксированные, точечные, плотные, давящие, мягкие и др.). При этом он чутко воспринимает реакции партнера на то или иное прикосновение: приятно ли оно, принимает ли его партнер или нет. Если тот отвечает неприятием, то прикосновение не повторяется. Задача ведущего – выявить диапазон прикосновений, которые приятны партнеру.

Ведомый (стоящий с закрытыми глазами) откликается на прикосновения ведущего, но при этом не использует масштабных движений, его реакция скорее выражается в произвольных напряжениях мышц, изменении дыхания, позы и др. Причем он не должен обдумывать свои движения. Его задача – позволить телу свободно реагировать на воздействия партнера и отстраненно наблюдать за своим эмоциональным состоянием.

Упражнение «Научи прикосновению»

Ведущий показывает партнеру то или иное прикосновение, которое сам хотел бы получить. Ведомый повторяет прикосновение, как бы возвращая его ведущему. Если ведущему кажется, что партнер неточно воспроизводит прикосновение, то он показывает его повторно, стараясь обратить внимание на нюансы. Сам факт такого повторения призывает ведомого к большей чуткости восприятия и более точному воспроизведению жестов.

Если ведущий чувствует, что ведомому неприятно воспроизводить то или иное прикосновение, от данного действия следует отказаться.

Упражнения на близость

Эти упражнения направлены на осознание ощущений, испытываемых от положения других людей в пространстве, в частности от дистанции или близости.

Пациент определяет место, куда сядет терапевт. Затем он приближается к нему и удаляется, стараясь найти такое расстояние, на котором ощущает себя комфортно. После этого он повторяет то же упражнение, представляя на месте терапевта различных членов своей семьи и друзей.

Упражнение «Пузырь»

Это упражнение используется для того, чтобы осознать свои границы безопасности. Пациента просят найти безопасное место в комнате и

закрыть глаза. После чего ему предлагают создать вокруг себя «пузырь» и изобразить его границы руками. Кроме того, этот «пузырь» должен подходить ему по размеру, форме и структуре. Создание такой границы вне тела позволяет пациенту почувствовать себя более защищенным и уверенным в себе. Постепенно он может найти и другие способы охраны своих границ, кроме ухода в себя.

Упражнение «Социокультурные послания и их влияние»

У каждой культуры есть свой идеальный образ тела. Пациент тоже создал идеальный образ себя. И это упражнение помогает его осознать. Например, женщине предлагают вообразить идеальный образ своего тела. Затем ее просят надеть этот образ на себя, как костюм, и подвигаться по комнате в нем. Она должна заметить, как изменились ее позы и движения, после того как она приобрела идеальное тело, а также свои реакции. Пациентку можно попросить сравнить эти движения с ее обычными движениями и позами.

Упражнение «Тело матери»

Упражнение необходимо для того, чтобы пациент осознал невербальные послания, полученные от матери. Так же, как и в предыдущем упражнении, пациентка движется по комнате, но только так, как двигалась ее мать. При обсуждении можно использовать следующие вопросы: «На что это было похоже, когда вы стояли, сидели и перемещались в этом теле? Какое послание это тело передало вам и мне как наблюдателям?» Возможности и ограничения тут являются ключевыми понятиями. Обсуждение часто заставляет обратить внимание на то, как двигательные паттерны влияют на ощущение тела и какие они вызывают реакции окружающих. Можно также поговорить о таких вариантах движений, которым не обучали в семье, а затем подумать об исследовании различных альтернатив.

Если терапия проводится в группе.

Упражнение «Дать поддержку-1»

В данном упражнении трое участников: один стоит, вытянув руки в стороны, а двое стоят по бокам от него, готовые предложить поддержку. Когда все готовы, поддерживающие подкладывают свои руки под локти и кисти стоящего посередине: ему предлагают передать другим вес своих рук. Стоящий посередине не должен висеть на поддерживающих, он лишь дает им поддержать свои руки, а остальной вес поддерживает самостоятельно.

Помогающие терпеливо стоят, предлагая поддержку, которую они не могут оказать, пока стоящий посередине не передаст им вес своих рук.

Когда, по их ощущению, он в достаточной мере позволяет держать свои руки, поддерживающие могут попробовать мягко подвигать его руками, стараясь почувствовать, позволяет ли тот осуществить движение, не сопротивляется ли ему, а быть может – старается угадать направление запланированного движения и осуществить его самостоятельно. В конце поддерживающие опускают руки стоящего посередине вниз и, когда они чувствуют, что поддержка больше не нужна, спокойно отстраняются.

Часто в тот или иной момент помогающий может почувствовать, что его поддержку не принимают. Он может об этом сказать или спокойно ждать развития событий. Через некоторое время, если ситуация не меняется, он может мягко отодвинуться, освободив руку, которая должна лежать на его руках. Это позволяет стоящему посередине понять, насколько он передал вес руки поддерживающему.

Упражнение «Дать поддержку-2»

Если группу можно разделить на подгруппы по четыре, шесть или восемь человек, можно осуществить еще один живой эксперимент, позволяющий исследовать отдачу и принятие. Половина участников, допустим – четверо из восьми, встают в кружок, положив руки на плечи друг другу. Остальные четверо встают на колени за спинами каждого из стоящих. Стоящим следует хорошо распределить вес и почувствовать связь друг с другом. Затем, пользуясь поддержкой друг друга, чтобы сохранить равновесие, они отрывают пятки от пола, встав на носки. Помогаящие в это время подкладывают свои руки под поднятые пятки (предварительно сняв с пальцев кольца и т. п.), которые таким образом получают новую опору.

Стоящим предлагают постепенно переместить свой вес на всю ступню; носки опираются на пол, а пятки стоят на руках поддерживающих. Поддерживающий должен дать сигнал партнеру, если ему станет больно или слишком дискомфортно; если все в порядке, стоящие могут распределить свой вес, передав какую-то его часть поддерживающим. Когда они почувствуют, что действительно стоят на руках, они могут снова приподняться на носки, давая возможность поддерживающим вынуть свои руки, а потом опускаются на пятки, отмечая изменение ощущений.

Пока стоящие прислушиваются к своим ощущениям, их партнеры передвигаются по кругу. Стоящие опять поднимаются на носки, и поддерживающие вновь подкладывают ладони под их пятки.

В процессе обсуждения иногда можно услышать, что самый тяжелый участник из внутреннего круга оказался самым легким, и наоборот. Иногда это связано с опасением поддерживающего повредить руку, тут многое

зависит от того, как передается вес. Скованный человек либо вообще не передает свой вес, либо делает это ригидно. В таком случае поддерживающий, испытавший дискомфорт в первый раз, может искать иной способ принятия веса.

Чаще, однако, поддерживающие обнаруживают, что могут выдержать гораздо больше веса, чем им казалось, и что они воспринимают его не как давление, а как дар, который приятно принимать. Стоящие, которые могут выбирать, какая доля веса ляжет на пол, а какая на руки партнера, постепенно все смелее передают свой вес рукам и получают удовольствие от ощущений в ступнях. Эти ощущения указывают на то, передают они свой вес или же его навязывают.

Упражнение «Приятие»

Ведущий обнимает партнера и слегка покачивает его из стороны в сторону, как бы убаюкивая (позиции тут могут быть самыми различными: лицом к лицу, сбоку, со спины – и их можно менять несколько раз в процессе упражнения). Партнер, стоящий прямо на одном месте с закрытыми глазами, поддается ритму укачивания, максимально расслабляясь; он может положить голову на плечо ведущему, но не обнимает его. Если ведущий хочет переменить позицию, он мягко прекращает «укачивание», а затем осторожно возвращает голову ведомого в обычное положение, меняет позицию, снова обнимает партнера, кладя его голову к себе на плечо, и возобновляет «укачивание». Но он не должен менять позицию слишком часто.

Модуль 3: «Что может делать мое тело?»

Находясь на этом этапе, пациент относится к своему телу уже как к части самого себя, а не как к объекту. Принятие своего тела уже не требует каждодневной борьбы с собой, так как пациент позитивно относится к телу и интегрирует его в образ Я.

Цель данного этапа – рост ощущения силы своего тела и силы во взаимоотношениях с людьми. Для этого необходимо расширить репертуар позитивных телесных переживаний через двигательное выражение. На данном этапе усиливается вера пациента в способность тела двигаться и сохранять баланс. Кроме того, пациент учится прислушиваться к своему телу в контексте пищевого поведения.

Наряду с силой и автономией тут необходимо стремиться к развитию чувства своей уникальности и неповторимости. Исследуя различные темы с помощью их двигательного выражения, пациент учится использовать свой творческий потенциал.

Сессии 3-го этапа менее структурированы, а инструкции менее

конкретны. Терапевт меньше двигается и больше наблюдает за пациентом, который двигается, следуя своим внутренним ощущениям. Терапевт лишь стимулирует самостоятельную исследовательскую работу пациента, он может двигаться вместе с пациентом, но только по его желанию. Роль «наблюдателя» длядвигающегося пациента очень важна. Изучая в движении личные темы пациента, терапевт может оценить его способности. Пока пациент выражает себя через движение и ищет свои собственные интерпретации для получившего выражение материала, терапевт запасается важными для пациента метафорами. Далее предложены техники, которые можно использовать на этом этапе.

Упражнения, посвященные определенным темам

Эти упражнения используются для расширения ограниченного репертуара движений и эмоциональной экспрессии; они же дают структуру для исследования и интерпретации жизненного опыта. Как правило, терапевт, основываясь на материале предыдущих сессий, предлагает тему, которая близка пациентке. Обычно специфическое задание базируется на дихотомии, и пациента поощряют, если он к тому готов, исследовать все возможные формы экспрессии, находящиеся между определенными полюсами и крайностями. Можно, например, дать следующую инструкцию: «Найдите способ исследовать понятия „открыт“ и „закрыт“ через движение». Предметом подобного же задания могут стать и многие другие полярности, например: активный – пассивный, оттолкнуть – притянуть, потерять – найти.

Если терапия проводится в группе, на данном этапе можно использовать следующие упражнения.

Упражнение «Танец „Кто Я?“ (визитная карточка)»

Данное упражнение развивает способность представлять себя окружающим, запускает процесс интерпретации в группе, позволяет исследовать отношение к себе.

Группа садится в круг. Терапевт дает инструкцию: «Мы с вами – члены племени, где основное средство общения – танец. При знакомстве эти люди спрашивают друг у друга: „Как ты танцуешь?“ Ваша задача – протанцевать танец, который позволил бы остальным участникам познакомиться с вами, танец – визитную карточку».

Один из участников выходит в центр круга и танцует свой танец под выбранную им музыку. По окончании танца каждого из участников члены группы обмениваются впечатлениями. Упражнение длится до тех пор, пока все не побывают в центре круга.

Возможны разнообразные вариации упражнения, которые позволяют в

форме танца выразить различные аспекты Я-концепции: «Я – реальное», «Я – идеальное», «Я – глазами других». Например: один из участников выходит в центр круга и танцует сначала танец «Какой я есть на самом деле», затем – танец «Каким бы я хотел быть», после этого – «Каким меня видят другие».

Упражнение «Хоровод»

Упражнение способствует актуализации архетипических переживаний защищенности, сопричастности (танец в кругу – древнейшая форма танца), повышает групповую сплоченность.

Участники становятся в круг и берутся за руки.

Звучит музыка, участники начинают спонтанно двигаться, следуя ритму музыки и своему собственному ритму, привнося в общий танец свои неповторимые движения.

Упражнение «Эксперименты с движением»

Упражнение способствует расширению экспрессивного репертуара, взаимопониманию и взаимодействию с другими, осознанию подавленных чувств, осознанию структуры межличностных отношений в группе, кроме того, оно позволяет исследовать персональное пространство и межличностную дистанцию.

Терапевт кратко знакомит участников с системой описания двигательного поведения Р. Лабана. Согласно этой системе, все движения человека можно рассматривать с точки зрения четырех параметров: пространства, силы, времени и течения. Задача для членов группы – свободно двигаться по залу, экспериментируя с различными параметрами движений и взаимодействуя друг с другом. Упражнение состоит из 4 частей. После выполнения каждой части участники обмениваются впечатлениями, пытаются связать исследованные движения с эмоциями, чувствами, состояниями, отношениями.

Первый параметр – пространство. Терапевт объясняет участникам, что движения могут быть прямыми и косвенными (многофокусными) и показывает их. Затем в течение 7 минут все двигаются по залу, используя только прямые движения; в течение следующих 7 минут – только косвенные.

Второй параметр – сила. Этот параметр позволяет выделить мощные и легкие движения. Так же, как и в первом случае, участники сначала экспериментируют с мощными движениями, осознавая возникающие при этом чувства, затем с легкими.

Третий параметр – время. Движения могут быть медленными и быстрыми. Члены группы сначала экспериментируют с медленными

движениями, затем – с быстрыми.

Четвертый параметр – течение. Течение может быть ограниченным или свободным. Терапевт говорит участникам, что у каждого из них есть личное пространство, в котором движение других людей ограничено. Это то пространство вокруг человека, которое он считает своим и при вторжении в которое чувствует дискомфорт. Участники расходятся на максимально возможное расстояние друг от друга и, двигаясь в такт музыке, начинают медленно приближаться друг к другу, осознавая возникающие чувства и исследуя свое личное пространство.

Упражнение «Пустой сосуд»

Инструкция терапевта:

Разделитесь на группы по 4 человека в каждой. Один из четверки выходит и становится лицом к остальным. Именно его называют «пустым сосудом». Трое оставшихся по очереди предлагают пустому сосуду различные способы действия и состояния. Кто-то один подходит к «пустому сосуду» с предложением, и последний мгновенно начинает воспроизводить названное состояние. Двое взаимодействуют, оставаясь внутри данного действия. Они никоим образом не меняют его, не расширяют, не делают ничего лишнего. Они продолжают взаимодействие до тех пор, пока не вмешается следующий партнер. Он перехватывает внимание «пустого сосуда» и предлагает ему другой образ действия, встав на место предыдущего партнера, который в этот момент отступает и прекращает свои действия. Процесс повторяется. «Сосуд» копирует форму и состояние поведения партнера.

Три партнера сменяют друг друга в случайном порядке и достаточно быстро. Как только у одного из них появляется импульс предложить что-либо «пустому сосуду», он занимает место предыдущего партнера. Трое участников предлагают «пустому сосуду» различные формы выражения: только движение, движение и звук, только звук, речь и движение или только речь. Они полностью вовлечены в этот процесс и телом, и вниманием. Состояние и действия связаны друг с другом. Для этих троих партнеров основной задачей является расширение возможностей выражения «пустого сосуда»: не столько физических, сколько психологических и экспрессивных. Чтобы это происходило, им самим необходимо выйти за рамки собственных ограничений.

Откуда берется вдохновение, рожающее эти действия? Вы видите взаимодействие «пустого сосуда» и предыдущего партнера. Что возникает в ответ на это? Вы предлагаете «пустому сосуду» свой отклик и движетесь вместе с ним.

После того как один из партнеров побывал «пустым сосудом», группа обсуждает этот опыт.

Поменяйтесь и повторяйте этот процесс, пока каждый из четверых не побудет в роли «сосуда».

Упражнение «Контакт»

Инструкция терапевта:

Встаньте рядом с партнером, плечом к плечу. Не теряя этого контакта, начинайте идти. Иногда останавливайтесь, чтобы почувствовать, насколько сильное давление вы оказываете на партнера. Отметьте, что заставило вас усилить давление. Как изменится контакт, если вы будете касаться партнера только «кожей». Попробуйте установить контакт мышцами, костями.

Теперь попробуйте возвращаться, не теряя контакта с телом партнера, от положения «плечом к плечу» к положению «спина к спине» и далее до установления контакта с другим плечом партнера.

Проделайте это с легким или сильным давлением. Попрактикуйтесь в плавном перекате. Теперь осуществляйте контакт при ходьбе, постоянно изменяя направление движения.

Упражнение «Свободный танец»

Цель упражнения: оно дает каждому участнику возможность поэкспериментировать с танцевальными движениями перед другими.

Группа садится в круг. Один участник выходит в центр круга и танцует. Инструкция терапевта:

Не заботьтесь о том, чтобы быть «хорошим» участником. Не соревнуйтесь с другими. Двигайтесь свободно и спонтанно, следуя за своим телом. Через несколько минут закончите упражнение, сядьте и пригласите кого-нибудь заменить вас. Продолжайте так до тех пор, пока каждый желающий не использует возможность исполнить свой свободный танец. Упражнение можно завершить свободным танцем всей группы.

Упражнение «Танец отдельных частей тела»

Цели упражнения: осознание и снятие мышечных зажимов, расширение экспрессивного репертуара.

Участники становятся в круг. Звучит музыка.

Терапевт называет по очереди части тела, танец которых будет исполнен (например, «танец головы», «танец плеч», «танец кистей рук», «танец живота» и т. д.). Участники стремятся максимально использовать в танце названную часть тела.

Упражнение «Танец с самим собой»

Цели упражнения: осознание своих экспрессивных особенностей, самопознание и принятие себя.

Инструкция терапевта:

Встаньте перед зеркалом. Всматривайтесь несколько секунд в свое отражение. Вы слышите медленную музыку. Начните совершать спонтанные движения головой, руками, всем телом. Следуйте за вашими чувствами, за вашим внутренним ритмом. Вглядывайтесь в свое отражение в зеркале. Представьте себе, что вы видите себя впервые. Каково ваше первое впечатление? Как бы вы отнеслись к человеку, которого видите в зеркале? Что в вашем танце характеризует именно вас, вашу индивидуальность, что отличает вас от других? Танцуйте, пробуйте совершенно новые движения, не бойтесь экспериментировать!

Упражнение «Увеличительное стекло»

Цели упражнения: интенсификация обратной связи, стимуляция общения в парах.

Участники группы разбиваются на пары. Пары могут быть сформированы случайным образом либо целенаправленно (например, по результатам социометрии; в частности, для интенсификации общения в группе предпочтительнее вариант, когда партнеры не чувствуют взаимной симпатии). Задача одного из партнеров – двигаться спонтанно и свободно, задача другого – отражать его движения в несколько преувеличенном, гипертрофированном виде, то есть так, как если бы между ними находилось увеличительное стекло. Через 10–15 минут партнеры меняются ролями. По окончании упражнения проводится обсуждение.

Упражнение «Шмели и лебеди»

Цели упражнения: развитие эмпатии, осознание барьеров общения, поиск «своего» ритма (экспрессивно-ритмического стиля движений), самопознание и познание другого, запуск процесса интерпретации и актуализация отношений в группе.

Используется музыкальная запись, в которой одновременно прослеживаются как быстрый, так и медленный ритмы.

Упражнение включает нескольких этапов. На первом этапе участники прослушивают музыку, выделяя в ней медленный и быстрый ритмы. Затем они танцуют спонтанно, но следуя лишь медленному ритму. Потом они совершают спонтанные движения под ту же мелодию, следуя быстрому ритму, при этом участники отмечают для себя, какой ритм для них естественнее, ближе.

На втором этапе участники делятся на две группы, одна из которых – «шмели», а другая – «лебеди». Задача для всех участников на этом этапе – понравиться представителям иного стиля, показать свои лучшие стороны. Снова звучит музыка, и танцуют «шмели», двигаясь быстро и динамично.

«Лебеди» тем временем наблюдают, выбирая себе пару. Затем танцуют «лебеди», двигаясь плавно и медленно. «Шмели» тем временем следят за танцем. По окончании танца «шмели» и «лебеди» образуют пары.

На третьем этапе «шмели» и «лебеди» танцуют в парах на некотором расстоянии друг от друга, не приближаясь и осознавая возникающие чувства. Затем «шмели» и «лебеди» постепенно начинают приближаться друг к другу, стараясь сохранить каждый свой ритм. Наконец, на заключительном этапе упражнения «шмели» и «лебеди» танцуют, взявшись за руки, следуя каждый своему ритму.

Упражнение «Индивидуальный танец»

Цели упражнения: стимуляция осознания и принятия себя, творческое самовыражение, катарсическое высвобождение чувств, развитие толерантности к другому человеку.

Участники садятся в круг. Звучит музыка. Один из членов группы выходит в центр круга и начинает спонтанно танцевать, выражая в индивидуальном танце свои чувства. Он может вступать во взаимодействие с кем-либо из членов группы, если возникнет такое желание. Участники, наблюдающие за танцем, могут к нему присоединиться. Упражнение продолжается до тех пор, пока каждый желающий не исполнит свой индивидуальный танец.

Упражнение «Танец-загадка»

Цели упражнения: интенсификация обратной связи, осознание своих экспрессивных, социально-психологических и личностных особенностей.

Группа становится в круг. Один из участников выбирает музыкальное сопровождение и танцует, имитируя наиболее характерные особенности экспрессии кого-либо из присутствующих. Остальные пытаются угадать, кого тот изображает. По окончании танца участник приглашает следующего и становится на его место.

Затем происходит обмен чувствами «здесь и теперь»; анализируются экспрессивные особенности каждого танца, а также черты характера, состояния, отношения, которые могут находить выражение в экспрессии.

Упражнение «Танец вслепую»

Цели упражнения: актуализация отношений, запуск процесса интерпретации в группе, осознание участниками собственной системы отношений: к себе, к другим, к миру.

Группа садится в круг, по периметру зала, в котором проводятся занятия. Один из участников становится в центр с завязанными глазами. Звучит музыка. «Слепой» участник начинает двигаться. К нему подходит член группы и вступает во взаимодействие, которое длится 3–5 минут

(обычно столько, сколько длится музыкальная композиция, но время взаимодействия участников не ограничено), после чего садится на место. Затем к «слепому» участнику подходит следующий член группы. Очередность подхода членов группы неизвестна «слепому». Его задача – осознавать возникающие чувства и по окончании взаимодействия описать своего партнера и свой танец с ним. Эта задача сложна потому, что ему приходится опираться преимущественно на тактильные ощущения. Партнер «слепого» также должен следовать своим чувствам, но из-за того, что у «слепого» блокирован зрительный анализатор, инициатива в установлении контакта и в выходе из контакта ложится на его партнера. Терапевт объясняет участникам, что при возникновении трудностей для прерывания контакта нужно подать знак, по которому он выключит музыку.

После каждого взаимодействия «слепого» участника с партнером терапевт просит первого поделиться своими чувствами, возникшими во время танца, и ответить на некоторые вопросы: «Опишите, пожалуйста, человека, с которым вы сейчас танцевали. Возникло ли ощущение контакта, понимания? Что это был за танец? Какие чувства вы испытывали во время танца? Как вы думаете, что испытывал ваш партнер? Если бы я попросил вас на основании полученного только что опыта оценить вашего партнера по 10-балльной шкале, где 0 баллов – партнер мне совершенно не подходит, а 10 баллов – идеальный партнер, то как бы вы это сделали? Под словом „партнер“ здесь следует понимать не партнера по танцам, а партнера в близких эмоциональных отношениях, каким является, например, спутник жизни, близкий друг». Последний вопрос звучит так: «Кто из участников мог бы быть вашим партнером?» Все вопросы задаются «слепому» по окончании взаимодействия с одним партнером «по горячим следам», при этом «слепой» не снимает повязки с глаз. Вопросы «слепому» может задать любой член группы. По окончании взаимодействия «слепого» со всеми членами группы проводится общее обсуждение. «Слепой» снимает повязку и садится в круг. Нужно дать ему немного времени, чтобы адаптироваться к своему состоянию.

Упражнение может продолжаться до тех пор, пока каждый желающий не побывает «слепым» (это упражнение может выполняться в течение нескольких занятий, до тех пор, пока есть желающие побывать «слепым» и энтузиазм у остальных членов группы).

В ряде случаев терапевт может посоветовать кому-то из членов группы стать «слепым», объяснив, зачем это нужно, но не настаивая в случае отказа.

Упражнение «Древние танцы»

Цели упражнения: разрядка психоэмоционального напряжения, повышение групповой поддержки и принятия.

Тут используются записи шаманских ритуальных песнопений, тамбурин (бубен, барабан).

Звучит музыка. Участники танцуют, двигаясь по кругу. Каждый из членов группы по очереди задает свой ритм, выстукивая его на тамбурине (барабане и т. п.). Остальные следуют за этим ритмом. Упражнение продолжается до тех пор, пока каждый не побывает в роли «шамана».

Упражнение «Взаимоотношения»

Цели упражнения: осознание того, каким способом выражается отношение к другому, и развитие соответствующего экспрессивного репертуара; актуализация сложившихся в группе взаимоотношений.

Упражнение состоит из двух частей и выполняется в парах.

Первая часть

Одному из партнеров дается задание – выразить в парном танце определенный вид отношения к другому человеку, притом – негативного спектра (например, антипатия, вражда, неуважение, ненависть, неприятие и т. д.). Задача другого участника – спонтанно реагировать на действия партнера и фиксировать возникающие чувства. Через 10–15 минут партнеры меняются ролями. По окончании – обсуждение в парах.

Вторая часть

Порядок проведения упражнения – тот же, что и в первой части, только теперь используется отношение позитивного рода (симпатия, дружба, уважение, любовь, принятие и т. д.). По окончании второй части упражнения – обсуждение в парах. Затем – общее обсуждение.

Упражнение «Нарцисс и ручей»

Цели упражнения: разрядка психоэмоционального напряжения, развитие позитивных взаимоотношений, принятие себя и другого.

Упражнение выполняется в парах. Терапевт рассказывает группе легенду о Нарциссе, который однажды, увидев свое отражение в ручье, влюбился в него. Участники становятся друг напротив друга и смотрят друг другу в глаза. Один из них – «Нарцисс», другой – его зеркальное отражение.

«Нарцисс» начинает спонтанно двигаться, выражая лучшие стороны своей личности, наслаждаясь своими движениями, любуясь своим «отражением» и осознавая возникающие чувства. Участник в роли «ручья» зеркально отражает движения партнера. Через 5-10 минут «Нарцисс» и «ручей» меняются ролями. По окончании участники делятся чувствами «здесь и теперь» в парах.

Упражнение «Танец в кругу и зеркальное отображение»

Цели упражнения: стимуляция межличностного взаимодействия и эмпатии, обогащение экспрессивного репертуара участников.

Группа становится в круг. Каждый участник танцует свободно, экспериментируя с различными импровизированными движениями. Один из членов группы стоит в центре круга и, танцуя по очереди напротив каждого участника, смотря ему в глаза, старается отобразить движения партнера, «вживаясь» в его индивидуальный танец. Упражнение продолжается до тех пор, пока каждый не побывает в кругу.

Упражнение «Власть и любовь»

Цели упражнения: отреагирование, осознание отношений и экспрессивных паттернов их выражения в группе, повышение спонтанности участников, экспериментирование с разными способами выражения отношений.

Участники строятся в несколько шеренг. Звучит музыка. Один из членов группы становится напротив всей группы и танцует, выражая в танце последовательно следующие межличностные отношения: доминирование, подчинение, ненависть, любовь, – не делая четких пауз между ними. Порядок выражения чувств остальным участникам неизвестен. Существует лишь одно правило – заключительный танец должен выражать любовь.

Ведущий просит центрального участника вспомнить реальные ситуации, в которых он испытывал к кому-либо соответствующие чувства, или объект чувства. Остальные члены группы эмпатически «отзеркаливают» движения центрального участника, осознавая свои чувства. Именно через возникающие в процессе подражания чувства, а не через наблюдение за танцем центрального участника члены группы пытаются понять, где проходит граница между доминированием, подчинением, ненавистью и любовью. Затем в центр становится другой и т. д.

Обсуждение проводится после танца каждого из членов группы, по окончании выполнения упражнения всеми участниками – общее обсуждение.

Упражнение «Значимый другой»

Цели упражнения: символическое разрешение проблемы, катарсическое высвобождение сдерживаемых чувств.

В жизни каждого человека есть субъективно значимые отношения. Иногда эти отношения проходят через кризис или их не удается сохранить.

Терапевт просит одного из участников выбрать из группы человека,

который для него символизировал бы значимого другого. Выбранный садится в центр круга (вместо этого можно просто поставить в центр круга стул). Задача участника – показать в танце, как бы он сейчас разрешил эту проблему для себя, выразить свои чувства по отношению к значимому другому.

Задача «значимого другого» – осознавать свои чувства. При желании он может включиться во взаимодействие с активным участником. Упражнение продолжается до тех пор, пока каждый желающий не побывает активным участником.

Затем происходит обсуждение чувств «здесь и теперь» (наблюдатели, «значимый другой», активный участник).

Упражнение «Танец живота»

Цели упражнения: расслабление мышечного панциря в области таза, стимуляция межличностного взаимодействия.

Используется ритмичная восточная музыка (например, записи арабских или турецких песен).

Участники становятся в круг или расходятся по залу, ритмично двигая тазом и бедрами, максимально используя всевозможные положения, осознавая свои чувства и выявляя зоны напряжений. Тут можно использовать «кинестетическую эмпатию». Сначала один участник совершает свой танец, а остальные «отзеркаливают» его движения, затем следующий и т. д.

Если в группе есть и мужчины и женщины, а особенно если там один мужчина, можно предложить группе следующий игровой вариант этого упражнения. Мужчина садится на возвышении, а женщины одна за другой подходят к мужчине, исполняя танец живота и стараясь ему понравиться. Затем мужчина – в качестве своеобразной социометрии – может выбрать себе первую жену, вторую жену и т. д. После этого женщины и мужчины (если их в группе достаточно) меняются ролями.

Упражнение «Пригласите танцевать»

Цели упражнения: актуализация межличностных отношений, исследование техник вступления в контакт и прекращения контакта, стимуляция активности и инициативы в установлении отношений.

Из группы выбирается один участник, испытывающий трудности в установлении отношений с людьми. Остальные участники садятся в круг. Задача центрального участника – вступить с каждым членом группы в контакт (пригласить на танец) и через некоторое время выйти из контакта. Задача партнера – следовать чувствам «здесь и теперь». Задача остальных – наблюдать, отмечая наиболее характерные особенности взаимодействия

центрального участника с партнером.

Упражнение «Движение на память»

Цели упражнения: осознание и принятие группового опыта; взаимное принятие участниками группы друг друга.

Участники становятся в круг. Звучит музыка. Один из участников выходит в центр круга и копирует поочередно характерные движения остальных – те движения, которые он хотел бы присвоить, включить в свой экспрессивный репертуар. Задача наблюдателей – выяснить, кому из группы принадлежат демонстрируемые движения.

После того как источник движений угадан, центральный участник может пояснить, почему он взял бы именно эти движения, что они для него значат.

Упражнение продолжается до тех пор, пока каждый участник не побывает в кругу.

Упражнение «Просто танец»

Цели упражнения: расширение экспрессивного репертуара, исследование его возможностей и ограничений.

Инструкция терапевта:

Просто начните танцевать, не преследуя никакой особенной цели. Постарайтесь, чтобы движения становились более раскованными, спонтанными, мягкими и плавными. Танцуя под разную музыку, вы обнаружите, что двигаетесь в соответствии со стандартами (сравните движения под рок-н-ролл, буги-вуги, медитативную музыку). Возьмите 5 музыкальных композиций различных направлений (например, лирическую песню Пугачевой, рок-н-ролл Элвиса Пресли, композицию Китаро, балладу «Лед Зеппелин»).

Сравните, как ваше тело двигается в соответствии с различными композициями. Танцуйте также под музыку, которая вам неприятна.

Упражнение «С ног на голову»

Цели упражнения: расширение экспрессивного репертуара, исследование его возможностей и ограничений.

Инструкция терапевта:

Теперь используйте стандарты танцевальных движений для неадекватного музыкального фона: танцуйте хип-хоп под музыку Китаро, рок-н-ролл – под Аллу Пугачеву, медленно, мягко и расслабленно двигайтесь под Элвиса Пресли. Через некоторое время в вашем уме все встанет с «ног на голову»: вы не сможете больше контролировать двигательные стереотипы, укоренившиеся в теле, вы сделаете их осознанными и тем самым разрушите. Научившись этому, меняйте стиль

танца в течение одной композиции минимум 5–7 раз в любом порядке.

Упражнение «Осознанное движение»

Инструкция терапевта:

Выполняйте предыдущее упражнение осознанно, вначале вызывая в уме образ движения, а затем воплощая его в танце. Теперь ваша цель – не расшатать динамические стереотипы, а осознанно применять их на практике по своему усмотрению. Танцуя хип-хоп под музыку Вивальди, управляйте своим телом с помощью воображения, поддерживая необходимый для хип-хопа ритм.

Упражнение «Визуализация танца»

Инструкция терапевта:

Сядьте спокойно и начинайте слушать музыку. Выполняйте упражнение «С ног на голову», а затем «Осознанное движение» исключительно в воображении. Представляйте в деталях, как двигается ваше тело, но сами при этом оставайтесь полностью спокойным и расслабленным. Вы, конечно, заметите, что тело неосознанно движется в соответствии с движениями, которые вы визуализируете. Не препятствуйте этим движениям, но тем не менее поддерживайте тело в состоянии глубокой расслабленности.

Упражнение «Раздвоение сознания»

Инструкция терапевта:

Выполняя упражнение «Визуализация танца», вам следует осознанно реализовывать две прямо противоположные задачи: визуализировать во всех подробностях свой танец и сознательно расслаблять тело. Выполняя эту технику, лучше лечь, чтобы контролировать состояние расслабленности и его поддерживать.

Начните с визуализации танца, соответствующего звучащей музыкальной композиции, а потом переходите к технике «С ног на голову». Выполнение этого упражнения довольно сложно, но оно способно ввести вас в очень глубокий транс.

Упражнение «Танец в молчании»

Инструкция терапевта:

Выполняйте все предыдущие техники в полной тишине, без музыки. Музыка должна звучать только в вашем сознании. Вначале танцуйте, слушая внутреннюю музыку, затем, также в безмолвии, визуализируйте свой танец.

Упражнение «Раздвоение»

Инструкция ведущего:

Включите музыку, лягте и расслабьтесь. Визуализируйте свой танец

(вам нужно увидеть, как вы танцуете, со стороны), а затем, одновременно с этим, созерцайте свое тело, лежащее в полном покое и расслабленности. Вам следует созерцать два своих образа: танцующий и лежащий. Затем делайте то же самое в тишине, при звучании «внутренней музыки».

Упражнение «Свободный танец»

Инструкция терапевта:

Теперь, когда ваш ум основательно утомится от предыдущих упражнений, включите ту музыку, которая вам по душе, и танцуйте в полной свободе. Начинать с этого упражнения не стоит, поскольку первоначально следует притупить работу ума и вырваться из плена двигательных стереотипов, укоренившихся в бессознательном, что мы и делаем, отрабатывая предыдущие упражнения.

Упражнение «Парализованный»

Инструкция терапевта:

Представьте себе, что ваше тело парализовано. Вы не можете пошевелить ни рукой, ни ногой, ни единой мышцей! Паралич – это не покой, это самая глубокая степень телесной несвободы. Ощутите свое тело как каменное, железное или деревянное, как неподвижную бетонную статую. Затем расслабьтесь и сравните ощущения. Повторите это действие 5–7 раз.

Упражнение «Пустая статуя»

Инструкция терапевта:

Вы, наверное, знаете, что многие огромные статуи (статуя Свободы или Родина-мать в Киеве) внутри пустые. Представьте, что ваше парализованное, затвердевшее тело пусто изнутри, и лишь твердая, неподатливая оболочка разделяет внутреннее и внешнее пространство.

Упражнение «Внутренний жилец»

Инструкция терапевта:

Теперь представьте, что внутренняя пустота «статуи» заполнена живой энергетической субстанцией, напоминающей светящийся газ. Понемногу эта субстанция сгущается, обретая упругую форму «энергетического двойника». На вдохе вы втягиваете энергию из окружающего пространства, а на выдохе «вливаете» ее в двойника, отчего он становится все сильнее и сильнее. Ему не хватает пространства в твердой «парализованной» оболочке. Физическое тело при этом абсолютно неподвижно, а энергетическое – вибрирует.

Упражнение «Второе рождение»

Инструкция терапевта:

Вы должны глубоко прочувствовать, как несвободен ваш «внутренний

жилец», как тяжело ему томиться в заточении. Усиливая с помощью дыхания его энергетику, вы достигаете момента, когда оболочка с треском лопается, разрушается, и ваше «энергетическое тело» рождается на свет, как бабочка из кокона. «Второе рождение» всегда наступает спонтанно, внезапно, подобно взрыву. Вы ощущаете себя совершенно по-другому, вы полны энергии и сил. Что-то важное произошло с вами!

Упражнение "Танец «новорожденного»

Инструкция терапевта:

Отождествившись с «энергетическим телом», начинайте спонтанный танец. Пусть танцует «двойник», а не вы; предоставьте ему полную свободу и оцените, как изменилось качество движений и ваше внутреннее состояние.

Упражнение «Танец двойника»

Инструкция терапевта:

Ваше энергетическое тело во время танца способно изменять свою форму и плотность. Поэкспериментируйте с этим: станьте огромным, как дом, маленьким, как муравей, прозрачным и легким, как дымок сигареты, плотным и упругим, как морская волна. Ищите все возможные состояния, которые доступны энергетическому телу.

Упражнение «Танец с двойником»

Инструкция терапевта:

Теперь представьте, что ваш энергетический двойник отделился от вас и способен танцевать сам по себе. Танцуйте с ним в паре, например – вальс. Обращайте внимание на то, как двигается ваш «партнер», отличаются ли его движения от ваших; когда инициатива переходит к нему, когда – к вам; похож ли он на вас физически; присущи ли ему какие-либо черты, которые вам хотелось бы иметь. Периодически сливайтесь с ним воедино, затем опять рассоединяйтесь, увеличивайте и уменьшайте его или же предоставьте ему полную свободу.

Упражнение «Танец частей»

Инструкция терапевта:

Все тело пребывает в полном покое, и лишь кисть одной руки танцует. Вы не напряжены, как в упражнении «Парализованный», но тем не менее движется только ваша кисть. Можете представить, что ваш энергетический двойник принял форму кисти и движется сам по себе. Танцуйте по отдельности всеми частями тела: предплечьями, плечами, бедрами и т. д. Вам следует научиться такой степени владения своим телом, чтобы даже один палец мог танцевать, даже одна фаланга!

Упражнение «Комбинация частей»

Инструкция терапевта:

Сочетайте танец частей тела в произвольной форме. Например, танцуют левая кисть и правая стопа, голова и два пальца на левой руке, пальцы обеих ног и левое плечо. Это поначалу довольно сложно, но достижимо и приводит к удивительному уровню осознанного управления телом.

Упражнение «Танец с блюдечками»

Инструкция терапевта:

Положите на ладони два блюдца и танцуйте, не придерживая их пальцами. Старайтесь, чтобы тело двигалось абсолютно свободно, контролируя движения лишь с помощью концентрации внимания. Когда вы освоите танец с двумя блюдечками, поставьте третье блюдечко на голову.

Еще сложнее вам будет танцевать, если вы наполните блюдечки водой, по крайней мере те, которые вы держите в руках.

Вам нужно осознать одну простую вещь: подлинно свободный, спонтанный танец идет исключительно изнутри и никак не связан с формой движений. То есть на самом деле, вы можете танцевать, погружаясь в глубокий экстаз, даже тогда, когда прикованы к инвалидному креслу, парализованы, скованы цепями и т. д.

Упражнение «Танец свободного пространства»

Инструкция терапевта:

Представьте себя в окружении бесконечного свободного пространства, например в космосе, в океане, в степи. Танцуйте, сливаясь, растекаясь в пространстве; ваше тело как бы размывается, размазывается, становится текучим и легким, вы утрачиваете привычные границы. Хорошо представлять при этом, как все болезни и проблемы уходят далеко в бесконечность.

Упражнение «Животное силы»

Инструкция терапевта:

Выберите животное (возможно, несуществующее), с которым вы чувствуете внутреннюю связь, которому симпатизируете. Техника работы с «животным силы» полностью идентична «Парализованному»: состояние статуи, состояние пустотелой статуи, сгущение энергии внутри, освобождение. Только теперь энергетический двойник принимает форму животного. Можно танцевать в форме животного силы или в паре с ним.

Упражнение «Танец любви»

Инструкция терапевта:

Вы — сама воплощенная любовь, и ее искрящиеся лучи выплескиваются из вашего сердца в беспредельное пространство. Все ваши

движения наполнены всепоглощающей любовью и светом, сосредоточенными в сердечном центре. Растворитесь в любви и свете.

Упражнение «Танец с другим»

Инструкция терапевта:

Другим (наподобие энергетического двойника) может быть близкий человек или тот, с кем вы находитесь в конфликте, коллектив, какое-то из ваших качеств или черта, которая вас не устраивает, конкретная проблема или ситуация, требующая решения.

Визуализируйте другого в форме энергетического существа произвольной формы и «растанцовывайте» его, стремясь обрести гармонию в движениях, как, например, в вальсе.

«Растанцовывать» или «протанцовывать» можно все, что угодно, например болезнь, сновидение, варианты будущего. Полный простор для импровизации.

Упражнение «Данс макабр»

Инструкция терапевта:

Представьте себя в виде собственного скелета. В сиянии полной луны на безлюдном, заброшенном кладбище вы встаете из могилы и принимаетесь танцевать. Подберите соответствующую музыку и постарайтесь прочувствовать, как движется скелет, как постукивают кости. Это позволяет прорабатывать, например, фобии.

Упражнение «Танец жизни»

Инструкция терапевта:

Представьте, что наступила последняя минута вашей жизни и вы танцуете для Бога. Постарайтесь рассказать ему в движениях о своей жизни, о своих успехах и неудачах, о том, чему вы научились и чему не успели научиться, о том, какой была ваша жизнь, словом, обо всем. Исповедуйтесь в танце, примиритесь с собой и с бытием.

Упражнение «Танцюю монолог»

Цели упражнения: освобождение от подавленных чувств – и соответствующих хронических мышечных напряжений.

Задание выполняется индивидуально: произнесите монолог танцем, расскажите о своих мыслях и чувствах за сегодняшний день под «музыку души». Остальные члены группы могут разгадать монолог.

Упражнение «Танцуем тему»

Цели упражнения: увеличение эмоциональной подвижности, взаимодействие с партнером, осуществляемое на уровне внутреннего ощущения общей темы.

Перед началом упражнения терапевт задает тему индивидуального

танца, выраженную словесной формулой: «любить человека», «осенние сумерки», «восход солнца» и т. д. Участники стоят на площадке «стайкой»; выслушав тему, они должны закрыть глаза и попытаться пластически выразить тему, ассоциации, которые возникают по этому поводу, можно напевать про себя, но не вслух. Через некоторое время (3 мин) терапевт предлагает объединиться в общий танец, не открывая глаз. Нужно сохранить характер своего танца, но вместе с тем «почувствовать» партнеров, высказывающихся на эту же тему.

Если терапевт видит, что многие участники танцуют что-то резко выбивающееся из общего характера танца, то можно исправить ситуацию, задав определенный ритм. Когда танец становится действительно общим, терапевт предлагает участникам открыть глаза и продолжать танец с открытыми глазами.

Упражнение «Оправдать танец»

Цели упражнения: тренировка умения выразить свое состояние или воображаемую ситуацию.

Упражнение может выполняться парами или индивидуально, всем участникам задается ритм и последовательность пластических движений.

Участник начинает движение в танце, он должен идти от тела. Проанализировав свои чувства, он представляет себе ситуацию, адекватную этим чувствам и характеру движений, и старается пережить и выразить эту ситуацию.

Упражнение «Двойник»

Цели упражнения: развитие «внимания тела», взаимодействие с партнером.

Кто-то первым выходит на площадку и произносит монолог о своих мыслях, чувствах, переживаниях. Это не речь, а мысли вслух – «разговоры с совестью». При этом он может двигаться по комнате и совершать любые действия. Через несколько минут второй участник по своей инициативе подходит и встает позади первого, принимая его позу и повторяя движения и слова (с запозданием). Нужно попытаться представить себе чувства первого человека и присвоить их. Второй участник непременно должен копировать невербальное поведение первого. Через несколько минут двойника сменяет новый участник.

Упражнение «Танец на полу»

Участники размещаются по всему свободному пространству так, чтобы между ближайшими соседями было расстояние не менее двух метров (чем больше, тем лучше), и опускаются на пол: садятся или ложатся.

С началом звучания музыки каждый начинает двигаться очень медленно, плавно, всем телом: перекачиваясь, сворачиваясь, разворачиваясь и т. п., – так, как хочется. Упражнение можно выполнять с закрытыми глазами.

Движения могут ассоциироваться со спокойным колыханием водорослей в потоках воды, с неторопливым перемещением амебы за счет перетекания протоплазмы в ее теле.

Упражнение «Пьяный танец»

Инструкция терапевта:

Встаньте ровно, чуть расставив ноги в стороны и подогнув колени, максимально расслабьте все тело и сделайте легкое вращательное движение нижней частью туловища, после позвольте телу двигаться, как оно хочет. Постепенно начнут вращаться все суставы, задвигаются в разные стороны руки, ноги, кругообразно станет перекачиваться голова. Чтобы не сбилось дыхание, живот должен быть максимально расслаблен. Упражнение можно выполнять с закрытыми глазами.

Важно почувствовать плотное соприкосновение обеих стоп с землей и удерживать внимание на этом ощущении до конца упражнения.

Упражнение «Групповой танец»

Группе дается задание – составить и протанцевать групповой танец, который бы символизировал развитие группы с первого занятия до последнего. Терапевт при этом покидает группу, предоставив участникам придумать и поставить групповой танец совершенно самостоятельно. В инструкции, которую он дает группе, терапевт замечает, что в этом танце можно отвести какую-то роль и ему. В этом случае, перед тем как финальный танец будет исполнен, группа должна дать ему объяснить, что делать.

Когда танец придуман и отрепетирован, группа зовет ведущего – и все вместе танцуют групповой танец.

Обсуждение упражнений

После завершения каждого упражнения проводится обсуждение. Часто сначала это обсуждение в парах или подгруппах (если они работали вместе), а затем в группе.

Возможные вопросы для общего обсуждения:

Что вы чувствовали, выполняя то или иное упражнение?

В каком упражнении вы чувствовали себя наиболее (наименее) комфортно?

Какие принципы движения вы использовали чаще (реже)?

Что чувствовали участники – наблюдатели и сами танцующие?

Какие образы, ассоциации возникали в связи с танцем центрального участника?

Как в нескольких словах можно охарактеризовать танец того или иного члена группы?

Как вы ощущаете себя сейчас, выполнив серию упражнений?

Отличается ли ваше теперешнее состояние от того, что было перед началом работы? Если да, то чем?

Что чувствовали участники, будучи ведущими? А ведомыми?

Какая межличностная позиция – «ведущего» или «ведомого» – чаще используется участниками в общении?

Что вы испытывали, подражая в танце другому человеку?

Когда вам было комфортнее: когда вы повторяли движения других или когда сами были ведущими?

Танец был направлен на самовыражение или на взаимодействие с другими?

Что чувствовали участники, когда в их персональное пространство вторгались другие люди?

Одинаково ли они себя ощущали при взаимодействии с разными людьми?

Какие ассоциации, метафоры приходят вам в голову по поводу танца вашего зеркального отображения?

Ваше отношение к человеку, увиденному в зеркале?

Трудно ли было брать на себя инициативу в установлении и прерывании контакта?

Ваши чувства в роли «инициатора» позитивных (негативных) взаимоотношений.

Ваша реакция на партнера – «инициатора» взаимоотношений в ходе выполнения упражнения.

Какие взаимоотношения (позитивные или негативные) вы чаще инициируете в реальных взаимоотношениях с людьми? Какие взаимоотношения инициируют другие люди по отношению к вам?

Какие отношения было выразить легче, какие труднее?

Как вы оцениваете опыт, полученный в группе?

4.5. Ритмо-двигательная терапия

Рассматриваемый в данном разделе метод ритмо-двигательной терапии является синтезом как минимум двух направлений телесной психотерапии – собственно телесно-ориентированной (см. раздел 4.3) и танцевальной (см. раздел 4.4); кроме того, он включает в себя также подходы к физическому совершенствованию человека, существующие в ритмической гимнастике (Malkina-Pykh, 2001; Малкина-Пых 2005б, 2004а, 2004б).

Как и другие направления телесной терапии, в первую очередь связанные с движением, ритмо-двигательная терапия (РДТ) основана на представлении о том, что существует принципиальная связь между свойствами личности и движениями человека и что изменение паттернов движения воздействует на психологическое, эмоциональное и физическое здоровье человека. Поскольку человек – это уникальное психосоматическое единство, все то, что изменяет тело, изменяет и сознание, и наоборот. Психологические защиты (рационализация, вытеснение, подавление и др.) помогают сдерживать боль, избегать страдания и ограничивать влияние стрессов. Они закреплены в теле как уникальные мышечные паттерны, отражаются на структуре тела (форма, поза, движения, дыхание, эмоциональные выражения) и сдерживают некоторые проявления сущности человека.

Как и другие направления телесной терапии, ритмо-двигательная терапия (РДТ) работает с системой «тело-сознание» как с единым целым, вовлекая в процесс взаимодействия почти все репрезентативные системы пациента. Система «тело-сознание» включает в себя мощные и хорошо развитые механизмы саморегуляции. Причем большинство из этих механизмов можно достаточно быстро реализовать, если знать, как получить к ним «ключи доступа». Ритмо-двигательная терапия использует движение как средство изменения психологических свойств личности. Через телесные проявления, лежащие в основе взаимодействия человека с окружающим миром, возникает диалог, который отражает отношения человека к себе, к другим и к окружающему миру. Работая с движением, фокусируясь на взаимоотношениях между физиологическими и психологическими процессами, ритмо-двигательная терапия помогает раскрыть, освободить и трансформировать внутренние чувства, конфликты и стремления.

Однако существует ряд отличий РДТ как от телесно-ориентированной, так и от танцевальной терапии. В отличие от телесно-ориентированной психотерапии, где в основном работа направлена на статические мышечные зажимы, ритмо-двигательная терапия работает с динамическими, двигательными психосоматическими зажимами и с разными уровнями личности, от элементарной моторной скованности до трансперсональных уровней переживаний. В отличие от танцевальной психотерапии, основной формой работы в которой является спонтанный танец, РДТ работает преимущественно с жестко структурированным движением, которое директивно предлагает выполнять руководитель группы по принципу «делай как я». В этом смысле занятие по ритмо-двигательной психокоррекции в группе больше похоже на занятия в группах ритмической гимнастики.

При лечении нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения, кроме работы с искаженным образом тела, ритмо-двигательная терапия решает еще две основные задачи. Этот подход:

1) помогает человеку узнать, что он чувствует, понять, почему он это чувствует, выразить то, что он чувствует, и поступать на основе своих истинных чувств, усиливая ощущение благополучия в результате усиления взаимодействия со своим телом;

2) увеличивает общую двигательную активность пациентов и прививает навыки к занятиям физическими упражнениями тем из них, кто никогда в своей жизни не занимался каким-либо спортом.

К основным понятиям ритмо-двигательной терапии относятся ритм и кинестетический транс.

Механизм стимуляции активности мозга через дыхание был выявлен еще А. А. Ухтомским (1951). С процессом усвоения ритма он связывал формирование доминанты – мощного очага раздражения в коре головного мозга, который совершает отбор воздействий внешней среды, влияющих на поведение, и при помощи сознания определяет состояние и поведение человека в данный момент.

Основоположница танцевальной психотерапии танцовщица Мэрион Чейс (Chase, 1953) вводит в практику понятие «ритмическая групповая активность», которое используется в целях диагностики и коррекции отношений в паре и группе. В одной из своих последних работ Бонни Микумс (Meekums, 1992) сообщает о выявлении корреляции между «ритмической синхронностью движений» и уровнем эмпатии, а также между «копированием» движений в паре и взаимной идентификацией. Ее терапевтическая работа с нарушениями взаимоотношений в диаде «мать-

ребенок» строится на основе исследования временных и пространственных параметров танцевальной интеракции, поощрения ритмической синхронной интеракции и использования «концепции диалога» в танцевальной интеракции. Применение ритмической синхронизации и копирования в качестве методов коррекции отношений связано с представлением о «невербальной интеракции» как о процессе «согласования, подстройки, переноса программ невербального поведения» (Лабунская, 1994) каждого из партнеров с учетом социально-психологических и физиологических функций ритма.

Ритмическому движению доступны одновременно обе ипостаси психики: сознательное и бессознательное. Используя ритмическое движение как терапевтический инструмент, терапевт может усиливать либо сознательный, либо бессознательный аспект личности, помогая человеку подойти к естественной интеграции, к состоянию целостности. Например, когда человек захвачен своими эмоциями и не может ими управлять, ему угрожает психический срыв. Ведущий группы может помочь клиенту усилить сознательную сторону личности, используя структурированное движение и ритм, заданные в пространстве и времени. Это способствует активизации сознания, усилению границ Эго. Так как характеристикой сознательного является ограниченность и линейность во времени, ограниченность расстояния, а движение дает возможность прорабатывать очень четкие структуры времени и пространства, таким образом в человеке может активизироваться сознательное Эго. Или же, наоборот, человек чрезмерно контролирует себя и просто ничего не чувствует. Все его эмоции подавлены, он контролирует любой жест, любое движение, дыхание при этом часто поверхностное. И здесь терапевт может помочь активизировать творчество, спонтанность движения, помочь прислушаться к внутренним импульсам с тем, чтобы вместе с естественным движением проявились чувства, которые так сильно сдерживаются и контролируются. Терапевт помогает выразить их в движении и таким образом усилить эту сторону личности.

Когда ритмическое движение используется как психотерапевтическое средство при работе с психосоматическими заболеваниями, воздействие основывается на той предпосылке, что пациент может решить любые проблемы, если увеличит свою внутреннюю подвижность и способность творчески воспринимать любую ситуацию. Улучшение происходит и за счет удаления психофизических блоков, которые ранее препятствовали реализации возможностей. При столкновении с любой проблемой человек учится не подавлять свои желания, а изменять структуру личности, чтобы

новая трансформированная личность обладала всеми возможностями для решения возникшей проблемы.

Ритмическое движение дарит человеку здоровье – и не просто отсутствие болезненных ощущений, а полноту и естественность жизни в самореализации. Ритмическое движение – это прекрасный лекарь. Оно способствует уменьшению мышечного напряжения, так называемых зажимов. Различные движения, вращения, прыжки заставляют напрягаться все мышцы. Одновременно происходит тренировка равновесия и дыхания, улучшаются подвижность и осанка. Ритмическое движение учит владеть своим телом и помогает исправить осанку.

Выделяют следующие ценные для терапии функции ритма:

- облегчение координации и взаимодействия с другими;
- стимуляция спонтанного движения;
- активизация опорно-двигательного аппарата;
- уменьшения тревожности, сопротивления, напряжения и агрессии.

В ритмо-двигательной терапии жизнь тела является зеркалом сознания. Ритмическое движение выносит на поверхность, делает явным конфликты и характерологические особенности личности. Различные категории движения – пространство, время, сила тяжести, направление – являются метафорами основных жизненных тем личности.

Пространство – как много места я позволяю себе занять в жизни, среди других людей? Насколько я чувствую свое пространство? Как я вхожу в пространство других? Какие зоны пространства мною освоены и используются, а какие – нет?

Время – какой ритм более органичен для меня? При каком ритме – быстром или медленном – я чувствую себя увереннее, защищеннее? Могу ли я освоить разнообразие ритмов?

Сила тяжести – насколько я чувствую свой вес и, следовательно, опору, поддержку, связь с землей? Могу ли я доверить свой вес, свое тело другим людям?

Направление – насколько координированы мои движения? Насколько я могу держать перед собою цель, сохранять определенный ритм или стиль движения? Какие части тела «выпадают» из направленного движения? Как часто это происходит? Есть ли неосознанный хаос в моем теле?

Следование ритму позволяет человеку войти в кинестетический (телесный) транс – в измененное состояние сознания, для которого характерна фиксация внимания на внутреннем мире. В трансе подсознание человека может произвести ту реорганизацию психики, в которой он нуждается, чтобы приспособиться к действительности. Одной из целей

вхождения в транс является создание физиологического состояния, в котором человек мог бы начать формировать новые образы решения своих проблем, что, в свою очередь, позволило бы ему по-новому направить свою жизнь так, чтобы осуществиться, реализоваться в мире дезорганизации и стресса. Происходящее в транс можно описать с помощью механизма расфокусировки, которая на каждом этапе имеет свои особенности. Расфокусировку можно понимать как изменение соотношений фигуры и фона, как рассредоточение и расширение объема внимания, позволяющие человеку обнаружить на периферии сознания вместо одного – заранее заданного – целый спектр возможных вариантов решения проблемы.

В новых ситуациях поведенческие паттерны могут оказаться недостаточно подвижными (физически и эмоционально) для адекватного отражения ситуации и интеграции возникающего возбуждения. Тогда возникает реакция, не удовлетворяющая внутренние потребности человека. Пока человек недостаточно использует творческий потенциал для решения задач, потому что соответствующая способность подавлена из-за конфликтов детства, эмоциональной напряженности, одиночества, ощущения покинутости, манипуляции, игнорирования, он не живет полной жизнью. Стереотипные реакции необходимо проанализировать, осознать и многие из них изменить. Это требует напряженной длительной работы под руководством опытного терапевта, который смягчает тревогу, связанную с изменениями. Техника РДТ позволяет:

- 1) понять личность через тело;
- 2) улучшить все функции, мобилизуя энергию мышечного напряжения;
- 3) повысить качество и расширить спектр переживаний удовольствия путем работы с характерными паттернами, отраженными в структуре тела и влияющими как на ритмическую активность, так и на отдельные движения.

Все недостатки окружающего мира человек компенсирует с помощью специфических телесных проявлений. В работе с телом в РДТ важнейшую роль играет представление о том, что любое ограничение подвижности – это результат неразрешенных в прошлом конфликтов, и одновременно – источник эмоциональных проблем в повседневной жизни. Единство и координация физических реакций зависят от интеграции движений и дыхания. При освобождении дыхания и движений тела расширяется и углубляется контакт с физической реальностью, и состояние улучшается. Посредством специальных движений и положений тела пациент учится глубже осознавать свое тело и контактировать с ним, он начинает понимать

связь между текущим физическим состоянием и сформировавшими его переживаниями. Он начинает осознавать, что состояние неподвижности таит в себе глубокое чувство страха или агрессии. Терапевт позволяет пациенту выразить все негативные чувства, не боясь отвержения или осуждения. Принимая свое тело и свои чувства, пациент лучше осознает свой контакт и с другими аспектами реальности. Поскольку тело – основа для всех жизненных функций, любое улучшение контакта с ним приводит к изменению образа тела и образа Я, межличностных отношений, качества мышления и чувствования, усиливает радость и удовольствие от жизни.

К основным методам ритмо-двигательной терапии относятся собственно ритмическое движение и техника связывания.

Техника связывания основана на предпосылке, что реальность порождает наше сознание, которое связывает отдельные феномены воспринимаемой реальности, приписывая этим связям то или иное значение. Суть техники связывания – в установлении ассоциативной подсознательной связи между определенной проблемой и элементами ритмического движения.

Любая вещь и услуга, любой феномен всегда обладают каким-то значением для конкретного человека. Если изменить структуру значений подсознательных императивов и сделать эти изменения устойчивыми, человек изменит свой образ жизни, в том числе и пищевое поведение. Целью техники связывания является такое изменение всей совокупности императивов, в результате которого человек получает доступ к ресурсам, позволяющим решать проблемы, порожденные старой картиной мира.

Характер человека – это набор устойчивых паттернов поведения и эмоциональных реакций, который формируется в раннем возрасте и потом остается практически неизменным (см. раздел 2.2.9 главы 2). Соответственно, у каждого типа характера существуют свои базовые проблемы, приводящие в том числе и к нарушениям пищевого поведения.

Ритмо-двигательная терапия нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения включает следующие направления работы:

- границы с окружающим миром;
- межличностные отношения (контакты и коммуникация с другими людьми);
- образ Я (место человека в мире, поведение, чувства, реакции на определенные ситуации);
- избыточный контроль (над собой и другими людьми);
- агрессия (способность справляться с агрессией, неадекватным поведением);

- опоры или заземление (устойчивость);
- психофизиологические блоки («зажимы», сформировавшиеся из-за необходимости сдерживать себя в контексте социальных правил поведения);
- структурная интеграция (преодоление беспорядочности действий и суждений, когда человек чувствует одно, думает другое, а делает третье).

Обычно занятие состоит из разминки, быстрой (ритмической) части и заключительной части. Каждое занятие лучше посвятить работе над какой-то одной проблемой.

Продолжительность, интенсивность и содержание занятий могут быть разными в зависимости от наличия времени, желания, физической подготовки и поставленных задач. Некоторые упражнения рассчитаны на работу в паре или в группе. Заниматься необходимо в удобной спортивной одежде, обязательно перед зеркалом, чтобы видеть, что и как получается. Перед началом занятий нужно сформулировать проблему, с которой пациент намерен работать.

Занятие по РДТ продолжается полтора часа, из которых 30 минут посвящены обсуждению изменений, произошедших после занятия, ответам на возникшие вопросы, а также теоретическому введению к текущему занятию. Исключение составляет самое первое занятие с группой, когда 1 час уходит на знакомство, на определение целей и задач терапии и на общее тестирование с целью первичной диагностики проблем пациентов (соответствующие тесты приведены в главе 2). Также на первом занятии определяют групповые нормы и ритуалы (Рудестам, 1998).

Существует очень простой геометрический тест, который может использоваться на первом занятии в группе в качестве экспресс-диагностики (Обозов, 1997). Этот тест: 1) дает возможность в первом приближении определить, к каким психотипам относятся участники группы; 2) позволяет естественно перейти к изложению целей и задач РДТ, фокусируясь при этом на базовых проблемах каждой группы характеров (см. раздел 2.2.9 главы 2).

Тест проводится следующим образом. На полу комнаты на достаточном расстоянии друг от друга раскладывают три изображения геометрических фигур: круга, треугольника и квадрата.



Участникам группы предлагается медленно пройти мимо изображений и остановиться у той фигуры, которая кажется наиболее «симпатичной». После того как участники сделали свой выбор, всем предлагается занять

свои места. Терапевт дает краткое объяснение:

Круг. Если вы выбрали круг, то вы являетесь эмоционально-коммуникативным типом личности (тип «собеседник») – вы в большой степени ориентированы на общение, легко и просто вступаете в контакт с другими людьми, предпочитаете теплые компании, умеете подшучивать над другими и над собой.

При решении какой-либо задачи вы с удовольствием получаете всю необходимую информацию, общаясь с другими людьми. Вы редко вступаете в конфликты, так как ориентируетесь на общение и обладаете коммуникативными способностями, что своевременно снимает напряжение. Вы открыты для принятия позиции оппонента, не стремитесь изменить его мнение или поведение.

Но вы имеете уязвимые места и чрезвычайно чувствительны к оценке своих эмоционально-коммуникативных способностей. Вы очень чувствительны к изменениям настроения партнера и своевременно пытаетесь снять недоразумение, снизить напряженность в отношениях.

Треугольник. Если вы выбрали треугольник, то вы относитесь к познавательному типу личности (тип «мыслитель») – вы ориентированы на познание мира внешнего и внутреннего, на размышления о жизни, науке, искусстве и технике; вы любите разнообразные логические задачи и не прочь пофантазировать. Поэтому вы сосредоточены на мышлении, на своих рассуждениях, что приводит к недостатку общительности и часто – к неумению решать организационные задачи.

Вы очень ранимы в отношениях с близкими, и конфликты в этой сфере у вас достаточно глубоки.

Квадрат. Если вы выбрали квадрат, то вы относитесь к поведенческому типу личности (тип «практик») – вы ориентированы на преобразование окружающей действительности, предпочитаете четко поставленные задачи, требующие решительных действий, и не любите незавершенных дел, не терпите волокиты и рассуждений. Вы последовательны в своих действиях; у вас развита социальная смелость, которая выражается в способности выступать в больших аудиториях перед малознакомыми людьми. Вы, скорее всего, будете успешны в той области деятельности, где все построено на беспрекословном подчинении, где для организации поведения используется принуждение, в условиях жесткой функциональной взаимозависимости членов коллектива (экипаж корабля, воинское подразделение).

Вам всегда необходимы ясные, последовательные задачи, четкое распределение функций в работе, в семейных отношениях. При решении

каких-либо задач вы без лишних размышлений и обсуждений сразу приступаете к делу либо к организации команды для их выполнения.

Вы чувствительны к несправедливым высказываниям по поводу вашей работоспособности, пунктуальности, успешности. Ваша потребность в преобразовании внешнего мира, и в том числе – позиций окружающих, может приводить к разнообразным столкновениям.

После краткого описания каждого типа личности участникам группы задают вопрос, все ли согласны с тем, что они относятся именно к тому типу, который соответствует выбранной фигуре, не хочет ли кто-нибудь изменить свое решение. Затем дается краткая характеристика базовых проблем каждого типа. Ниже приводится минимальный объем информации. Более подробно см. раздел 2.2.9 главы 2.

Для каждого типа характерны свои базовые проблемы, которые помогает решить ритмо-двигательная терапия.

1. Проблемы «мыслителей»:

- границы: установление границ между собой и окружающим миром;
- межличностные отношения: контакты и общение с другими людьми.

2. Проблемы «собеседников»:

- Я-образ: место человека в мире, поведение, чувства, реакции и т. д.

3. Проблемы «практиков»:

- избыточный контроль над собой и другими людьми;
- агрессия: способность справляться с агрессией, неадекватным поведением.

4. Проблемы, типичные для всех типов характера:

- психофизиологические блоки: «зажимы», необходимость сдерживать себя из-за установленных социальных правил поведения;
- опоры или заземление: устойчивость, «почва под ногами»;
- структурная интеграция: преодоление хаоса в действиях и суждениях – когда человек чувствует одно, думает другое, а делает третье.

Затем, в течение часа, проводится собственно занятие по ритмо-двигательной терапии, состоящее из разминки, быстрых упражнений и заключительных упражнений. При этом каждое упражнение обычно представляет собой комбинацию или набор взаимосвязанных движений, несущих определенную смысловую нагрузку и направленных на решение одной из перечисленных выше проблем.

Разминка в основном состоит из диагностических упражнений, целью которых является определение проблемы пациента, а в дальнейшем – фиксация достижений в разрешении проблемы.

Вторая, «быстрая» часть занятия состоит из ритмических упражнений

умеренной сложности – с точки зрения координации, – задачей которых является разогрев мышц и введение пациента в кинестетический транс, с ориентацией в каждом случае на проблему занятия. Набор упражнений должен отвечать следующим требованиям:

1. Скорость выполнения упражнений зависит от физической подготовленности членов группы и может выполняться под музыку с ритмом от 100 до 160 ударов в минуту.

2. Сложность упражнений с точки зрения координации должна быть таковой, чтобы полностью занять внимание участников группы, но не чрезмерной, чтобы движения выполнялись достаточно легко и с удовольствием.

Третья часть занятия направлена на углубленную работу с проблемами пациентов, она состоит из специально разработанных комплексов упражнений. На этом этапе также используется техника связывания.

Общая продолжительность работы с группой может варьировать: от минимального цикла из 8 занятий (по одному занятию на каждую проблему) до работы без запланированного срока окончания, где необходимо ориентироваться на прогресс в разрешении проблем, с которыми пациенты пришли на терапию.

Существуют определенные общие принципы, касающиеся положения тела при выполнении ритмических движений:

- стопы слегка разведены (чаще всего расстояние чуть больше ширины бедер);

- стопы параллельны или слегка развернуты наружу, колени над носками;

- колени чуть расслаблены (допускается легкое сгибание);

- мышцы живота и ягодиц немного напряжены и направляют таз вперед (без подчеркивания поясничного изгиба);

- таз расположен ровно, без перекоса;

- грудь поднята, плечи на одной высоте;

- голова стоит прямо и составляет с туловищем одну линию;

- лопатки сдвинуты к позвоночнику.

Некоторые упражнения, приведенные в программе, взяты из следующих работ: Белый, Швед, 2003; Горшкова, 2001; Березкина-Орлова, 2001; Грачева, 2003; Диниц, 2004; Лисицкая, 1988,1994; Шванева, 2000; Эндрюс, 1996; Кэмпбел, 1999; Норбеков, Хван, 1999; Леоненко, Тимошенко, 2006 а, б; Гиршон, 2000а, 2000б; Roth, 1987.

Необходимо добавить, что РТД, так же, как и другие телесные техники, нельзя освоить с помощью литературы. Терапевт должен пройти

соответствующее обучение, чтобы быть достаточно компетентным для работы с группой.

Техника 1. Работа с опорами (заземление)

«Чем лучше человек ощущает свой контакт с почвой (реальность), чем прочнее он держится за нее, тем большую нагрузку может выдержать и тем с более сильными чувствами он способен совладать» (Лоуэн, 2000).

Качество «заземления» человека отражает его внутреннее чувство безопасности. Когда человек хорошо заземлен, он комфортно себя чувствует и уверен, что имеет почву под ногами. Это зависит не от силы ног, а только от того, насколько человек их ощущает. Проблема недостатка чувства безопасности неразрешима, пока он не осознает, что недостаточно заземлен. Человек может верить, что находится в безопасности потому, что получает деньги, имеет семью и положение в обществе. Но если он не заземлен, то будет страдать от недостатка внутреннего чувства безопасности.

Заземление противоположно «подвешенности». В «подвешенном состоянии» находится человек, оказавшийся в эмоциональном конфликте, который его парализует и мешает ему совершать любые эффективные действия, направленные на изменение ситуации. Состояние подвешенности может быть осознанным и неосознанным. Если человек осознает конфликт, но не может разрешить его, – это осознанная подвешенность. Однако состояние подвешенности может быть обусловлено конфликтами, случившимися в детстве, воспоминания о которых долгое время подавлялись. В таком случае это подвешенность неосознанная.

Любая подвешенность, осознанная или неосознанная, ограничивает свободу передвижения человека во всех областях жизни, а не только в сфере конфликта. Причем неосознанное состояние подвешенности находит свое отражение в теле – в форме хронического мышечного напряжения, подобно всем неразрешенным эмоциональным конфликтам.

Иллюзии и мечты являются частью жизни большинства людей. Как правило, любая иллюзия как бы подвешивает человека. Он попадает в неразрешимый конфликт между требованиями реальности, с одной стороны, и попыткой осуществить иллюзию – с другой. Он не хочет отказываться от своей мечты, потому что это будет означать поражение для его Я. В то же время он не может полностью игнорировать требования реальности, которая в результате расхождения с иллюзией часто приобретает пугающий и угрожающий вид. Человек продолжает видеть реальность глазами отчаявшегося ребенка.

Страх падения является переходной стадией между состоянием

подвешенности и твердым стоянием на земле. В последнем случае страха падения нет, в первом – он занавешен иллюзией. Это означает, что каждый пациент, который перестал держаться за свои иллюзии и попытается спуститься вниз на землю, будет переживать страх падения.

Потенциально проблема опоры присуща всем рассмотренным типам характера (см. раздел 2.2.9 главы 2). Лоуэн (2000) показал, что каждому типу характера соответствует определенный вид страха падения, хотя он и не использовал этот термин.

Для шизоидного характера типичен страх распасться на куски. Если термин «распасться на куски» понимать буквально, это значит, что для человека с шизоидным характером падение может привести к разделению на части, к разрушению целостности личности. Поэтому данной структуре характера присущ интенсивный страх падения. В этом случае беспокойство выходит на поверхность, как это происходит во снах.

Для нарциссического характера страх падения связан с беспокойством, что он окажется в одиночестве, когда отстанет от всех или уступит. Если ноги его подведут, он будет похож на маленького ребенка, который вдруг сел, когда ноги перестали держать, и обнаружил, что родители ушли и его некому поднять.

Для психопатического характера страх падения является страхом неудачи. Пока этот человек находится на ногах, он на вершине мира. Падение означает поражение, которое открывает другим возможность его использовать.

Для мазохистского характера падение означает утрату основания. Это – конец мира или отношений. Данный страх носит также анальную окраску. Если мазохист позволит основанию выпасть (процесс дефекации), то все испортит, и на этом роль хорошего маленького мальчика для него закончится.

Для ригидного характера падение равносильно потере гордости. Он упадет лицом вниз, и его Эго может быть уничтожено.

Упражнения данного раздела позволяют участникам группы почувствовать, насколько твердо они стоят на ногах, и увеличить чувство реальности, ощущение заземленности.

Разминка

Упражнение «Удержать равновесие»

По тому, как человек удерживает равновесие при малой площади опоры, видно, насколько он внутренне уравновешен, уверен в себе и самостоятелен в тех ситуациях, когда не на что (или не на кого) опереться. Упражнение направлено на исследование и развитие этого качества.

Выполняется в положении стоя: либо на одной ноге, с опорой на всю ступню, либо на полупальцах (то есть на носочках, на цыпочках) обеих ног.

Пациент стоит, стопы параллельно на ширине плеч, колени чуть согнуты. Правое колено надо поднять параллельно полу и найти положение равновесия. После этого надо закрыть глаза и попытаться удержать равновесие. Глаза открыть и повторить то же с левой ногой.

Движения выполняются медленно, плавно, без рывков и остановок, с плавным переходом от одной позы к другой. Нужно попытаться воссоздать в теле ощущение внутренней опоры, центра тяжести (на уровне пупка); почувствовать свое парение над землей, как летящая птица, опирающаяся распахнутыми крыльями на воздушный поток.

Упражнение можно усложнить, если при выполнении встать на носок.

Обсуждение. Почему с закрытыми глазами начало «уносить» с опоры, как это объяснить? На какой ноге было стоять легче – на правой, левой? (Левая сторона тела – социальные отношения, правая сторона – личные отношения с близкими людьми.)

Упражнение «Разминка»

Инструкция терапевта:

Встаньте, закройте глаза, определите центр тяжести и положите туда руку. Делаем два-три цикла глубокого дыхания с закрытыми глазами, почувствуйте свое тело и попытайтесь определить, какая часть тела вам сейчас ближе всего. Найдя эту часть, попытайтесь ею издать какой-нибудь звук.

Руки вытянуты перед собой, пальцы вперед, пальцы к себе, покрутили кистями, локтями, плечами, наклонились вперед, вбок, вращаем ногами в коленях, вращаем бедром, ступней, коленом, бедром. Руки вверх, вращаем тазом по кругу и в разные стороны. Потрясли кистями. Трясем руками в локтях, в плечах. Трясем коленями. Трясем головой и делаем «бр-р-р». А теперь трясем всем, чем можем, сразу. И ушами тоже. Закрыли глаза, прислушались к своему телу. Постарайтесь не блокировать дыхание.

Ноги на ширине плеч, стопы параллельно. Покачались вперед-назад-вбок, определили, что легче и приятнее. Попробовали покачаться по кругу, если появится напряжение в бедрах, это хорошо. Раскачиваться слева-направо, удерживая равновесие в крайних положениях.

Упражнение «Наклон Лоуэна»

Инструкция терапевта:

Поставьте стопы на расстоянии около 45 см друг от друга, слегка разверните носки внутрь так, чтобы почувствовать ягодичные мышцы. Наклонитесь вперед так, чтобы перенести вес тела на основания больших

пальцев ног и коснуться пола пальцами расслабленных рук (не ладонями). Колени слегка согнуты. Голова опускается как можно ниже, подбородок опущен. Дыхание ртом, свободное и глубокое. Это упражнение выполняется в течение как минимум двадцати пяти дыхательных циклов; постепенно их число доводится до шестидесяти. Через какое-то время ноги начинают дрожать, это значит, что через них проходит волна возбуждения. Если дрожи нет, значит ноги слишком напряжены. В этом случае можно вызвать дрожание, медленно сгибая и выпрямляя ноги. Движения должны быть небольшой амплитуды: их цель – расслабление мышц.



Рис. 4.2. Наклон Лоуэна

Существует два условия хорошего «заземления»:

1. Эластичность коленей, которые работают как амортизаторы. Если на тело сверху действует какая-то сила, колени сгибаются.

2. «Выпущенный» живот. Для многих людей «выпустить» живот очень трудно. Это противоречит их представлениям о подтянутости (втянутый живот и выпяченная грудь). Это установка солдата, который должен функционировать, как автомат. Напряженный живот связан с подавлением сексуальности, печали и других эмоций, это затрудняет брюшное дыхание. «Выпустить» живот часто очень неприятно для женщины. В викторианскую эпоху женщины носили корсеты, чтобы скрыть свою сексуальность. Внешний корсет создает корсет психологический. Многие мужчины также противятся «выпусканию» живота. Если даже живот выпуклый, это не значит, что он выпущен. Живот при этом может быть напряженным. На высоте пупка или таза может находиться «стискивающий обруч», создающий затор для движения энергии.

Упражнение «Арка Лоуэна»

Инструкция терапевта:

Стопы на расстоянии около 40 см друг от друга, носки немного

повернуты внутрь. Сожмите ладони в кулаки, уприте их в область крестца (большие пальцы направлены вверх).



Рис. 4.3. Арка Лоуэна

Согните колени так сильно, как можете, не отрывая пяток от земли. Прогнитесь назад, опираясь на кулаки. Вес тела перенесите на пальцы ног. Линия, соединяющая центр стопы, середину бедра и центр надплечья, изогнута, как лук. В этом случае освобождается живот. Если есть хроническое напряжение мышц, то человек, во-первых, не в состоянии выполнить упражнение правильно, а во-вторых, чувствует это напряжение как боль и неудобство в теле, препятствующие выполнению упражнения.

Упражнение «Приседание»

Инструкция терапевта:

Поставьте стопы параллельно на расстоянии около 20 см. Присядьте на корточки так, чтобы обе пятки прикасались к полу; вес тела перенесите на передние части стоп.

Если такое положение начнет вызывать боль, опуститесь на колени, отведите стопы назад и сядьте на пятки. Это может оказаться болезненным, если голени и стопы напряжены. Если это так, присядьте снова, чтобы расслабить лодыжки.

Упражнение «Мать-Земля»

Ритмичное топание по кругу под африканские ритмы в течение 7-10 мин.

Основное движение – переменный приставной шаг друг за другом по кругу: шаг правой ногой вперед – левую приставить и т. д. При этом шаг

выполняется на чуть согнутых ногах, всей стопой в пол, с топанием. Важно, чтобы было ощущение плотного соприкосновения стопы с землей.

Ритуалы древних племен, посвященные Земле, исполнялись на открытом твердом грунте. Тогда исполнители танцевали, топая ногами, и поднималась пыль. Со стороны это выглядело так, будто исходит земная сила; танцоры как бы купаются в ней и впитывают ее. Чем сильнее удары ног по земле, тем выше поднимается пыль, тем больше силы отдает Земля. Чем ниже приседают танцоры, тем ближе они к Матери-Земле, тем раньше встречают они силу земную и тем сильнее становятся.

Упражнение «Ритуальный танец североамериканских индейцев»

Участники располагаются общим кругом, лицом в центр, взявшись за опущенные руки. Основное движение – приставной шаг боком, влево по кругу: левой ногой шаг влево – правую приставить, левой шаг влево – правую приставить и т. д.

Танец можно исполнять с закрытыми глазами.

Упражнение «Опираемся»

Инструкция терапевта:

Встаньте, ноги почти на ширине плеч, ступни стоят параллельно, колени расслаблены и совсем немного согнуты. Чуть-чуть покачайтесь – все так же медленно, просто чтобы ощутить, как тонко и точно мышцы ног помогают вам удержать равновесие.

А теперь представьте себе, на какой высоте над поверхностью земли вы находитесь. Может быть, вас от нее отделяет десять этажей или только подвал – это неважно. Почувствуйте, как пол, на который вы опираетесь своими ступнями, удерживает весь ваш вес и не дает вам провалиться туда, вниз.

Ощутили вы, как мгновенно наполнилось тяжестью ваше тело при одной этой мысли? Покачайтесь еще чуть-чуть – как ведут себя ваши опоры?

Быстрая часть

Упражнение «Летка-енка»

Участники выстраиваются в круг друг за другом, и каждый берет за талию стоящего впереди.

I Подскок и мах правой ногой.

I Подскок и мах левой ногой.

Прыжок вперед на обе стопы, ноги на ширине плеч.

Прыжок назад и твист.

Упражнение «Кантри»

Исполняется под музыку «Кантри».

И.п. (исходное положение) – стойка прямо, пятки вместе, носки врозь, руки на талии, большие пальцы рук заложены за пояс.

Шаг с правой ноги вправо, перекрестный шаг левой ногой сзади за правой, еще шаг правой вправо, левую приставить к правой (такты 1–4).

Повторить то же самое в левую сторону (такты 1–4).

Шаг правой ногой назад, левую приставить (такты 1–2).

Прыжок ноги врозь – ноги вместе (такты 3–4).

Скольжение (slide) по диагонали вперед-влево с левой ноги (такты 1–2).

Скольжение (slide) по диагонали вперед-вправо с правой ноги, левую приставить (такты 3–4).

Шаг левой по диагонали вперед-влево с одновременным двукратным покачиванием левым бедром влево (такты 1–2).

Двукратное покачивание правым бедром вправо (такты 3–4).

Одно покачивание правым бедром вправо – левым влево (такты 1–2).

Шаг с правой ноги с поворотом вправо на 90°, левую приставить (такты 3–4).

Заключительная часть

Упражнение "Метафора «Одного шага»

(<http://www.chart.ru/~bodywork/games.htm>)

Принципы:

- перетекание веса тела по синусоиде от 100 % на одной ступне к 100 % на другой ступне;

- чувствительность:

- а) во время проноса «пустой» ноги над поверхностью пола – есть ли место для опоры?

- б) стопы и колени проходят рядом друг с другом параллельно, но не соприкасаясь;

- в) опорная ступня «распластывается» на полу (женщинам можно вспомнить ощущение «раскатывания теста»).

- в любой момент положение тела является стабильным (устойчивым), то есть по команде «стоп» тело не заваливается (принцип покоя в движении).

Инструкция терапевта (пошаговое выполнение упражнения):

- Стоя на полусогнутых в коленях ногах (ступни соприкасаются внутренними сторонами, руки вблизи живота), приседаем, опуская прямой позвоночник вниз. Когда почувствуете свои ноги «сжатыми пружинами», начинайте плавно и медленно скользить правой стопой параллельно земле на 1–2 см выше уровня пола (ощущаем, достаточно ли надежна

поверхность, на которую собираемся поставить ногу, нет ли «обрыва в пропасть»), пока колено не окажется практически выпрямленным. Все это время вес на 100 % падает на левую ногу и, соответственно, центр тяжести тела в пределах площади опоры (устойчивое положение).

- Опускаем правую стопу, с пятки на носок (вес все еще на левой ступне). Переносим вес на правую ногу, живот опускается, макушка находится на том же уровне, глаза смотрят прямо. Вес переносится с «полной» ноги на «пустую» плавно, важно прочувствовать моменты этого перетекания со 100 % до 0 %. Корпус не наклонять.

- Левая нога подтягивается к правой только после установления опоры на правой ноге.

- Цикл повторяется.

Упражнение «Морская водоросль»

Инструкция терапевта:

Представьте, что вы водоросль, растущая на морском дне. Ваши стопы, являясь корнями, не могут сдвинуться с места, но голова, руки, плечи, туловище, бедра и колени являются стеблями водоросли и непрерывно колеблются под воздействием морского течения, которым в данном случае являются движения рук вашего партнера. Закройте глаза и двигайтесь, повинаясь «течению», с той же скоростью и в том же направлении. Не следует забывать, что стопы должны быть надежной опорой, сильной и в то же время гибкой.

Партнер, который играет роль морского течения, может использовать различные виды воздействия на другого участника, меняя скорость и интенсивность движения.

Упражнение «Бульдозер и пеньки»

Это упражнение можно выполнять как в парном, так и в групповом варианте.

Парный вариант

Один из участников исполняет роль бульдозера, который должен выкорчевать пенек – своего партнера. «Пенек» должен, укоренившись, стоять на месте и не сходить с него. «Бульдозер» пытается стащить партнера с этого места всеми способами – хватаясь за руки, толкая или спихивая. Через какое-то время партнеры меняются ролями.

Групповой вариант

Если в эту игру играет три человека, один становится «пеньком», а двое других – «бульдозерами», а затем меняются ролями.

Упражнение «Восхождение к устойчивости»

Упражнение направлено на то, чтобы дать опору другому человеку.

Работа в парах. Один участник лежит, другой стоит и своими ногами упирается в ступни лежащего. Надо позволить лежащему свои ноги перемещать вверх, «идти» по ногам стоящего. Это и есть путешествие к устойчивости. Стоящий дает опору ногам лежащего. Затем «благодарность животом»: стоящий удерживает недолго ноги партнера на своем животе. Потом следует плавный выход из контакта, стоящий понемногу отходит назад, пока ноги лежащего не лягут на пол. Затем стоящий берет лежащего за стопы – на вдохе надавливает на стопы, на выдохе – отпускает. Стоящий дышит в ритме лежащего – это ассимиляция энергии.

Затем следует обсуждение. Почувствовал ли лежащий состояние устойчивости? Почему это было трудно? Когда было максимально удобно? Если на подъеме было трудно, а на животе (как бы в утробе матери) удобно – это хороший признак. Легко ли было выйти из контакта? Эта процедура демонстрирует сложности с матерью. Если лежащий не мог выйти из контакта, это неблагоприятный знак. Если контакт разрывается очень резко, это свидетельствует о плохих отношениях с матерью.

Затем участники меняются ролями.

Техника 2. Работа с границами

Граница между организмом и средой более или менее четко переживается как граница между тем, что внутри тела, и тем, что вне него, но это весьма относительно. С границей Эго тесно связаны два феномена: это идентификация и отчуждение.

Установление границ Я связано с границами тела, это важное условие для различных видов поведения. Необходимость определения границ проистекает из потребности в личной идентичности, интегрированности. До тех пор, пока человек «не знает» границы своего тела и не может точно отличить тело ото всего остального, он лишен важного элемента структурирования других систем, которые он мог бы использовать для понимания и оценки своего телесного опыта (Быховская, 2000).

Фундаментальную важность процесса формирования границ признают все основные концепции развития. Все психотерапевтические школы сходятся в том, что первой ступенью индивидуализации является осознание границ своего тела. Таким образом, формированию Я предшествует этап телесного выделения. Работы ряда исследователей свидетельствуют о том, что осознание личностью этих границ оказывает влияние на различные аспекты принятия решений, на общую способность адаптироваться и на другие формы социального поведения (Witkin et al., 1962).

Границы Я – это границы того, что человек допускает при контакте.

Это целый спектр границ контакта, что определяет действия, идеи, ценности, установки, образы, воспоминания – все, что человек свободно выбирает, чтобы войти в полный контакт с окружающей действительностью и одновременно откликаться на свои внутренние ощущения.

Выбор формы контакта определяют индивидуальные границы Я и образ жизни человека. Это выбор друзей, работы, места проживания, любимого человека, фантазий и многое другое. Способность сохранять ощущение границ позволяет человеку допускать или блокировать поведение на границах контакта. Для его жизни это важнее, чем получение удовольствия, планы на будущее, практические проблемы или что-либо другое.

Границы Я можно описать, выделив тут следующие аспекты: телесные границы; границы ценностей; границы доверия; границы проявлений; границы открытости.

Как уже говорилось, развитие основных соматических функций и типов реагирования связано с предпосылкой эмоционально-телесного взаимодействия матери и ребенка на стадии раннего симбиоза, в ходе которого ребенок интериоризирует установки и поведение матери по отношению к нему, развивая тем самым соматическое Я (Аммон, 2000) (см. раздел 1.1. главы 1).

Многочисленные исследования (Fisher, Cleveland, 1958) образа тела с точки зрения его границ выявили высокую корреляцию между степенью определенности границ тела и личностными характеристиками человека. Например, высокий уровень определенности границ устойчиво связан с такими характеристиками, как стабильная адаптация, сильная автономия, выраженное стремление к эмоциональным контактам. Низкая же степень определенности границ коррелирует со слабой автономией, высоким уровнем личностных защит, неуверенностью в социальных контактах.

Границы физического Я связаны также с границами личной зоны каждого человека, и эту связь можно эффективно использовать в процессе психотерапии. Вне зависимости от того, насколько ограничено окружающее пространство, у каждого человека имеется личная зона или территория – та область, которую он старается защитить от внешнего вторжения. Способы охраны границ личной зоны и признание нерушимости чужих границ определяют характер взаимоотношений с другими людьми. Человек определенным образом реагирует на окружающее его пространство и определенным образом его использует, что само по себе передает информацию другим людям. Использование

пространства имеет решающее значение для взаимоотношений, и прежде всего – для выяснения степени близости между людьми. У каждого человека есть свои территориальные потребности. Выделяют четыре зоны, в которых действует человек: интимной близости; личной близости; социального контакта; общественной дистанции. Расстояние между людьми от одной зоны к другой возрастает по мере того, как степень близости уменьшается (Фаст, 1997).

Чтобы проверить, в какой степени реакция на вторжение в зону личного пространства зависит от характера человека, было проведено много исследований. Так, выяснилось, что при разговоре интроверты держатся на большем расстоянии от собеседника, чем экстраверты. Типы характеров, для которых проблема границ является одной из основных, – это характеры орального уровня: шизоидный, нарциссический и параноидный (см. раздел 2.2.9 главы 2).

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений, позволяющий: 1) выяснить, каковы границы личности и как их устанавливают; 2) расширять и устанавливать границы, адекватные ситуации.

Разминка

Упражнение «Защита пространства»

Это исследование того, как человек ведет себя в ответ на внешнее воздействие и сколько пространства он позволяет себе занять в этом мире. Выполняется в парах, один активный участник – ведущий, другой, пассивно наблюдающий, – ведомый.

Ведомый определяет «свое пространство», а ведущий его нарушает. Ведомый ложится в удобную позу на полу. Ведущий должен его осмотреть: есть ли асимметрия положения. После этого ведущий начинает понемногу сдвигать (компактно складывать) руки и ноги партнера. А ведомый должен оценивать, насколько каждая очередная поза для него удобна и комфортна. Ведущий складывает руки партнера на груди, кладет ногу на ногу – до тех пор, пока ведомый не начнет активно сопротивляться.

Затем ведомый принимает позу эмбриона, а ведущий начинает его «раскрывать». Ведомый должен отслеживать, как реагирует его тело: комфортно ему или неудобно.

Что ведомый разрешает с собой делать, а что нет? Если ведомый хотел сопротивляться, но терпел, это говорит о его конформизме.

Затем участники меняются ролями.

Упражнение «Внутреннее движение»

Это упражнение позволяет измерить персональное пространство

каждого.

Инструкция терапевта:

Попробуем представить себе свои границы и посмотреть, как мы их охраняем. Мы садимся парами и определяем оптимальное расстояние между нашими телами. Затем один начинает медленно приближаться, а другой должен телом попытаться его остановить, когда почувствует дискомфорт. Отслеживайте, какие ощущения при этом возникают в теле.

Теперь пары расходятся на 10 метров. Один участник стоит, другой начинает медленно к нему приближаться. Он должен приближаться до тех пор, пока не почувствует, что дальше двигаться тяжело. Тот, к кому приближаются, должен отметить про себя, когда ему захотелось сказать «стоп». Какие это вызвало ощущения в теле и где именно?

Возможен вариант, когда участник, к которому приближаются, стоит с закрытыми глазами.

Кто как чувствует психологическую дистанцию? Кто пересек границу личного поля, не почувствовав ее? Кто не дошел? Кто верно ее почувствовал? Кто кого и на какое расстояние подпустил к себе? Кто ближе, кто дальше и почему?

Упражнение «Смыкающийся круг»

В зале выстраивают широкий круг из стульев спинками к центру; члены группы находятся внутри круга, терапевт – снаружи. Звучит музыка, и участники начинают спонтанно двигаться, свободно перемещаясь в пространстве, взаимодействуя с другими. Терапевт понемногу сдвигает стулья к центру круга, вынуждая участников сближаться. Наконец участники оказываются в тесном кружке, а терапевт все продолжает сужать пространство, так что участники уже практически не в состоянии двигаться. Терапевт просит их еще ужаться, возможно, избавившись от кого-то из членов группы – выставив его за круг. Теоретически можно продолжать до тех пор, пока в центре круга не останется один человек. В большинстве случаев упражнение можно прекратить уже тогда, когда группа начинает выталкивать кого-то из участников или когда члены группы начинают сами покидать группу, чтобы остальным не пришлось делать мучительный выбор. Идеальным вариантом развития событий является тот, когда группа отказывается выполнять упражнение, вступая в конфронтацию с терапевтом. Таким образом, участники группы берут ответственность за происходящее на себя, повышая групповую автономность, осознавая себя чем-то большим, чем просто сумма людей, – членами группы.

Потом происходит обсуждение. Какова связь межличностной

дистанции и отношения к человеку? Что чувствовали участники, когда в их персональное пространство вторгались другие люди? Одинаково ли они себя ощущали при взаимодействии с разными людьми? При обсуждении участники должны выразить свои чувства, свое видение происходящего, объяснить себе и другим то, что произошло. Чтобы облегчить свободное выражение чувств, терапевт может рассказать о своих затруднениях, о своем смятении в ситуации, когда он был вынужден «давить» на группу, чтобы она осознала свою целостность.

Упражнение «Броуновское движение»

Инструкция терапевта:

Мы изображаем броуновское движение, ходим по комнате, не вступая ни с кем в контакт. Потом, по сигналу, можно вступать или не вступать в контакт. Попробуйте отследить, что с вами происходит, когда с вами пытаются идти на контакт, и что происходит, когда вы пытаетесь идти на контакт, а вам идут или не идут навстречу. Важно понять, чего тут хочет тело.

Теперь давайте подвигаемся с закрытыми глазами и попытаемся опознать друг друга.

Упражнение «Границы»

Вариант 1

Данный вариант упражнения помогает участникам исследовать личные границы членов группы, с которыми им трудно найти общий язык.

Инструкция терапевта:

Мне хочется предложить вам упражнение, которое поможет вам научиться стать чувствительнее к границам, с помощью которых каждый человек защищает свою личность.

Посмотрите на всех членов группы и выберите кого-нибудь, с кем вам по какой-либо причине трудно общаться. Сядьте друг напротив друга и задумайтесь на минуту о том, как вы в это мгновение можете представить себе ту невидимую психологическую границу, которую проводит вокруг себя ваш партнер. Как вам кажется, насколько близко он позволит вам подойти к себе? Каким образом? При каких условиях? Как он скажет вам «стоп!» или «подойди поближе»?

Я хотел бы, чтобы вы сейчас молча поэкспериментировали друг с другом. Встаньте лицом друг к другу и вытяните руки перед собой. Коснитесь ладонями и кончиками пальцев ладоней партнера, так, чтобы ваши руки были мягко прижаты одна к другой. Смотрите друг другу в глаза и начинайте осуществлять соприкасающимися ладонями и пальцами различные движения. Экспериментируя с движениями, постарайтесь узнать

что-либо новое о партнере.

Что выражают движения партнера? Кто из вас чаще оказывается инициатором движений, кто чаще проводит разведку? Кто чаще говорит «стоп!»?

Теперь исследуйте ту индивидуальную границу, которую партнер очерчивает вокруг своего тела и которую он готов защищать. Приближайте руки к партнеру разными способами и выясните, в какой мере он позволяет вам приблизиться к нему с разных сторон. Как вы сами себя чувствуете, приближаясь к его границам? Насколько вы уверены в себе и в какой мере позволяете партнеру подойти к вашим границам? Будьте внимательны к сопротивлению с обеих сторон. Где проходит ваша собственная граница и как вы ее защищаете?

Теперь остановитесь, сядьте вместе со своим партнером. Поделитесь вашими наблюдениями о том, какую «политику границ» проводит каждый из вас и как вы можете использовать понятое для того, чтобы в будущем лучше ладить друг с другом.

Вариант 2

Этот вариант позволяет двоим конфликтующим участникам проанализировать важные аспекты возникших между ними трудностей. (Можно также разделить группу на четверки так, чтобы в каждой подгруппе было двое конфликтующих участников, один посредник и один носитель адекватного поведения.)

Цель упражнения состоит в том, чтобы выявить те правила, по которым каждый определяет, как именно должны с ним обращаться другие люди, и искать индивидуальный стиль защиты своих границ. Эффективный контроль над границами – это предпосылка самоуважения.

Инструкция терапевта:

Прежде всего убедитесь в готовности обеих конфликтующих сторон работать со своими трудностями.

1. В первой части упражнения в центре внимания находится один из участников конфликта (А), другой (Б) наблюдает. Попросите А встать на середину группы и сосредоточиться на своем индивидуальном пространстве, которое его окружает и защищает.

2. Пусть А опишет, насколько велико это пространство и какой оно формы; затем спросите его, может ли он выйти из своего личного пространства и насколько далеко.

3. Спросите А, кому и при каких условиях он позволяет заходить в свое личное пространство.

Здесь могут помочь другие участники группы (но не Б!). Исполняя

различные роли (мужчины или женщины, знакомого или чужого и т. д.), они могут вступать в личное пространство А, при этом никто не должен произносить ни слова. Вы также можете попросить войти в личное пространство А несколько человек одновременно, чтобы А мог выяснить, как он к этому относится. На каждом из этапов помогите А разобраться, как он открывает и закрывает свои границы, и подчеркните, что только он сам отвечает за определение своих границ и их защиту.

4. Теперь спросите А, каким образом он приглашает другого войти в свое личное пространство. Пусть он снова без слов пригласит к себе помощников, исполняющих различные роли, причем исполнители должны выражать различные типы своего отношения к А. Здесь следует выяснить, насколько гибко человек может настраиваться на различные ситуации и устанавливать контакт.

5. Пусть теперь в личное пространство А войдет Б, причем именно таким образом, как он обычно это делал раньше. А затем пусть Б вступит в личное пространство А так, как он это хотел бы сделать, учитывая только что полученную информацию.

6. А и Б меняются ролями, и вся процедура повторяется.

Обсудите упражнение.

Быстрая часть

Упражнение «Танец в ограниченном пространстве»

Для этого упражнения необходимо помещение, плотно заставленное мебелью. Участники исполняют импровизированные танцевальные движения, избегая столкновения с предметами. Двигаться следует не только ритмично, но и достаточно быстро; движения вправо и влево должны быть симметричными. Участники исследуют, насколько хорошо им удастся лавировать в ограниченном пространстве.

Упражнение «Движение в разных ярусах кинесферы»

Кинесфера – это пространство, в котором может двигаться тело, данное понятие используется в танцевально-двигательной терапии. Граница кинесферы определяется максимальной амплитудой движения. Для практических целей важна следующая классификация зон кинесферы:

Три горизонтальных яруса:

а) нижний – от бедер до земли и все доступное в движении пространство вокруг ног; соответствующие движения: приседания, наклоны, переползания и т. д.;

б) средний – корпус, руки и их движения ниже уровня плеч;

в) верхний – голова, шея и руки в их движении выше уровня плеч: прыжки, «полеты» и т. д.

Упражнения проводятся в трех ярусах кинесферы. Все участники группы ложатся на спину, закрывают глаза и определяют у себя положение центра тяжести. Затем положение центра тяжести определяется лежа на животе, сидя и стоя. Терапевт говорит: «Исследуйте центр тяжести тела кошки (то есть подвигайтесь, как кошка). Где центр тяжести обезьяны? Петуха? Рыбы? Воробья, прыгающего по земле?» Выполняя соответствующие движения и действия, характерные для данных животных, участники ищут ответы на эти вопросы.

Группа разбивается на подгруппы по три человека. Первая тройка начинает движение из одного конца зала в другой в нижнем ярусе кинесферы. Движения участники выбирают самостоятельно – это могут быть: переползание на животе, перекатывание, переползание на спине. Единственное условие – центр тяжести находится не выше 10 см от пола. Как только первая тройка достигает середины зала, начинают движение следующие три человека, а первые трое, достигнув противоположного конца зала, начинают движение обратно в среднем ярусе кинесферы. Достигнув конца зала, первая тройка начинает движение в обратном направлении в верхнем ярусе кинесферы – прыжки, полеты и т. п.

Обсудите, какие ощущения возникали при различных типах движения. Как чувствовали себя участники, когда им навстречу двигались люди в другом ярусе?

Упражнение «Эксперименты с движением»

Участники тут делают «широкие» синхронные ритмические движения под быструю музыку: широкие махи руками, серии сложных прыжков с поворотами и перемещением в пространстве, приставной шаг с угловыми перемещениями, V-образный шаг с широкими махами руками.

Перед работой всех участников группы просят расположиться в зале на максимальном расстоянии друг от друга.

После того как участники группы выучили упражнения, терапевт доступными средствами начинает ограничивать пространство, в котором движется группа. Это может быть символическое ограничение с использованием веревки или скакалок или более реальное ограничение в виде стульев или степ-платформ.

Затем упражнения повторяют. Далее пространство уменьшается еще раз. Это происходит до тех пор, пока участники группы могут выполнять упражнения, не наталкиваясь друг на друга. Теоретически группа может успешно выполнять эти упражнения в весьма ограниченном пространстве при соблюдении двух условий – высокого уровня синхронизации движений и хорошего чувства своих и чужих границ.

После выполнения упражнения дается время на обсуждение того, какие чувства возникали у участников.

Заключительная часть

Упражнение «Близость»

Близость в данном случае понимается не как отсутствие дистанции между телами партнеров, но как созвучие, соприкосновение душ. Порой общение без прикосновений гораздо ярче выявляет подобную близость.

Ведущий участник взаимодействует с партнером на некотором расстоянии от него: не дотрагиваясь до его тела, но как бы прикасаясь к его «ауре». Ведомый (стоя на месте с закрытыми глазами) реагирует на эти «прикосновения» непроизвольно – так, как «желает его тело» (мышцы напрягаются или расслабляются, дыхание становится свободным, глубоким или сдавленным, поверхностным и т. п.).

Задача ведущего – попытаться выявить то расстояние, на котором удастся воздействовать на партнера, вызывая его непроизвольные реакции, а также характер «прикосновений», порождающий те или иные реакции. Задача ведомого – отследить, ощущает ли он «прикосновения» ведущего, и понаблюдать за собственными ощущениями в процессе работы.

Упражнение «Тряпичная кукла»

Инструкция терапевта:

Встаньте на колени позади партнера, сидящего на полу, и попросите его прислониться к вам спиной и расслабиться настолько, чтобы вы могли перемещать его в любом направлении. Это упражнение потребует от вас полной концентрации внимания, так как вы все время должны поддерживать партнера. Если какой-нибудь участок тела будет «оказывать сопротивление» вашим действиям, уделите ему особое внимание.

Техника 3.

Работа с межличностными отношениями

Существует нейрофизиологическая связь между организацией речи и телодвижениями в человеке (Фельденкрайз, 1997). Использование ритма и кинестетических паттернов на занятиях ритмо-двигательной терапией помогает установить или восстановить межличностную коммуникацию: синхронные движения облегчают процесс общения. Исследования показывают, что общение повышает синхронность движений. РДТ повышает способность вступать в контакт, так как она непосредственно использует ритм и кинестетические паттерны.

Координация рассматривается как необходимое условие для достижения адекватного социального взаимодействия. Люди с нарушениями социальной коммуникации способны научиться

необходимому поведению (ритмической координации с другими), которое затем можно перевести в другие социальные контексты. В результате занятий РДТ большинство пациентов выходят на более глубокий и богатый уровень общения, обучаясь выражать чувства через тело во время движения с общим ритмом. С незапамятных времен ритм использовался для организации человеческого поведения и для создания чувства солидарности между людьми.

Полноценное общение невозможно без обратной связи. Человеку всегда важно знать, насколько его поняли и приняли со всей информацией, которую он хочет донести, насколько он сам правильно понял, увидел, услышал то, что ему сообщили. Часто при общении учитывается только вербальный компонент, однако человек всегда что-то сообщает также и своим телом. Невербальный язык может быть информативнее и даже правдивее (в тех случаях, когда вербальные и невербальные сообщения расходятся или противоречат друг другу). Что хочет сказать человек своей походкой, своей позой, своими жестами? Каким образом его телодвижения подтверждают то, что он говорит словами? Мысли и чувства другого человека тем легче понять, чем полнее его контакт с собственными мыслями и чувствами.

Группа ритмо-двигательной терапии, так же как и любая психокоррекционная группа, – это микрокосм различных социальных ситуаций, где пациенты учатся адекватнее воспринимать себя и других и расширяют спектр своих поведенческих возможностей.

Экспрессивные движения человека – неотъемлемый компонент эмоций. Нет такой эмоции, переживания, которые бы не выражались через тело. Под экспрессивными движениями следует подразумевать не только мимику, жесты рук, ног, головы, позу и характер перемещений человека, но также и произвольные реакции тела, такие как напряжение или расслабление мускулатуры, глубина или поверхностность дыхания, его темп и т. п. Через собственные выразительные движения человек может осмыслить свое внутреннее состояние, сообщить другому о своих переживаниях, намерениях, ожиданиях и пр. В связи с этим можно говорить о языке тела, языке экспрессивных движений, которые применяются как средство коммуникации с окружающими, средство самопознания и понимания другого.

Если говорить о типологии, проблема коммуникации является одной из основных для характеров орального уровня: шизоидного, нарциссического и параноидного (см. раздел 2.2.9. главы 2).

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений,

позволяющий человеку понять, удастся ли ему представить миру свое истинное лицо, принимают ли другие люди сигналы, которые он им направляет. Если окружающие понимают эти послания неверно, то, возможно, именно поэтому человек ощущает свою изолированность от мира. Может быть, именно этим объясняются его жизненные неудачи. Упражнения данного раздела также позволяют участникам совершенствовать навыки эффективной коммуникации, учиться адекватно передавать и получать сообщения, в том числе и невербально.

Разминка

Упражнение «Зеркало»

Участники разбиваются на пары, партнеры становятся лицом друг к другу. Первый совершает замедленные движения. Другой должен в точности копировать движения партнера, быть его «зеркальным отражением». Через некоторое время они меняются ролями.

Сначала терапевт налагает ограничения на действия ведущего партнера: не делать сложных движений, не производить несколько движений одновременно, не использовать мимику, выполнять движения в крайне медленном темпе.

В ходе работы участники довольно быстро обучаются чувствовать тело партнера и схватывать логику его движений. От раза к разу следить за ведущим становится все легче и все чаще возникает ситуация предвосхищения и даже опережения его действий. Это упражнение является хорошим средством для установления психологического контакта.

Упражнение «Движение – настроение»

Инструкция терапевта: «Пусть каждый из вас по очереди сделает движение, отражающее его внутреннее состояние, а мы все будем повторять это движение по 3–4 раза, стараясь вчувствоваться в состояние человека, понять это состояние».

После завершения упражнения можно задать группе вопрос: «Каково, по вашему мнению, состояние каждого из нас?» Когда о состоянии участника высказано несколько гипотез, следует обратиться к нему за разъяснением.

Упражнение «Следуй за мной»

Ведущий свободно двигается по комнате, совершая любые не слишком быстрые танцевальные движения. Остальные члены группы должны следовать за ним, повторяя его движения и «переживая» их. Через несколько минут ведущий переходит в конец цепочки, следующий ведущий меняет характер движений. Музыка для этого упражнения не нужна – ритм движений задает каждый новый ведущий.

Упражнение «Контакт рук»

Инструкция терапевта:

Свободно перемещайтесь по комнате, пожимая друг другу руки. Периодически останавливайтесь, задержав чью-либо руку в своей руке. Закройте глаза и при помощи прикосновений исследуйте ее. Через две минуты откройте глаза и посмотрите на партнера.

Теперь перемещайтесь с закрытыми глазами, пожимая левой рукой руки других членов группы. Остановитесь, возьмите чью-либо левую руку и попытайтесь догадаться, чья это рука. Через минуту, все еще держась за руки, откройте глаза, посмотрите друг на друга и проверьте правильность ваших ощущений.

Снова двигайтесь по комнате, делая рукопожатие двумя руками. Вы должны за 30 секунд обменяться с партнером рукопожатиями, находясь в разных состояниях – «торопливый», «сердитый», «подавленный», «счастливый», «влюбленный».

Закройте глаза, найдите другого участника, возьмите его за обе руки и постарайтесь угадать, кто это. Через две минуты, не открывая глаз, вместе с партнером с помощью рук попытайтесь выразить разные состояния: поспорьте, помиритесь, поиграйте, побудьте нежными, изобразите танец двумя руками. Через 5 минут, все еще держась за руки, откройте глаза и посмотрите на партнера.

Упражнение «Встречи на улице»

На первый музыкальный фрагмент участники ходят хаотично, стараясь не задевать друг друга; при этом они могут контактировать взглядом с ближайшими «прохожими». На второй музыкальный фрагмент (следующий за первым без паузы) все продолжают ходить хаотично, но при встречах обмениваются рукопожатиями (правой или левой рукой) и обязательно устанавливают контакт глазами.

В процессе обсуждения можно обратить внимание участников на то, что ускоренный темп взаимодействия провоцирует поспешность, а следовательно – поверхностность общения; при этом сокращается дистанция между партнерами, которые невольно вторгаются в личное пространство друг друга, в результате создается более или менее ощутимый дискомфорт, проявляющийся внешне как взбудораженность, смешливость.

Упражнение «Передать шарик»

Перед началом упражнения половине участников раздаются небольшие пластмассовые шарики.

Участники спокойным шагом хаотично двигаются по всему залу. Тот, у

кого есть шарик, держит его перед собой на ладони, вытянув руку вперед, тем самым выражая желание подарить его другому. При встрече с тем, у кого нет в руке шарика, первый протягивает ему свой, как будто преподносит дар (отдает и идет дальше). Второй, приняв дар, в свою очередь, передает его тому из ближайших участников, у кого руки пусты. И так далее.

Задача упражнения – прочувствовать жест преподнесения дара, наполнить его личностным смыслом, при котором передаваемый предмет (шарик) может символизировать душевное тепло, добрую энергию дарителя. Когда тот, кто отдает шарик, проживает это действие как дарение чего-то светлого, идущего от души, а принимающий мгновенно это понимает по выразительным микродвижениям, тогда у обоих возникает ощущение душевного соприкосновения. Если же отдающий не проживает свое действие как дарение, то оно теряет смысл и партнеры начинают испытывать взаимную неловкость.

Чтобы эмоционально пережить процесс дарения, нужно определенным образом выстроить движения: перенести тяжесть тела на передние части стоп и всем телом следовать за рукой, на которой лежит шарик; рука при этом смотрит вперед, а подбородок чуть приподнят. Принимающий дар берет шарик очень бережно, как хрупкую драгоценность. При выполнении этих движений у взаимодействующих партнеров, как правило, непроизвольно появляются движения (взгляды, поклоны), выражающие благодарность, а также радость и удовольствие.

Упражнение «Знакомство»

Партнеры постоянно соприкасаются кончиками пальцев (либо одной, либо обеими руками) и стараются все время смотреть друг на друга (но не всегда «глаза в глаза»). Один из них, ведущий, задает движение, ведомый подчиняется его инициативе; в целом их взаимодействие напоминает очень медленный танец. Например, партнеры, сохраняя контакт пальцев, то неторопливо сближаются, подняв руки, как арку, то отдаляются, едва дотягиваясь руками друг до друга; ведущий поворачивает ведомого, как будто рассматривает его со всех сторон, любит его, или ведет его за руку то в одну, то в другую сторону и т. п.

Упражнение «Музыкант и инструмент»

Ведущий в паре – «музыкант» – прикасается к партнеру пальцами рук с мягким подталкивающим движением (как бы задевая струну музыкального инструмента): то трогает его руку, то плечо, то голову и т. д. Ведомый – «инструмент», – стоя на месте с закрытыми глазами, откликается на каждое прикосновение ответным движением,

напоминающим плавный всплеск, который (как звук задетой струны) постепенно затихает, тает («отвечает», главным образом, та часть тела, к которой прикоснулся «музыкант», но «волна» отклика, менее заметная, распространяется по всему телу). Задача «музыканта» – выявить возможности «инструмента», чтобы тот «завучал», показал свою индивидуальность. Задача «инструмента» – чутко откликаться на прикосновения «музыканта», полностью подчиняясь ему, не пытаясь выступать с собственной инициативой или «помогать» партнеру, не пытаясь заранее угадывать его действия; главное – предоставить «музыканту» возможность свободно импровизировать в игре на «инструменте».

Упражнение «Зоопарк»

Инструкция терапевта:

Найдите себе место в той комнате, где вам было бы удобно. Мы – в зоопарке. Представьте себя зверем – своим антиподом (зверем, которого вы менее всего напоминаете, привычки которого противоположны вашим). Станьте этим зверем. Придайте своему телу положение, характерное для него.

Клетки раскрылись, звери выбрались на волю и разгуливают по зоопарку. Они приглядываются, принимают, взаимодействуют, если хотят. Возможны проявления любопытства, агрессии, самообороны (без прямого контакта). Возможна любая вокализация, кроме слов.

Найдите себе пару – зверя или птицу, с которым вы могли бы находиться рядом, взаимодействовать или просто сосуществовать без взаимного напряжения. Взаимодействуйте с этим партнером.

Вы выразили друг другу доверие. Обсудите с партнером происходившее, свои ощущения, переживания, что-то, может быть, неожиданное для вас.

Упражнение «Почувствовать другого»

Каждому в группе предлагают почувствовать тех, кто сидит рядом. Что надо сделать, чтобы это получилось? Нужно убрать препятствия. Сначала надо снять все физические «зажимы»: расслабить мышцы, в частности лицевые, глубоко дышать. Затем убрать лишние каналы информации: отключить речь, закрыть глаза, сосредоточиться только на ощущении, которое вызывает другой человек.

Упражнение «Визуальное чувство»

Все садятся в круг. Терапевт предлагает каждому внимательно посмотреть на лица остальных участников; через 2–3 минуты все закрывают глаза и пытаются представить себе лица других членов группы.

В течение 1–2 минут нужно фиксировать в памяти лицо, которое удалось лучше всего представить. После выполнения упражнения группа делится своими ощущениями и повторяет упражнение. Каждый участник должен постараться воспроизвести в памяти как можно большее количество лиц партнеров.

Упражнение «Ощущение энергии другого человека»

Участники разбиваются на пары.

Инструкция терапевта:

Потрите руки, чтобы их разогреть и возбудить в них энергию. Приблизьте ладони очень близко к ладоням партнера (расстояние между ладонями – несколько миллиметров). Ощущайте присутствие партнера. Затем «танец» руками: один партнер ведущий, а другой ведомый. Движения медленные. Упражнения начинаются с позиции сидя на пятках, а затем партнеры поднимаются и продолжают танец стоя (руки к рукам). Каждый может брать на себя роль ведущего спонтанно. Затем обсудите ваши ощущения.

Упражнение «Баюшки-баю»

Все участники образуют полукруг. Один из них встает спиной к остальным в центр полукруга. Все протягивают перед собой руки, на которые первый участник опирается. Под музыкальное сопровождение участники передают через прикосновение свое тепло, дружеское отношение стоящему перед ними.

Инструкция терапевта: «Настройтесь на этого человека. Представьте, что это для вас сейчас самый дорогой и близкий человек».

Каждый по очереди или по желанию проходит эту процедуру, получая поддержку товарищей.

Вариант: группа встает в круг, в центре которого находится один из участников. Он расслабляется и падает в какую-то сторону. Участники группы его поддерживают, так что его тело совершает колебательное движение внутри круга.

Упражнение «Баюшки-баю-2»

Упражнение выполняется в парах.

Инструкция терапевта:

Пусть один из вас – «ребенок» – сядет на ковер, подтянет как можно ближе к себе согнутые в коленях ноги, плотно обхватит их руками, а лицом уткнется в колени. Его партнер – «родитель» – при этом садится сзади так, чтобы «ребенок» оказался у него между колен – как можно ближе, – обнимает «ребенка» поверх его рук, помогая ему удерживать колени, и не спеша, очень бережно наклоняет его к себе. Важно сделать так, чтобы

«ребенку» было комфортно и тепло – пусть «родитель» постарается подстроиться под его ритм дыхания, пусть по мельчайшим движениям «ребенка» почувствует, удобна ли тому принятая поза. И когда нужная поза и ритм дыхания будут найдены, «родитель» начинает очень осторожно и медленно раскачиваться вместе с «ребенком». Это очень сложная и важная задача – дать «ребенку» почувствовать, что как раз в момент потери равновесия у него есть на что опереться, что его защищают от падения, ему помогают сохранить себя. Вероятнее всего, «ребенок» будет пытаться удерживать равновесие сам – это знак того, что ему не хватало в далеком детстве родительской любви, поддержки и принятия, и в результате он вынужден был бороться за родительскую любовь и продолжает теперь бороться за симпатию окружающих. Пусть «родитель» не жалеет времени и поможет ему, дав возможность пережить ситуацию, когда можно довериться, расслабиться и почувствовать, что ты – хороший, любимый и находишься в безопасности.

Упражнение «Эгоизм»

Участники группы разбиваются на пары и встают, прислонившись спинами друг к другу. Задача каждого участника – встать так, чтоб было удобно «себе». Обсуждается умение заявить о себе, найти свою нишу и устроиться в ней. Необходимо позволить телу найти свое удобное положение, думая о своем комфорте.

Упражнение «Групповой эгоизм»

Упражнение подобно предыдущему, но уже с участием группы. Сначала спинами соединяются два участника. После этого к ним начинают по очереди пристраиваться остальные. Задача та же: каждый должен встать и облокотиться на партнеров с максимальным удобством для себя. Если человек устает – значит, он встал неудачно, значит, он забывает о себе и думает о равновесии. Это его выбор – подлаживаться под остальных или делать то, что нравится ему самому.

Упражнение «Учитывайте возможности партнера»

Инструкция терапевта:

Сядьте лицом друг к другу и соедините ступни слегка согнутых в коленях ног. Затем наклонитесь вперед, возьмитесь за руки и, упираясь ступнями, одним движением поднимите ноги вверх. Оставайтесь в таком положении как можно дольше, затем опустите ноги и расслабьтесь.

Упражнение «Сиамские близнецы»

Участники разбиваются на пары. Терапевт предлагает каждой паре представить себя сиамскими близнецами, сросшимися любыми частями тела.

Инструкция терапевта:

Вы вынуждены действовать как одно целое. Пройдитесь по комнате, попробуйте сесть, привыкните друг к другу. А теперь покажите нам какой-нибудь эпизод из вашей жизни: как вы завтракаете, одеваетесь и т. д.

Упражнение «Жизнь эмоций»

Группе предлагается передать с помощью выразительных движений не менее четырех эмоций (на выбор: интерес, удивление, радость, печаль, гнев, страх) – но не по отдельности, а последовательно, чтобы каждая последующая эмоция вытекала из предыдущей (очередность их определяется общим замыслом участников). При этом каждую эмоцию интереснее передать в развитии: ее зарождение, нарастание, кульминацию и спад (или внезапный переход в другую эмоцию). Вместо музыкального сопровождения используются шумовые и голосовые импровизации (звукоподражание, вокализация и пр.).

Предпочтительней не показывать конкретные события с конкретными персонажами, а стремиться представить эмоции как бы в чистом виде: как некие субстанции или стихии. Однако право выбора, каким образом воплотить замысел, остается за группой.

Можно разбиться на подгруппы по 10–15 человек, каждая из которых разрабатывает свой замысел, а затем они по очереди «выступают» друг перед другом.

Упражнение «Встретились два существа»

Перед группой ставится задача: придумать и показать ситуацию (сценку) о том, как встретились два (три) фантастических существа и чем это закончилось. Условие: каждое существо воплощают сразу несколько участников. При этом надо показать пластические особенности каждого существа, его реакцию на другое существо, их взаимодействие, используя выразительные движения, шумы и вокализацию, которые и составят естественное «музыкальное» сопровождение данного упражнения.

Упражнение «Дискуссия»

Группа разбивается на триады. В каждой триаде распределяются обязанности. Один из участников играет роль «глухого и немого»: он ничего не слышит, не может говорить, но в его распоряжении – зрение, жесты, мимика; второй играет роль «глухого паралитика»: он может говорить и видеть; третий – «слепой и немой»: он способен только слышать и показывать. Всей тройке предлагается задание, например, договориться о месте, времени и цели встречи.

Быстрая часть

Упражнение «Танец с приветствиями»

Танцующие, взявшись за руки, двигаются вправо по кругу на первые четыре такта. На пятый-шестой такты они сходятся сначала к центру круга, говоря «Здравствуйте!», а потом растягивают круг до первоначальной позиции со словами «До свидания!». На седьмой-восьмой такт все делают поворот на месте (четыре шага). Можно махать одной или двумя поднятыми вверх руками.

Упражнение «Танец с хлопками»

На первые четыре такта танцующие, взявшись за руки, двигаются по кругу направо (восемь шагов, начиная с правой ноги), потом – налево (восемь шагов, с левой ноги), затем сближаются к центру (четыре шага, с правой ноги) и возвращаются, двигаясь спиной, в прежнюю позицию (четыре шага, с правой ноги). На девятый-двенадцатый такты каждый вежливо кланяется соседу справа и хлопает три раза в ладоши, приседает и снова хлопает в ладоши, затем ритуал повторяется по отношению к соседу слева. На тринадцатый-пятнадцатый такты – удар по коленям и три хлопка в ладоши, а на шестнадцатый – три притопа. Затем движения девятого-шестнадцатого тактов повторяются.

Упражнение «Детский круг»

Упражнение усложняется за счет движения, называемого у хореографов «пекке»: когда носок прямой ноги легко касается пола, а нога будто отскакивает. На первый-четвертый такты танцующие, взявшись за руки, делают четыре шага вправо, начиная с правой ноги. Левая нога, оказавшись на носке, «открывает» движение в левую сторону. На этот раз от пола «отскакивает» правая нога. Так повторяется два раза. На пятый-восьмой такты делаются только «пекке»: правая нога опускается на носок, скрещиваясь с левой, и наоборот. Всего четыре движения. На девятый-двенадцатый такты танцующие, начиная с правой ноги, движутся направо (восемь шагов). Левая нога, оказываясь на носке, завершает движение в одну сторону и открывает – в другую: с левой ноги влево (восемь шагов). Если постепенно увеличивать темп танца, возникает потрясающее ощущение «кругового единства».

Упражнение «Рок-н-ролл»

Это парный танец, требующий общей координации движений. Основное движение рок-н-ролла занимает полтора такта и состоит из 6 элементов.



Рис. 4.4.

Партнер

Такт 1 – шаг левой ногой назад (можно приподнять левую ногу и опустить, то есть сделать шаг на месте);

2 – шаг правой ногой на месте;

3 – поднять согнутую в колене левую ногу и вынести ее крест-накрест перед правой на уровне колена, то есть выполнить мах с левой ноги (рис. 4.4);

4 – вернуть левую ногу в исходное положение;

5 – поднять согнутую в колене правую ногу и занести ее крест-накрест перед левой на уровне колена, то есть выполнить мах с правой ноги;

6 – вернуть правую ногу в исходное положение.

Партнерша выполняет зеркальные движения.

Существует и второй вариант исполнения рок-н-ролла, когда мах делается на 4-м и 6-м шаге.

Партнер

Такт 1 – шаг левой ногой назад (можно приподнять левую ногу и опустить, то есть сделать шаг на месте);

2 – шаг правой ногой на месте;

3 – левую ногу приставить к правой;

4 – поднять согнутую в колене правую ногу и вынести ее крест-накрест перед левой на уровне колена, то есть выполнить мах с правой ноги;

5 – вернуть правую ногу в исходное положение;

6 – поднять согнутую в колене левую ногу и вынести ее крест-накрест перед правой на уровне колена, то есть выполнить мах с левой ноги.

Партнерша выполняет зеркальные движения.

Болл чейндж

Партнер

Такт 1 – сделать мах от колена левой ногой, стопа примерно в 15 см от пола;

2 – в конце счета поставить левую ногу на носок с частичным весом;

3 – шаг правой ногой на месте, вес корпуса на правой ноге, колено правой ноги смягчено;

Партнерша выполняет зеркальные движения.

Болл чейндж можно использовать вместо движения рок (шаги 1–2 основного хода).

Выпад в сторону

Партнер

Такты 1–2 – шаг основного хода (рок);

3 – сделать левой ногой легкий мягкий шаг влево, приседая на ней, корпус слегка повернуть и наклонить вправо, одновременно правую ногу поставить на каблук, вес корпуса на левой ноге (рис. 4.5);

4 – возвратиться в основную позицию;

5 – сделать правой ногой легкий мягкий шаг вправо, приседая на ней, корпус слегка повернуть и наклонить влево, одновременно левую ногу поставить на каблук, вес корпуса на правой ноге;

6 – возвратиться в основную позицию.

Партнерша выполняет зеркальные движения.

Притопы

И. п. (исходное положение) – лицом друг к другу, взявшись за руки, согнутые в локтях; стопы параллельно.



Рис. 4.5.

Партнер

Такт 1 – поднять оба носка и удерживать равновесие на каблуках,

движение бедрами назад;

2 – опуститься на обе ступни;

3 – вынести левую ногу вперед, сгибая колено перед правой ногой;

4 – вернуть левую ногу в исходное положение;

5 – вынести правую ногу вперед, сгибая колено перед левой ногой;

6 – вернуть правую ногу в исходное положение.

Партнерша выполняет зеркальные движения.

Мах

Такт 1 – соскок на подушечку левой ступни, одновременно мах правой ногой вперед (рис. 4.6);

2 – соскок на подушечку левой ступни, одновременно мах правой ногой в сторону;

3 – соскок на подушечку левой ступни, одновременно мах правой ногой назад;

4 – соскок на обе ноги, согнув колени.

Повторить движение с другой ноги.

Движения можно изменять, комбинируя предложенные элементы по своему желанию, исполнять их в любой последовательности и в различных направлениях. Например, танцующие могут продвигаться вперед или поворачиваться друг к другу то правым, то левым плечом, могут расходиться в разные стороны, приближаться, идти друг за другом, обходить друг друга, идти рядом вперед по линии танца или в любом другом направлении и т. д. (рис. 4.7).



Рис. 4.6.

Закручивание

Фигура построена на основных движениях рок-н-ролла.

И. п. – партнеры стоят лицом в одном направлении. Правая рука партнера и левая рука партнерши соединены. Свободные руки на уровне талии.

Полтора такта (шаги 1–6) партнер исполняет основное движение на месте, помогая партнерше выполнить поворот влево, «подтягивая» ее рукой. Партнерша исполняет основное движение и на 3-м шаге начинает поворот влево к партнеру, «накручиваясь» на его правую руку. Правая рука партнерши должна оказаться сверху соединенных рук. Позиция «бок о бок».

Раскручивание

Полтора такта (шаги 1–6) партнер исполняет основное движение на месте, он помогает партнерше возвратиться на свое место, давая ей необходимый толчок для правого поворота. Партнерша исполняет основное движение и на 3-м шаге начинает поворот вправо от партнера, «раскручиваясь» с его правой руки.

Раскручивание может быть выполнено в другую сторону.

Полтора такта (шаги 1–6). Позиция «бок о бок». Партнеры соединяют свободные руки и одновременно освобождают соединенные. Партнерша выполняет поворот в левую сторону, выходя в позицию с левой стороны партнера.

Фигуру можно соединить с основным движением, исполняя их поочередно: основное движение, закручивание, основное движение, раскручивание.



Рис. 4.7. Все эти движения могут выполняться и в противоположном направлении.

Заключительная часть

Упражнение «Доверие»

Упражнение выполняется в парах, желательно, чтобы участники соответствовали друг другу по весу, росту и физической подготовке.

Инструкция терапевта:

Вы становитесь примерно так, как стоят люди в очереди, – то есть носом в спину другому. Стоящий впереди чуть приседает – так, чтобы его плечи оказались в районе подмышек стоящего сзади. Тот, в свою очередь, перекидывает руки через подставленные плечи и старается максимально расслабиться. Остальное делает стоящий впереди. Он крепко, но аккуратно берет партнера за запястья и наклоняется вперед, в буквальном смысле слова взваливая партнера себе на спину.

Здесь очень важно быть предельно внимательным к собственному телу – оно обязательно подскажет вам, как это правильно сделать, не слишком напрягаясь и не теряя равновесия. «Верхний» с комфортом устраивается на подставленной спине и, расслабившись, получает удовольствие. Прodelать все это совсем не так сложно, как кажется по описанию. Вы даже сможете постоять со своим партнером на спине минуты три-четыре. Если вы почувствуете телом, что ему никак не удастся расслабиться – можете слегка покачаться.

Когда «нижний» все-таки устанет, ему еще предстоит, держа «верхнего» за запястья, присесть – так, чтобы висящие в воздухе ноги «верхнего» встали на землю, – и затем очень аккуратно и неспешно выпрямиться.

Упражнение «Соприкосновение»

Упражнение выполняется в парах.

Инструкция терапевта:

Встаньте друг напротив друга примерно на расстоянии вытянутой руки и закройте глаза. Затем поднимите левые руки – вы помните, что именно левая сторона тела считается эмоциональной, интуитивной, чувствующей и т. п.? – и, не открывая глаз, постарайтесь найти точку соприкосновения пальцев.

Это должна быть действительно только одна точка – когда один палец первого человека ничтожно малым участком соприкасается с одним пальцем второго. А дальше просто будьте предельно внимательны к этой точке. Задумайтесь: ведь точка контакта обладает совершенно уникальными свойствами. Все прочие точки обоих ваших тел принадлежат только одному из вас, а эта загадочная зона контакта принадлежит одновременно вам обоим!

Вполне естественно предположить, что законы ее существования окажутся совершенно особыми. В какой-то момент она, возможно, захочет начать движение.

Внимание: вы не заставляете ее двигаться, а следуете ее желаниям! Но для этого вам необходимо сконцентрировать все свое внимание на ней. Как она будет двигаться, не знает никто, – у нее своя внутренняя жизнь. Как, впрочем, и у любого настоящего контакта. Просто следуйте за ней – и все. Если ее движение потребует участия ваших тел – на здоровье. Только не надо спешить! Предсказать, сколько продлится ваше взаимодействие, невозможно – да и не нужно. Любая истинная близость живет ровно столько, сколько ей суждено – не больше и не меньше.

Помните, ни при каких условиях вы не должны разрывать контакт и переставать чувствовать эту точку. Вы не можете ни увеличивать площадь контакта, ни разговаривать, ни открывать глаза. Все это вам только помешает. Пусть точка танцует, сколько ей заблагорассудится. Постарайтесь почувствовать тот момент, когда ваш контакт приблизится к завершению. Не забывайте: прерывание и завершение – совершенно разные действия! Найдите желанный для точки способ завершения контакта – и можете открывать глаза.

Упражнение «Поддержка»

Инструкция терапевта:

Вы с партнером становитесь спина к спине. Ваша задача – не разрывая контакта в области лопаток и не касаясь друг друга руками, сначала одновременно сесть на пол, а потом снова встать на ноги.

Упражнение «Скульптор и глина»

Участники разбиваются на «скульпторов» и «глину». Упражнение проходит в несколько этапов.

1-й этап. Участники, выполняющие роль глины, расходятся по комнате, садятся, закрывают глаза. «Скульпторы» выбирают, с кем будут работать. «Глина» сидит с закрытыми глазами, он не знает, кто из «скульпторов» будет работать с ним. Изображающий глину податлив, расслаблен, он принимает и держит форму, которую придает ей «скульптор». Последний лепит скульптуру того самого человека, который исполняет роль глины. Скульптура называется «Имярек (имя участника) и его проблема». Когда скульптура полностью завершена, она застывает на несколько секунд. Участник, исполняющий роль глины, прислушивается к своим ощущениям, не открывая глаз.

2-й этап. Этот же «скульптор» из той же «глины» лепит скульптуру этого же человека, но теперь это «Имярек без его проблемы». Когда

скульптура полностью окончена, она застывает на несколько секунд.

3-й этап. Участники, исполнявшие роль глины, снова садятся в исходное «бесформенное» положение. «Скульпторы» выбирают себе новый материал и снова лепят по две скульптуры (человека с проблемой и без нее).

4-й этап. Участники, исполнявшие роль глины, делятся впечатлениями или их записывают. Желающие продолжить работу выбирают, с каким скульптором они хотели бы работать.

5-й этап. Скульптор творит свою первую скульптуру «Человек и его проблема» (повторяя то, что было сделано раньше). Отличие от 1-го этапа упражнения заключается в том, что теперь «глина» сопротивляется и «не хочет», чтобы из нее лепили «проблему». Если «скульптору» все же удастся придать «глине» положение, она его «принимает». «Скульптор» может привлекать к работе помощников из числа незанятых участников.

6-й этап. Участник, выполняющий роль глины (из положения полностью законченной скульптуры), может «сбросить» свою проблему, освободиться от нее и сам вылепить из себя скульптуру «без проблемы» (необязательно повторять вариант «скульптора»). Теперь сопротивляется «скульптор», он никак не хочет, чтобы его творение было разрушено.

7-й этап. Участники записывают свои переживания и, если хотят, могут обсудить его на группе.

Упражнение «Групповая скульптура»

В этом упражнении каждый участник одновременно является и «скульптором», и «глиной». Он находит свое место в общей скульптурной композиции. Вся работа ведется в полном молчании. В центр комнаты выходит первый участник (желающий или назначенный терапевтом) и принимает какую-то позу. Затем к нему пристраивается второй, третий пристраивается уже к общей для композиции пары.

Выполняя это упражнение, необходимо: 1) действовать в довольно быстром темпе; 2) следить за тем, чтобы получающиеся композиции не были бессмысленной мозаикой изолированных друг от друга фигур. Вариант: «застывшая» скульптура может «ожить».

Упражнение «Темп – жанр – скульптура»

Группа разбивается на три части.

Первая будет строить скульптурную композицию. Каждый ее участник найдет свое место в общей скульптурной группе. Тему общей композиции задает вторая подгруппа, жанр (или атмосферу) – третья.

Вся работа происходит в полном молчании. Терапевт объявляет: «Сейчас вашему вниманию будет представлена скульптурная композиция

первой подгруппы на тему X, выполненная в жанре Y». В центр выходит первый участник первой подгруппы и принимает какую-то позу, которая созвучна теме и жанру. К нему по очереди присоединяются остальные. Когда скульптура закончена, по команде ведущего все участники «оживают»: на счет «Раз!» – делают одно или несколько простых движений и замирают снова, на счет «Два!» – снова оживают на мгновение и снова замирают.

Упражнение «Групповая динамическая скульптура»

Инструкция терапевта:

Найдите свое место среди остальных. Почувствуйте личное присутствие каждого и свое неповторимое присутствие среди других. Прислушивайтесь к своим ощущениям в ответ на близость того или иного человека, воспринимайте впечатления, даже самые тонкие, от других, от каждого присутствующего в каждый момент. Пусть движения у вас будут созвучны чувствам.

Упражнение "Скульптуры «Доверие», «Недоверие», «Опасность»

Группа разбивается на три подгруппы. Каждый участник одновременно играет роль как скульптора, так и глины. Подгруппы создают скульптуры «Доверие», «Недоверие» и «Опасность» и вступают друг с другом во взаимодействие, например: «Я доверял тебе, но потом почувствовал опасность и перестал доверять».

Техника 4. Работа с излишним контролем

Существуют два вида контроля. Один – контроль извне: я нахожусь под контролем других людей, порядка, окружения и т. п.; и другой – внутренний, встроенный в каждый организм и являющийся его собственной природой.

Анархия, которой обычно боятся люди, склонные к преувеличенному контролю, означает, что организм предоставлен сам себе, должен сам о себе заботиться, без вмешательства извне. Осознание может излечивать этот страх, потому что оно позволяет действовать без вмешательства извне, полагаясь на мудрость организма. Манипуляцию человека самим собой называют словом «сознание». В древние времена считалось, что сознание создано Богом. Иммануил Кант полагал, что сознание подобно вечной звезде, как один из абсолютов. Фрейд думал, что сознание не что иное, как фантазия: интроекция и развитие образов родителей. Некоторые считают, что это Супер-Эго, которое стремится к чрезмерному контролю. Перлз выделил в структуре личности «собаку сверху» – Супер-Эго и «собаку снизу» – Ид, которое не менее важно, чем «собака сверху». «Собака

сверху» всегда праведна и авторитарна. Она лучше знает, как надо. Она иногда права, но праведная – всегда. «Собака сверху» безупречна и орудует лозунгами «Ты должен» и «Ты не должен». «Собака сверху» манипулирует требованиями и угрозами катастрофы, например: «Если ты не... тебя не будут любить, ты не попадешь в рай, ты умрешь» и т. п. (Перлз, 2000).

«Собака снизу» манипулирует с помощью защит и извинений, изображает хныкающее дитя и т. д. Она говорит: «Я стараюсь изо всех сил»; «Посмотри, я пробую снова и снова, я не могу ничего поделать, ничего не получается»; «Что делать, если я забыл про твой день рождения...»; «У меня такие хорошие намерения». Как видно, «собака снизу» очень хитра; она обычно выигрывает у «собаки сверху» потому, что она не такая примитивная. Таким образом «собака сверху» и «собака снизу» борются за контроль, подобно любому родителю и ребенку. Это значит, что человек разделен на «контролирующего» и «контролируемого». Такой внутренний конфликт никогда не кончается, обе стороны борются за свою жизнь.

Это основа самоистязания. Обычно человек безоговорочно признает правоту «собаки сверху», а во многих случаях «собака сверху» требует невозможных изменений на пути к самосовершенствованию. Образ идеала создает возможность всегда себя запугивать и подавлять, сурово осуждать себя и окружающих. Поскольку это – идеал, его все равно невозможно достичь в принципе.

Если все время стараться соответствовать перфекционистским требованиям «собаки сверху», требованиям соответствовать идеалу, это приводит к нервным срывам или уходу в болезнь. Последнее – один из методов сопротивления «собаки снизу».

Многие люди посвящают свою жизнь тому, чтобы быть такими, какими надо, вместо того чтобы максимально проявиться такими, какие они есть. Эта разница между актуализацией себя и актуализацией образа себя очень важна. Многие люди живут только ради своего образа. Там, где у одних людей находится Я, у большинства других – пустота, потому что они слишком заняты попыткой соответствовать некоему образу. Это – проклятие идеала. Проклятие заключается в том, что человек не может быть тем, кем он является.

Тело, свободное от морального террора Супер-Эго («веди себя хорошо, слушай отца и мать, не поднимай руки на родителей» и т. п.), свободно от напряжения. В нашей культуре детей приучают контролировать свои чувства. Определенная доля самоконтроля, конечно, нужна, однако когда контроль становится бессознательным, он проявляется как хроническое

напряжение мышц. Так, напряжение, связанное с опасением «потерять голову», часто ведет к остеохондрозу шейного отдела позвоночника и к головным болям. Хроническое мышечное напряжение у основания поясницы, в том месте, где она соединяется с крестцом, является причиной большинства болей в поясничной области. Такое хроническое напряжение – особенно мышц, соединяющих таз с ногами, – обездвиживает таз настолько, что он не в состоянии двигаться спонтанно (Лоуэн, 1997).

Любой внешний контроль, даже интернализированный внешний контроль, – «Ты должен» – мешает здоровой работе организма. Единственное, что должно контролировать человека, – это ситуация.

Типы характеров, для которых одной из основных проблем является избыточный контроль – это характеры анального уровня: психопатический и обсессивно-компульсивный (см. раздел 2.2.9. главы 2).

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений, позволяющий человеку понять, как он контролирует себя и других, и развивать более адекватные формы контроля.

Разминка

Упражнение «Ладушки»

Инструкция терапевта:

Вспомним детство. Партнеры садятся друг напротив друга. Хлопайте в ладоши и обеими руками бейте по обеим ладоням партнера. Затем опять хлопок в ладоши и ударьте правой ладонью по правой ладони партнера. Затем то же левыми ладонями. А теперь ускоряйте темп насколько возможно. Если не снять контроль, не «отпустить тело», исполнять задание будет трудно.

Упражнение «Муха в плену»

Участники лежат на полу. Каждому нужно представить себя мухой, приклеившейся к полу. Руки, ноги, плечи и голова стремятся вверх. Нужно оторваться от пола, для этого руки и ноги совершают мелкие вибрационные движения, импульс исходит из ступней и кистей, колени прямые. «Отклеиваться» нужно не менее 3 минут.

В результате сильно напрягаются все мышцы одновременно, прекращение движения ведет к сильнейшему (пропорционально напряжению) расслаблению. Тело «растекается» по полу подобно медузе. Чтобы увеличить время напряжения мышц, можно предложить участникам другой объект (кроме мухи), другую цель, например путешествие по Литейному проспекту с разглядыванием домов, когда необходимо вспомнить их последовательность. Это в определенной степени отвлечет внимание от напряженных мышц, но главное, что при этом наступает и

«изнурение» сознания. Поэтому состояние расслабления будет сопровождаться безмыслием. Это и есть полная релаксация, ведущая к снятию хронических мышечных напряжений.

Упражнение «Пластилиновый человек»

В отличие от других упражнений, основанных на принципе «напряжение – расслабление», данное упражнение усложняют особые задания. Участники сидят на корточках, голова на коленях, глаза закрыты.

Инструкция терапевта:

Представьте, что каждый из вас – ком пластилина, в котором «зародилась жизнь»; попробуйте вылепить из себя человека, преодолевая сопротивление своего материала – пластилина.

Последовательность такая: вначале постарайтесь выпрямиться во весь рост, это требует большого напряжения в позвоночнике, шее, ногах; теперь «лепите» руки от плеча, напряжение распространяется в руки, затем кисти, пальцы. Ощущайте пластилиновую природу пальцев: они все время норовят склеиться друг с другом. Этими пальцами нужно вылепить лицо: глаза, нос, рот. Какое выражение лица получилось? Какой человек? Посмотрите вокруг. Куда это вы попали? Все тело остается напряженным и пластилиновым. Попробуйте двигаться, отрывая пластилиновые ступни от пола. Куда и зачем вы пошли?

Возможно взаимодействие участников: знакомство и т. д. В какой-то момент вы лежите на полу, не можете отклеиться, стараетесь это сделать, напряжение во всем теле увеличивается. Вдруг теплая, почти горячая волна накатывает на ноги, они «тают», пластилин растекается в лужу, следующая волна доходит до паха, потом до груди, шеи, последняя волна покрывает все тело, пластилиновое тело растеклось в лужу.

Сильный эффект расслабления достигается длительным напряжением, предлагаемые обстоятельства помогают «занять» внимание, а следовательно – увеличить время напряжения, добавляют сюда элемент игры.

Упражнение «Отвинченная голова»

Инструкция терапевта:

Как трудно иногда бывает «отключить» свою голову, как часто она вмешивается «не в свое дело». Сейчас вам представится возможность немного побыть без нее. Разбейтесь на пары. Один пусть укладывается отдыхать. Другой усыпляет его бдительность (помогает расслабиться, поглаживает, покачивает и пр.). В тот момент, когда первый расслабляется, второй начинает «отвинчивать» у него голову (осторожно, чтобы первый не спохватился). Когда голова, наконец, «отвинчена», второй участник «несет»

воображаемую голову в угол комнаты и прячет ее. Потом будит своего товарища.

Как вам без головы? Вы ничего не видите и не слышите. Что происходит? Поищите свою голову!

Дав своему партнеру побыть «обезглавленным» некоторое время, второй участник «возвращает» ему голову. Тот ее внимательно изучает, и после опознания они вместе «прикручивают» ее к шее.

Затем партнеры обмениваются впечатлениями (или записывают их) и меняются ролями.

Упражнение «Последовательность опор»

Один из партнеров лежит на спине «звездой», раскинув руки и ноги. Его ладони смотрят вверх (маленькие дети только так и лежат – они максимально открыты миру, и лишь взрослые «хватаются» за землю). Второй, стоя на коленях или сидя на пятках, подводит свою ладонь под кисть партнера и плавно и аккуратно, не спеша, начинает приподнимать, отрывать ее от пола. Предплечье и плечо лежат на полу. При этом вес кисти как бы «стекает» вниз, в землю. Кисть расслабляется, опираясь на запястье, и в ней возникает чувство тяжести. Она как бы обретает свой собственный вес, который не ощущается в напряженном состоянии. Увеличение веса той или иной части тела – надежный индикатор ее расслабления.

Расслабив кисть, можно переходить к предплечью. Аккуратно придерживая кисть и взяв руку за запястье, следует приподнять предплечье. Его вес «стекает» вниз и через локоть уходит в пол, в землю. Предплечье расслабляется. Плавно сгибая, разгибая и вращая предплечье, партнер помогает лежащему расслабить мышцы и контролирует их состояние. Движения не должны быть ритмичными и предсказуемыми, чтобы лежащий не пытался сам их выполнять. Если он будет напрягать мышцы, самостоятельно двигать рукой, это сразу отразится на весе предплечья и кисти – они станут легче.

Чтобы помочь лежащему полностью отключить сознательное управление мышцами, можно применить следующий прием. Придерживая предплечье партнера за запястье (кисть свободно свисает вниз, предплечье опирается на локоть), ассистент медленно отводит и разворачивает предплечье до точки, в которой кисть под собственной тяжестью должна перевернуться через лучезапястный сустав. Если партнеру не удалось расслабиться полностью, то в момент разгибания кисть, до того как бы «максимально расслабленная», начнет осуществлять движения, пытаясь перевернуться самостоятельно. Лежащий испытывает при этом необычное чувство потери контроля над частью тела.

Убедившись, что рука ниже локтя действительно расслаблена, ассистент поднимает локоть лежащего, подводит под него вторую ладонь и медленно двигает рукой партнера – рука как бы плавает в воздухе. Проверить полноту расслабления можно с помощью того же приема с падением кисти. Отказаться от сознательного контроля мышц всей руки обычно труднее, чем расслабить только кисть и предплечье.

Закончив работу с рукой, ассистент подводит руку под колено лежащего и плавно сгибает его ногу так, чтобы пятка скользила по полу. В этом случае сохраняется контакт с землей, с опорой, что особенно важно при работе с ногами. Потом он поднимает колено партнера, отрывает от пола ступню и кладет ее на свою ладонь. Плавно сгибая, разгибая ногу лежащего, совершая вращательные движения, ассистент помогает ему полностью расслабить ногу.

После того как ассистент убедится в полном расслаблении мышц ноги, он плавно опускает ступню на пол, одной рукой придерживая ногу под коленом, а легким усилием другой руки помогает ноге выпрямиться (ступня и пятка скользят по полу). Нога должна выпрямляться медленно, как бы под собственным весом.

Последний этап упражнения – расслабление мышц шеи. Ассистент аккуратно приподнимает голову лежащего, подведя под нее ладони. Несколько минут он просто держит голову партнера на своих ладонях, после чего начинает плавные вращательные движения, наклоняя голову вперед-назад и вправо-влево, добиваясь расслабления мышц шеи.

Кроме ощущения сопротивления или «помощи» движениям и изменения веса конечностей и головы, ассистент должен следить за дыханием партнера и движением его век, отмечая общее расслабление и работу контроля.

На выполнение всего упражнения отводится 15–20 минут.

Упражнение «Чрезмерный контроль»

Работа выполняется в триадах.

Инструкция терапевта:

Встаньте, широко расставив ноги, раскинув руки в стороны и закрыв глаза.

Один из тройки пусть сядет на корточки спереди от вас и, начав со ступней и поднимаясь все выше, изо всех сил – обратите внимание: изо всех сил – колотит кулаками по вашему телу. Важно «обстучать» все, ничего не пропуская, – умерив, конечно, силу ударов по лицу и гениталиям, – причем проделывать это быстро и сильно, пройдя сначала спереди вверх по телу, а затем через макушку – вниз по плечам, спине,

ягодицам и ногам, не забыв, конечно, и про руки.

Другой партнер одновременно с первым делает все то же самое в обратном направлении – только вместо кулаков использует ладони, дотошно и энергично «обхлопывая» все тело – сначала сзади, а потом спереди, ничего не пропуская и не обращая внимания на ваши повизгивания и стоны.

А теперь подвигайтесь, внимательно прислушиваясь к тому, как чувствует себя в движении тело после этой процедуры, и постарайтесь запомнить это состояние – вы теперь достаточно близки к естественному, свободному состоянию.

Не забудьте поменяться ролями, чтобы каждый из вас побывал в роли «избиваемого».

Быстрая часть

Состоит из достаточно сложно координированных движений, заставляющих сосредоточиться на их правильном выполнении. За основу взяты движения фанк-аэробики. Особенность данной техники заключается в пружинящих движениях стопы (отрыв пятки от пола и возвращение ее на пол), колена (небольшие сгибания и разгибания).

Упражнение «Фанк»

1. Исходное положение (и. п.) – стойка ноги вместе, руки вниз (основная стойка – о. с.). Шаги на месте с перекатом с носка на пятку. 32 раза.

2. И. п. – о. с. 1 – шаг правой вперед, небольшой полуприсед на ней; 2 – приставить левую ногу к правой, сохраняя полуприсед; 3 – шаг правой назад, выпрямляя ноги; 4 – приставить левую к правой. То же с другой ноги. По 16 раз.

3. И. п. – о. с. 1 – шаг правой вперед – в сторону (по диагонали), небольшой полуприсед на ней; 2 – шаг левой вперед – в сторону, небольшой полуприсед на ней (стойка ноги врозь в небольшом полуприседе); 3 – шаг правой назад, выпрямляя ноги; 4 – шагом левой назад – и. п. То же с другой ноги. По 16 раз.

Соединить 2 и 3: 1–4 – движение вперед (пункт 2); 5–8 – вперед – в сторону (пункт 3). 16 раз.

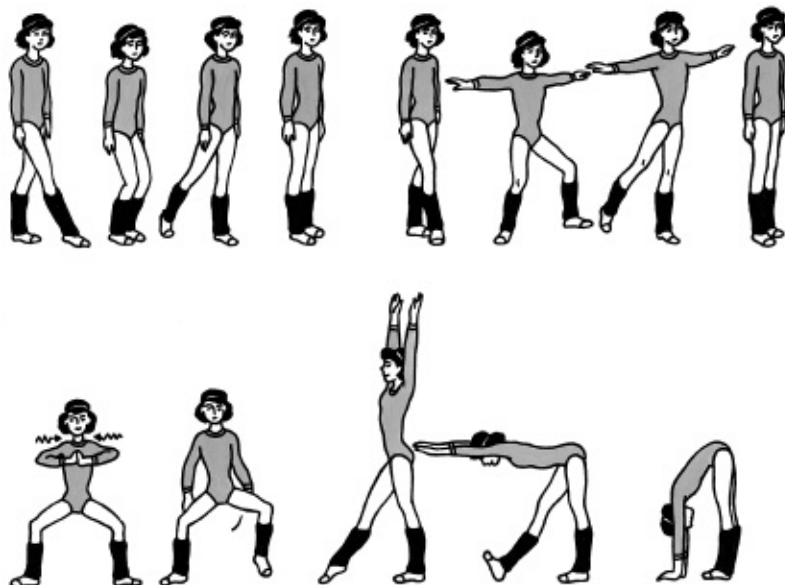


Рис. 4.8.

4. И. п. – о. с, руки согнуты перед грудью, кисти соединены в «замок». Упражнение аналогично пункту 3, но выполняется с «потряхиванием» плечами (движение широко известно в цыганских танцах). 8 раз.

5. И. п. – о. с. Шаги на месте, высоко поднимая колени с небольшим полуприседом на опорной (полуприсед выполняется активно с сохранением напряжения четырехглавой мышцы бедра). 16 раз.

6. И. п. – ноги врозь. Шаги на месте с подъемом согнутых ног вперед – в стороны. 16 раз.

7. И. п. – стойка ноги врозь, правая впереди, руки вверх. 1–2 – наклон вперед прогнувшись, руки параллельно полу; 3 – приподнять носок правой ноги над полом; 4 – поставить на пол; 5–8 повторить 3–4. 1–4 – медленно наклониться вперед, округляя спину; 5–7 – и. п.; 8 – левую ногу вперед. То же с другой ноги. По 4 раза с каждой ноги (рис. 4.8).

8. И. п. – ноги врозь, стопы развернуты наружу, руки вниз. 1 – шаг (на месте) с пятки правой ногой, с перекатом на всю стопу, левая на носок (перекатом через стопу), таз слегка влево; 2 – то же с другой ноги. 32 раза.

9. И. п. – о. с., ноги врозь. И – подняться на невысокие полупальцы; 1 – правую согнутую ногу поднять вперед – в сторону, одновременно спружинить стопой левой ноги (опуститься на всю стопу), левую согнутую руку вперед, правую в сторону – вниз; и – стойка ноги врозь на невысоких полупальцах; 2 – то же, что 1, но с левой ноги; 3–4 – два раза то же, что 1 с правой ноги; 5–8 – то же, что 1–4, но начинать движение с левой ноги. По 8 раз.

10. И. п. – о. с. 1 – небольшой шаг левой вперед; 2 – правую вперед на

носок, согнутую левую руку вперед, правую вниз; 3 – небольшой шаг правой назад, руки вниз; 4 – левую назад на носок, слегка согнутую левую руку вперед-кверху, правую назад– книзу. То же с другой ноги. 16 раз.

11. То же, но исполняется с пружинным движением опорной ноги: и – небольшой полуприсед на двух ногах; 1 – выпрямляя правую, левую вперед на носок; и – небольшой полуприсед на правой; 2 – правую приставить к левой; и – небольшой полуприсед на двух; 3 – выпрямляя правую, левую назад на носок и небольшой полуприсед на правой; 4 – приставить левую к правой. По 16 раз с каждой ноги.

12. И. п. – о. с. вполоборота налево к основному направлению. 1 – правую ногу вперед на носок, согнутую левую руку вперед, правую назад и книзу; 2 – правую ногу назад на носок, поменять положение рук; 3–6 – повторить еще 2 раза; 7 – приставить правую ногу к левой; 8 – с поворотом направо, левую ногу назад на носок. То же с другой ноги. По 8 раз (рис. 4.9).

13. То же, но исполняется с пружинным движением опорной ноги: и – небольшой полуприсед на двух ногах; 1 – выпрямляя левую, правую вперед на носок; и – небольшой полуприсед на левой, правую слегка согнуть; 2 – выпрямляя левую, правую назад на носок. То же с другой ноги. По 8 раз.

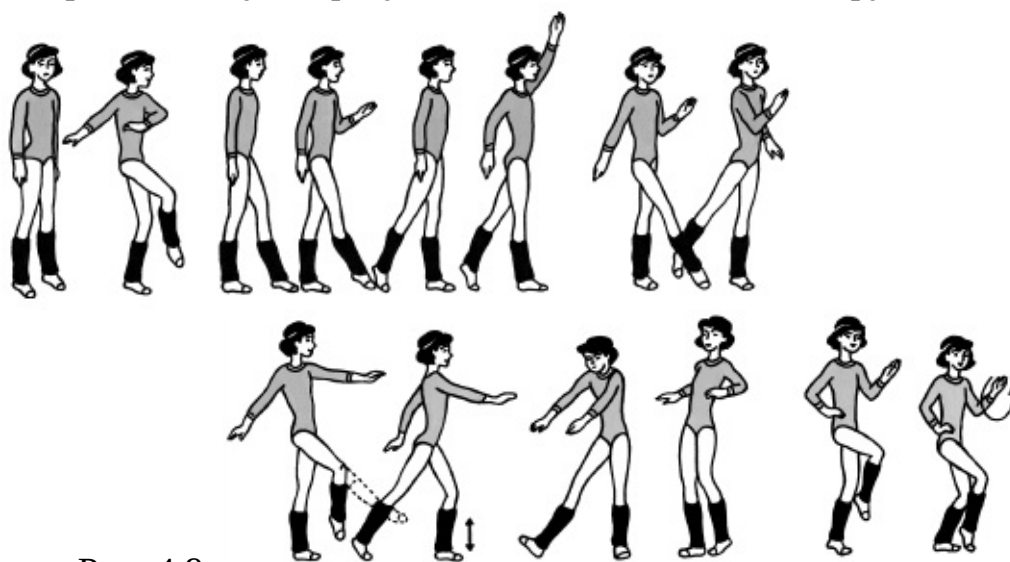


Рис. 4.9.

Рис. 4.10.

14. И. п. – о. с. 1 – слегка сгибая-разгибая правую, мах вперед; и – правую назад на полупальцы, левую слегка согнуть – положение глубокого выпада; 2 – переступить на левой ноге – слегка приподнять над полом и вновь поставить на всю стопу; 3–6 – повторить 1–2; 7 – приставить правую ногу к левой; 8 – с поворотом кругом левую назад на полупальцы. То же с

левой ноги. По 2 раза.

15. То же, но выполнить с продвижением вперед.

16. И. п. – о. с. 1 – шаг правой ногой в сторону на пятку, небольшой наклон туловища вперед – в сторону к правой ноге, таз слегка отвести назад; 2 – перекатом на всю стопу встать на правую ногу, левую приставить к правой на полупальцы, туловище прямо, таз слегка вперед. (При выполнении движения работа рук напоминает перетягивание каната: 1 – руки вперед, 2 – сгибаются); 3–6 – повторить еще 2 раза 1–2; 7 – шаг правой; 8 – с поворотом налево кругом правую назад на полупальцы. То же с другой ноги. По 8 раз.

17. И. п. – о. с. правым боком к основному направлению, правая рука на поясе, левая внизу. И – небольшой полуприсед на левой, согнутую правую вперед; 1 – опустить правую ногу вперед на носок, не разгибая колено, рука при этом выполняет средний круг, сохраняя согнутое положение; 2–7 – повторить счет 1. И – шаг правой; 8 – с поворотом кругом налево, приставить левую к правой ноге. То же с другой ноги. По 4 раза (рис. 4.10.).

Соединить упражнения 16 и 17. 4 раза.

18. И. п. – о. с. левым боком к основному направлению. И – правую ногу вперед (под углом 45°), одновременно подняться на полупальцы левой, руки вперед и книзу, небольшой наклон туловища вперед; 1 – шаг правой вперед, небольшой полуприсед на двух, руки согнуть; и – 2 – то же с левой ноги; 3 – скачок на две ноги с поворотом налево – лицом к основному направлению, руки согнуты перед грудью, кисти опущены вниз; 4 – скачок на двух, руки согнуты, раскрыты в стороны, кисти от себя. То же с другой ноги с продвижением влево. По 8 раз.

Соединить упражнения 17, 18 и 18, 17.

19. Ходьба вперед-назад на слегка согнутых ногах, на полупальцах, с движением коленей внутрь-наружу. По 8 раз с продвижением вперед-назад (рис. 4.11).

20. И. п. – о. с. 1 – шаг правой вперед (по диагонали), левую согнуть назад, руки согнуты перед собой, локти вниз; 2 – шаг левой назад; 3 – скачком приставной шаг с правой ноги вправо (лицом к основному направлению), руки в стороны; 4 – шаг правой в сторону; 5–8 – то же с левой ноги. По 8 раз.

21. И. п. – о. с. в поворота налево. 1 – стоять на правой, левую согнуть назад, левая рука согнута перед грудью, правая в сторону; 2 – с продвижением назад скачок на две ноги; 3 – продолжая продвижение назад, скачок на две (разводя ноги) в стойку ноги врозь, левая впереди на пятке,

поменять положение рук (правая согнута перед грудью, левая в сторону); 4 – продвигаясь вперед, перескочить на левую ногу, правая согнута назад. То же с другой ноги. По 16 раз.

22. И. п. – о. с. 1 – шаг правой вперед; 2 – приставить левую к правой на полупальцы; 3 – шаг левой назад; 4 – приставить правую к левой на полупальцы; 5 – шаг правой в сторону; 6 – приставить левую к правой на полупальцы; 7 – шаг левой влево; 8 – приставить правую к левой на полупальцы. То же с другой ноги. По 8 раз.

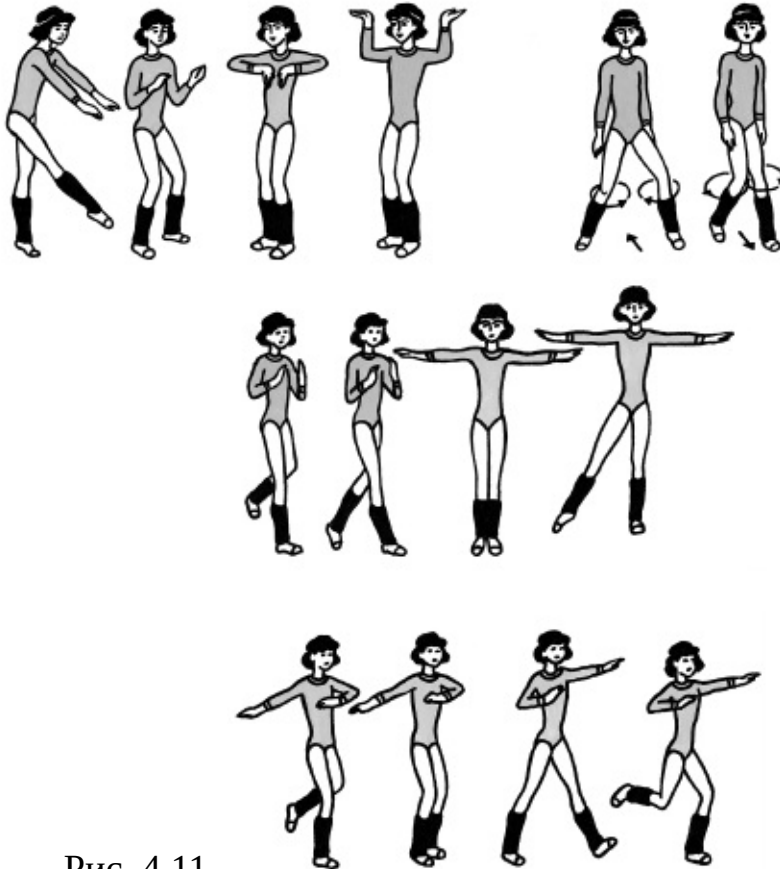


Рис. 4.11.

Рис. 4.12.

23. То же, но выполнить с пружинящим движением опорной ноги каждый раз на счет и: шаг – небольшой полуприсед, приставляя ногу – выпрямить. По 8-16 раз с каждой ноги.

24. И. п. – о. с. 1 – правую вперед на носок; 2 – правую в сторону на носок; 3 – правую назад на носок; 4 – приставить правую к левой. То же с другой ноги. По 8 раз с каждой ноги.

25. То же, но выполнить с пружинящим движением стопой: 1 – правую вперед на носок, слегка сгибая колено, подняться на невысокие полупальцы левой; и – опуститься на всю стопу левой. То же в сторону – назад. По 8 раз

с каждой ноги (рис. 4.12.).

Заключительная часть

Упражнение «Толкай партнера»

Упражнение выполняется в парах. В начале упражнения один партнер выполняет активную функцию, то есть толкает и тянет в разные стороны второго участника, который пассивен: он никак не сопротивляется воздействиям активного участника, но старается полностью следовать и подчиняться этим воздействиям. Активный человек – «скульптор», пассивный – «глина».

Толкать можно руками, туловищем, ногами, любой частью тела в любом направлении, воздействуя на любую часть тела пассивного партнера. Воздействие следует проводить медленно, так, чтобы пассивный партнер успевал следовать движению, а не терял равновесие. При толчке желательно не прерывать контакта с партнером. Выполнять упражнение лучше всего с закрытыми глазами.

Признаком правильного выполнения упражнения служат следующие ощущения: тело пассивного партнера начинает «плавать и растворяться в жидкости», активный партнер чувствует, что уже не он толкает пассивного, но толчок происходит сам собой. Толчок активного партнера начинает плавно и без труда переходить в движения пассивного. Постоянный контакт сохраняется без труда.

Когда эта фаза достигнута, партнеры меняются ролями и выполняют упражнение до тех пор, пока вновь не достигнут описанных ощущений. После этого оба партнера могут и толкать и уходить от толчка одновременно, то есть уже нет активного и пассивного участника, но каждый из них содержит в себе пассивное и активное начало одновременно.

На этой фазе есть один важный критерий правильного исполнения: участникам начинает казаться, что упражнение делается самостоятельно, без участия их воли.

Упражнение «Освобождение от зажимов»

Это упражнение предъявляет высокие требования к свободе от внутренних зажимов.

Один партнер активный, другой – пассивный. Активный начинает совершать медленные вращательные движения руками, ногами, туловищем или головой пассивного, выполняя различные захваты. Пассивный не сопротивляется и следует этим воздействиям. Все движения выполняются очень медленно.

Сначала активному надо быть очень нежным, чтобы точно чувствовать

направления воздействия. Если спешить или применять слишком много силы, может возникнуть иллюзия правильного воздействия. В действительности это не так. Кроме того, когда активный участник начинает работать аккуратно, партнер испытывает доверие и ему легче расслабиться, сохранять спокойствие. Как и предыдущее упражнение, желательно работать в затемненной комнате, с закрытыми глазами и под музыку. Критерии верного исполнения аналогичны упомянутым в предыдущем упражнении.

Затем партнеры меняются ролями и, когда гармония достигнута снова, как и в предыдущем упражнении, круг замыкается, то есть ни пассивного, ни активного более не существует. Между партнерами возникает чувство неразрывного единства.

Упражнение «Прилипание»

Цели упражнения: развитие чуткости и непосредственности реакций, точного следования движению.

Один партнер пассивный, другой активный. Партнеры сначала прикасаются друг к другу запястьями, без давления, только чтобы почувствовать прикосновение. Активный начинает медленные и простые движения руками. Задача пассивного «прилипнуть» своими руками к рукам активного и стараться не разрывать контакта и не терять чувства прикосновения. Постепенно движения ускоряются и могут приобрести сложный и спонтанный характер. Критерии верного исполнения аналогичны таковым для двух предыдущих упражнений – это чувство единства и гармонии.

После некоторого времени партнеры меняются ролями и, когда гармония достигнута снова, как и в предыдущем упражнении, круг замыкается, то есть ни пассивного, ни активного более не существует.

Техника 5. Работа с агрессией

Агрессия – это любая форма поведения, нацеленного на причинение вреда другому живому существу. Животным свойственны два типа агрессии: социальная, для которой характерны демонстративные вспышки ярости, и молчаливая агрессия, подобная той, что проявляет хищник, подкрадывающийся к своей жертве. У людей существуют еще два типа агрессии, практически не встречающиеся у животных: враждебная и инструментальная. Источник враждебной агрессии – это злость; в этом случае единственная цель поведения – причинить вред. В случае инструментальной агрессии причинение вреда является не самоцелью, а средством для достижения какой-либо иной цели. Все многообразие форм человеческой агрессивности можно также разделить на два класса: это

гетероагрессия, направленная на других, и аутоагрессия, направленная на себя.

Согласно теории враждебности, активно разрабатываемой в различных психологических школах, в процессе накопления субъективного опыта у человека постепенно формируется внутренний мир представлений об окружающей действительности, о себе и других людях (Садовская, 2000). При этом враждебность может стать одной из базовых характеристик всех объектов этого субъективного мира. Представления об окружающем мире как о враждебном формируются с первых дней жизни ребенка под влиянием целого ряда факторов: наследственных, семейных, социальных. Иногда же они появляются уже в зрелом возрасте вследствие психической травмы, когда картина мира претерпевает катастрофические изменения. Говоря об агрессии, следует учитывать также ряд взаимосвязанных характеристик субъективного мира представлений, таких как справедливость, контролируемость, предсказуемость и др. Взаимодействие этих характеристик дает нам весь спектр поведенческих проявлений так называемой «враждебной картины мира», примерами которых могут служить повышенная агрессивность, заболевания психосоматического круга, избегание социальных контактов, депрессия и др.

Некоторые авторы считают, что три понятия: враждебность, гнев и агрессия – соответствуют трем аспектам психических явлений: когнитивному, аффективному и поведенческому. Аффективный (или эмоциональный) компонент включает ряд взаимосвязанных эмоций: гнев, раздражение, обиду, негодование, отвращение и т. п. Когнитивный компонент включает негативные представления в отношении человеческой природы в целом (цинизм) и представление о недоброжелательности других людей по отношению к субъекту (враждебные атрибуции, недоверие). Наконец, поведенческий компонент включает в себя разнообразные формы проявления враждебности в поведении, часто скрытые: агрессию, негативизм, нежелание сотрудничать, избегание общения и т. д. Все три компонента враждебности необходимо изучать отдельно – из тех соображений, что они связаны с психическим и физическим здоровьем посредством принципиально различных механизмов. Данное определение охватывает как устойчивую, так называемую «личностную», враждебность, так и разнообразные ситуативные комплексы враждебных установок, или predispositions, по отношению к конкретным людям в конкретных условиях (Садовская, 2000).

Согласно теории биоэнергетики хронически напряженные мышцы сдерживают импульсы, которые нашли бы выражение, если бы движения

не были скованы. Поэтому увеличение свободы движений способствует высвобождению этих импульсов и заблокированных чувств. Один из основных способов выражения протеста с помощью движений состоит в резком распрямлении конечностей – в том, что называется «взбрыкнуть». Если сюда добавить крики: «Не хочу! Не буду!», можно получить доступ к своей заблокированной ярости или гневу.

Двигательные упражнения не следует применять механически, как некий ритуал, они лучше всего помогают тем, кто действительно стремится к разрядке накопившейся злости. Взрыв эмоций, представляющих опасность для окружающих, при этом маловероятен. Напротив, опаснее сдерживать злость, потому что тогда упражнение не приведет к желаемому результату.

Если говорить о типологии личности, то проблема агрессии является одной из основных для характеров анального уровня: психопатического и обсессивно-компульсивного (см. раздел 2.2.9 главы 2).

Упражнения данного раздела позволяют участникам выяснить, каким образом они накапливают агрессию, и научиться освобождаться от нее в социально-приемлемой форме.

Разминка

Упражнение «Нет! Не буду!»

Группа движется по кругу, четко фиксируя шаг, и на каждый шаг правой ногой участники выбрасывают вверх руки с криком «Нет! Не буду!». Также можно на каждом четвертом шаге проговаривать «Ненавижу!».

Упражнение «Равновесие»

Участники разбиваются на пары, встают друг напротив друга на расстоянии 70-100 см, вытягивают руки и соприкасаются ладонями. Задача каждого – заставить партнера потерять равновесие (сойти с места).

Это упражнение хорошо проделать несколько раз с разными партнерами, поскольку каждый человек выбирает свою собственную стратегию в зависимости и от особенностей характера, и от особенностей установившегося контакта с партнером.

Упражнение «Дуэль»

Упражнение проводится в парах.

Инструкция терапевта:

Для начала вам обоим придется вспомнить человека, которому вы бы очень хотели выразить все, что вы о нем думаете, но по каким-то причинам вы никак не можете этого сделать. Теперь вам дана будет такая возможность.

Встаньте на четвереньки друг против друга. Каждый из вас для другого в этот момент – тот самый человек, о котором вы подумали. Когда вы сумеете в это поверить – можно приступить к работе.

Сначала вы смотрите друг другу в глаза и изо всех сил стучите кулаками по полу – правым-левым, правым-левым, – постепенно наращивая темп и силу ударов. Одновременно с этим вы начинаете звучать – как угодно: можно рычать, можно стонать, можно гудеть – кому как понравится. Можете сперва поэкспериментировать с производимым звуком – какой больше подойдет к сложившейся ситуации. Не отводите взгляда – он сейчас является еще одним вашим оружием. Продолжаться все это может либо до того момента, когда кто-нибудь из вас не почувствует себя побежденным и не прекратит сопротивление, либо до той точки, когда вы оба выдохнетесь и поймете, что в сущности вся накопленная ярость уже в прямом смысле слова ушла в землю.

Упражнение «Отталкивание»

Упражнение выполняется в парах, оно позволяет реально пережить возможность принять на себя ответственность за свои действия, не испытывая чувства вины.

Инструкция терапевта:

Лягте на пол на спину и поднимаете полусогнутые ноги вверх, уперев ступни в живот стоящему над вами партнеру. Партнер, надежно стоя на ногах, весь свой вес переносит на ваши ноги.

Вы терпите, сколько сможете – или сколько захотите. Когда терпение закончится – у вас есть только одна попытка, чтобы отбросить от себя то, что вам сейчас мешает жить. Причем бросок надо совершить с криком, в полную силу и так, чтобы партнер не смог бы удержаться за ваши ступни.

При этом необходимо соблюдать некоторые правила техники безопасности. Во-первых, позади партнера должно быть достаточно свободного пространства и не должно быть никаких острых, бьющихся и угловатых предметов. Во-вторых, вам обоим лучше быть босыми. Дело в том, что носки и колготки довольно сильно скользят по полу и могут помешать партнеру сохранить равновесие после вашего броска.

Упражнение «Бой с тенью»

Участники, разойдясь на безопасное расстояние, имитируют драку с воображаемым противником, нанося ему любые удары руками и ногами.

Упражнение «Шива тандава»

Инструкция терапевта:

Это ритуальный танец индуистского бога Шивы, разрушителя мира. Представьте себя необъятных размеров великаном, каждый шаг которого

сотрясает землю. Шива начинает свой танец, и моря выходят из берегов, извергаются вулканы, дуют страшные ураганы, полыхает огонь, словом, совершается апокалипсис. Выплесните в этом танце весь свой накопленный гнев, всю свою агрессию и напряженность. Наблюдайте, как ваш яростный танец разрушает всю Вселенную и вы остаетесь один в бескрайней пустоте. Насладитесь этим ощущением великого могущества!

Упражнение «Гнев»

Это активное биоэнергетическое упражнение. Его могут выполнять все участники одновременно или каждый член группы по очереди.

Инструкция терапевта:

Встаньте на колени перед спортивным матом и изо всех сил бейте по нему кулаками. В ударе участвует все тело. Во время движений тело и руки должны быть максимально расслаблены, напрягать мышцы следует только в момент удара. Дыхание глубокое, рот открыт. Нельзя сдерживать звуки, они могут быть любыми: крик, слова, выражающие чувства гнева. Тут необходимо внутреннее оправдание – на кого или на что направлен гнев. Лишних обстоятельств придумывать не надо, главное – «здесь и сейчас». Тут следует не имитировать гнев, а постараться действительно его почувствовать, максимально вовлекаясь в движения.

Затем лягте на ковер, свободно раскиньте ноги и начните брыкаться, как ребенок, «закативший истерику», увеличивая темп и интенсивность ударов. Надо колотить ковер кулаками, вертеть головой, сопровождая физические движения выкриками: «Нет!», «Не хочу!» и т. д.

Быстрая часть

Упражнение «Ки-бо»

В упражнении представлены несколько комбинаций движений, заимствованных из ки-бо. Все комбинации выполняются на четыре или восемь счетов, чтобы они вписывались в музыкальное сопровождение.

Исходное положение – прямая стойка, ноги чуть шире плеч. Колени слегка присогнуты, ноги не напряжены. Вес перемещен на переднюю часть стоп, пятки касаются пола, но опорной нагрузки не несут. Ступни параллельны. Путем сгибания позвоночника в поясничном отделе таз подается вперед, ягодицы подтягиваются. Туловище перпендикулярно полу. Подбородок опущен. Руки согнуты перед грудью, кулаки на высоте подбородка.

Левая диагональная стойка – развернитесь к воображаемому противнику на 90° левым боком. Ноги и туловище принимают такое же положение, как и в прямой позиции. Однако голова разворачивается в сторону атаки – вбок. Левый локоть немного отходит назад, прикрывая

спину. Правый кулак передвигается ближе к левому плечу. Подбородок опущен.



Рис. 4.13.

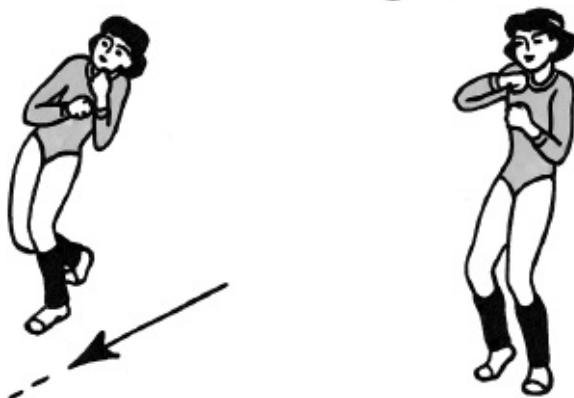
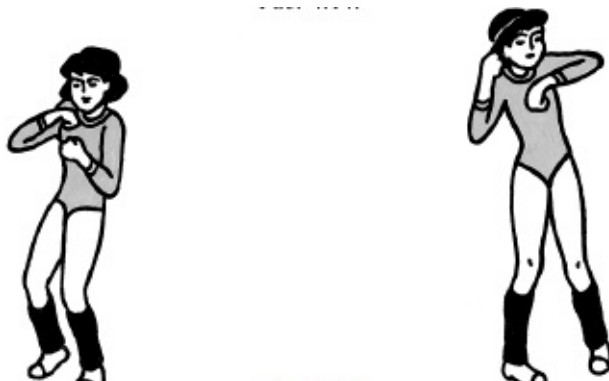


Рис. 4.14.

Рис. 4.15.



Прямой удар передней рукой (1) + прямой удар задней рукой с подседом (2) + прямой удар передней рукой с подседом (3) + исходная диагональная позиция (4) (рис. 4.13).

Уклон влево (1) + удар снизу (апперкот) левой рукой (2) + то же справа (3–4) (рис. 4.14).

Удар снизу (апперкот) левой рукой (1) + удар сбоку (хук) левой рукой (2) + то же правой рукой (3–4) (рис. 4.15).

В левой диагональной стойке прямой удар левой рукой (1) + прямой удар правой рукой (2) + прямой удар правой ногой (3) + смена стойки на правую диагональную (4) (рис. 4.16).

Удар правой ногой в сторону (1–3) + хлесткий удар кулаком вправо (4)
+ то же в другую сторону (5–8) (рис. 4.17).

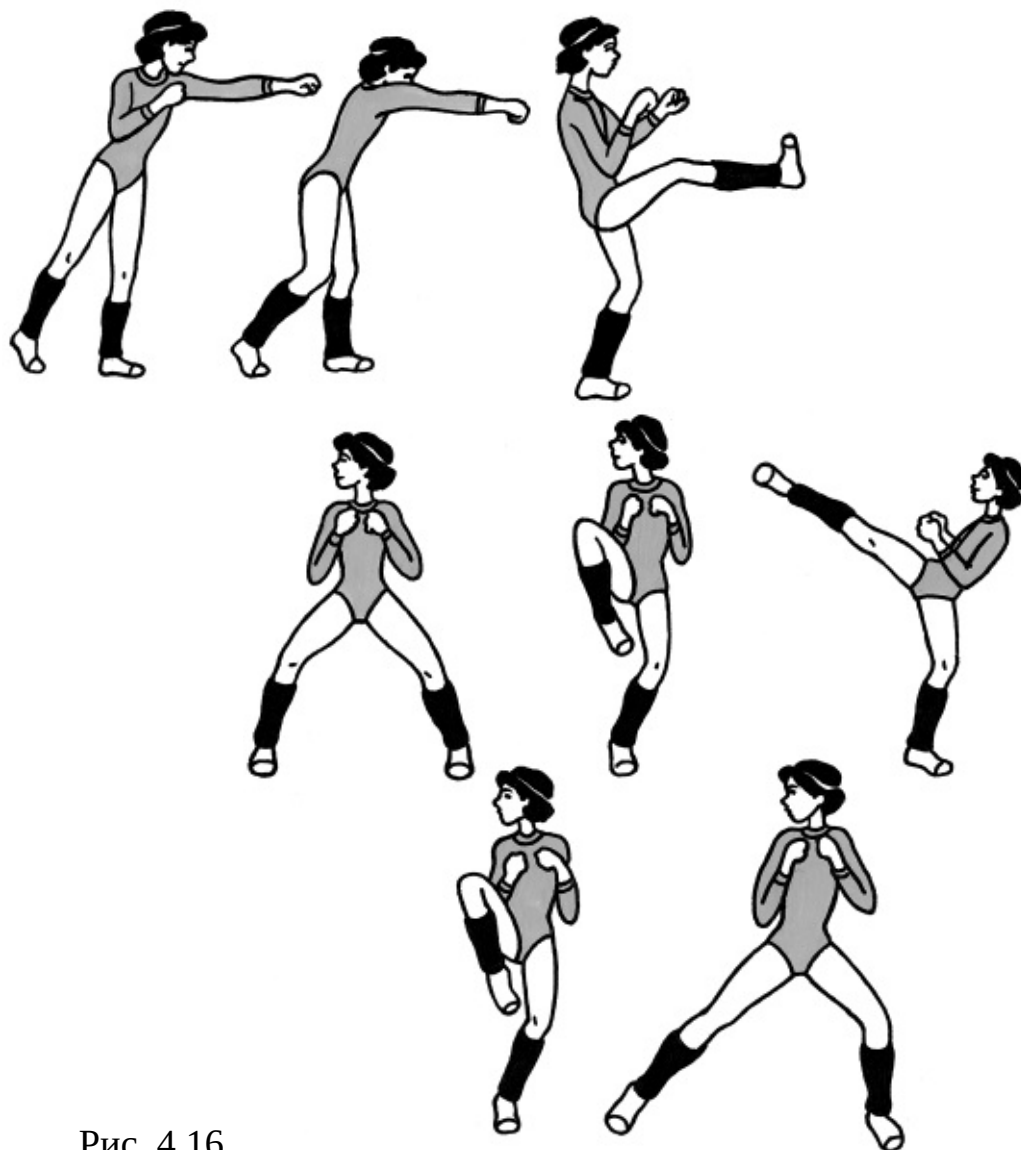


Рис. 4.16.

Рис. 4.17.

Заключительная часть

Упражнение «Подавление»

Подавление одного человека другими может символически продемонстрировать вся группа, которая в полном составе наваливается на одного из участников так, чтобы он не мог сдвинуться с места. Это действие может вызвать сильную ярость, и применять его следует только по отношению к людям, чья эмоциональная уравновешенность не вызывает сомнений, при этом терапевт должен принять меры, обеспечивающие безопасность всех участников.

Упражнение «Драка»

Упражнение проводится в парах.

Инструкция терапевта:

Вы – противники. Задача каждого – победить соперника. Настройтесь на борьбу. Будьте внимательны, вам предстоит не только наносить удары, но и отражать нападение противника. Упражнение проводится в замедленном темпе и без прямого контакта.

Упражнение может использоваться как самостоятельная техника для отреагирования. Замедленный темп позволяет исследовать силу и энергию своей агрессии.

Упражнение «Показать когти и зубы»

(<http://www.chat.ru/~bodywork>)

Это простое упражнение поможет вам почувствовать себя сильным, продемонстрировать свою силу тому, кто рассчитывает на вашу слабость. В животных «жестах» и в активизации значения когтей, зубов и клыков заключается глубокий смысл, это воздействует на естественные якоря самозащиты. Зубы нужны не только для питания или речи, они несут и определенный символический смысл. Исследования мимики и жестов обезьян показали, что животный оскал может передавать не только агрессию, но и покорность и преданность, что выражается в появлении у молодых обезьян «улыбки» при глубоком контакте с матерью. У человека и его ближайших родственников существует всего около 30 общих «рисунков» мимики и жестов, совпадающих по функции и смыслу.

Инструкция терапевта:

Примите уверенную позу: на вдохе распрямите плечи, разогните позвоночник, одновременно поднимая кисти к плечам и растягивая углы рта.

Выдыхая, имитируйте рычание («показать зубы»), почувствуйте напряжение мышц живота, раскройте ладони и максимально согните пальцы («показать когти»), напрягите жевательные мышцы.

На вдохе вернитесь в исходное положение, стараясь запомнить ощущения тела.

На выдохе сознательно расслабьте те мышцы, которые были задействованы в упражнении.

Техника 6. Работа с Я-образом

Понятие образа Я включает в себя целый ряд аспектов, например: как человек видит себя в этом мире (отношения между личностью и трудностями), как относится к своему телу. Я-образ является описательной составляющей Я-концепции – системы представлений человека о себе. В

рамках единой Я-концепции выделяют различные компоненты:

- Я физическое, схема собственного тела (см. раздел 5.1. настоящей главы);
- Я социальное, связанное со сферами социальной интеграции: половой, этнической, гражданской, ролевой;
- Я экзистенциальное, оценка значения своей жизни и смерти.

Формирование Я-концепции человека происходит на фоне накопления опыта решения жизненных задач и под влиянием оценки человека со стороны значимых других, прежде всего – родителей.

Многие эмоциональные расстройства являются следствием нарушения развития образа тела. Это нарушение связано с тем, что ребенок не получил через телесный контакт с матерью адекватное ощущение своего физического Я.

Фельденкрайз (1997) в работе «Осознавание через движение», говоря о связи между Я-образом и движением, выделяет четыре компонента образа Я – движение, ощущение, чувствование и мышление: «Все мы говорим, двигаемся, думаем и чувствуем по-разному, каждый в соответствии с тем образом себя, который он построил за годы своей жизни. Чтобы изменить образ действия, нужно изменить образ себя, который мы несем в себе».

Если говорить о типологии личности, проблема расплывчатого Я-образа является одной из главных для характеров генитального уровня: истероидного, мазохистского и маниакально-депрессивного (см. раздел 2.2.9 главы 2).

Упражнения данного блока позволяют исследовать свой образ Я, выявить связанные с ним проблемы и наметить пути их разрешения.

Разминка

Упражнение «Я люблю себя со всеми своими достоинствами и недостатками»

Участники становятся в круг. Каждый по очереди делает шаг вперед и говорит: «Я люблю себя со всеми своими достоинствами и недостатками». Следует наблюдать за мимикой и интонациями говорящего. Что было трудно? При проговаривании данной фразы всплывает напряжение, связанное с проблемами человека.

Упражнение «Я – самая красивая»

Каждый участник подходит к другим, смотрит им в глаза и говорит: «Я – самая красивая (самый красивый)».

Упражнение «Ходьба с зажимами»

Участники ходят друг за другом по кругу.

Инструкции терапевта:

Продолжая идти, напрягите до предела правую руку... левую руку... всю верхнюю часть тела... левую ногу... правую ногу... обе ноги... всю нижнюю часть тела... поясницу... Представьте себе, что вы – маленькие дети... роботы... старики... Представьте себе, что масса вашего тела увеличилась в два раза... Представьте себе, что ваше тело практически невесомо... Представьте себе, что вам надо торопиться, но делать этого очень не хочется... Представьте себе, что все внутри вас бежит, а вы себя сдерживаете...

Упражнение заканчивается ходьбой в свободном темпе.

Упражнение «Звери, птицы, рыбы»

Участники ходят друг за другом по кругу.

Инструкция терапевта:

Представьте себя хищной птицей... маленьким цыпленком... кошкой (домашней или дикой, как вам больше нравится)... слонем... снова птицей... рыбой... бабочкой... Представьте себя любым зверем. Таким, который вам ближе всего, на которого вы похожи, – побудьте им. Как он двигается, какие звуки издает? Каково вам в обличье этого зверя... А теперь вы снова – люди. Темп движения – спокойный. Сделайте несколько глубоких вдохов.

Упражнение «Животные»

В этом упражнении участники вступают в творческое взаимодействие в форме ролевой игры, которая к тому же имеет символический смысл.

Инструкция терапевта:

Выберите по своему желанию любое животное (основания для выбора могут быть какими угодно): млекопитающее, рептилию, птицу. В течение следующих 20 минут вам предстоит побыть этим животным, перенять его облик, двигаться так же, как оно, издавать такие же звуки. Помещение будет как бы его территорией, а также местом обитания других животных, выбранных другими участниками группы. Возможно, несколько участников выберут животных одного вида. О своем выборе заранее объявлять не надо. Надо просто двигаться по помещению, уподобясь выбранному животному, и вступать в спонтанные взаимодействия с партнерами. Возможно, вам придется бегать, прыгать, скакать, даже летать. Подойдите к этому творчески и постарайтесь выразить те стороны своей личности, которые другим способом выразить трудно. Издавайте звуки, подобные тем, что издает ваше животное. Проникайтесь чувствами, возникающими у вас в том мире, где вы теперь живете. Это может быть страх, ярость, любовное влечение. Потом уделите несколько минут тому, чтобы обменяться полученными впечатлениями с другими участниками

группы.

Упражнение «Метаморфоза»

Основой упражнения являются движения, имитирующие движения личинки, гусеницы, куколки и, наконец, бабочки. Эти образы выбраны не случайно – жизненный цикл развития бабочки как нельзя лучше символизирует этапы формирования человеческой души.

Инструкция терапевта:

Начнем со стадии личинки. Сосредоточьтесь на внутреннем ритме. Личинка живет в ограниченном пространстве. Спектр ваших движений тоже строго ограничен – вы совершаете колебательные движения (именно так может двигаться личинка). Подчинитесь им, даже если их ритм не совпадает с музыкальным. Это ваш внутренний ритм, ваше индивидуальное состояние комфорта. В процессе упражнения следует поразмышлять: «Я – личинка. Какая она? Чего она хочет? Почему хочет именно этого?»

Следующий этап – стадия гусеницы. Это активные движения, дающие возможность выплеснуть эмоции. Ваш внутренний ритм самопроизвольно согласуется с ритмом музыки. Подумайте о том, как выглядит эта гусеница, как перемещается.

Далее следует стадия куколки. Полностью сосредоточьтесь на том, что вы хотите выразить пластикой. Сдерживайте амплитуду движений, ведь вы пока куколка. Учитесь понимать язык своих движений, чтобы в дальнейшем, когда ваша бабочка, взмахнув руками-крыльями, станцует спонтанный танец чувств и мыслей, вы бы точно понимали, что именно танцуете.

Если у вас несколько раз получилось выразить в танце свой восторг и упоение жизнью после «рождения из куколки», поздравляю – вы обрели себя, свое истинное Я. Вас больше не стесняют никакие рамки, ибо танцует ваша душа, свободная и прекрасная. В этот момент происходит самое главное – тают иллюзии, уходят неприятные переживания, воспоминания и вместе с тем высвобождается колоссальное количество жизненной энергии, те самые силы, которых нам подчас не хватает, чтобы радоваться жизни. Отныне живите в радости и творите ее вокруг себя.

Быстрая часть

Упражнение «Джаз-танец»

1. Исходное положение (и. п.) – стойка ноги врозь, стопы параллельно. Наклоны головы вперед-назад. По 8 раз. Следите за осанкой. Плечи не поднимать.

2. И. п. – то же. Повороты головы направо-налево. По 8 раз.

3. И. п. – то же. Круговые движения головой. 2 раза вправо, 2 раза влево.

4. И. п. – то же, руки вниз. Поднимание и опускание плеч. Выполнять движения с максимальной амплитудой. По 8 раз.

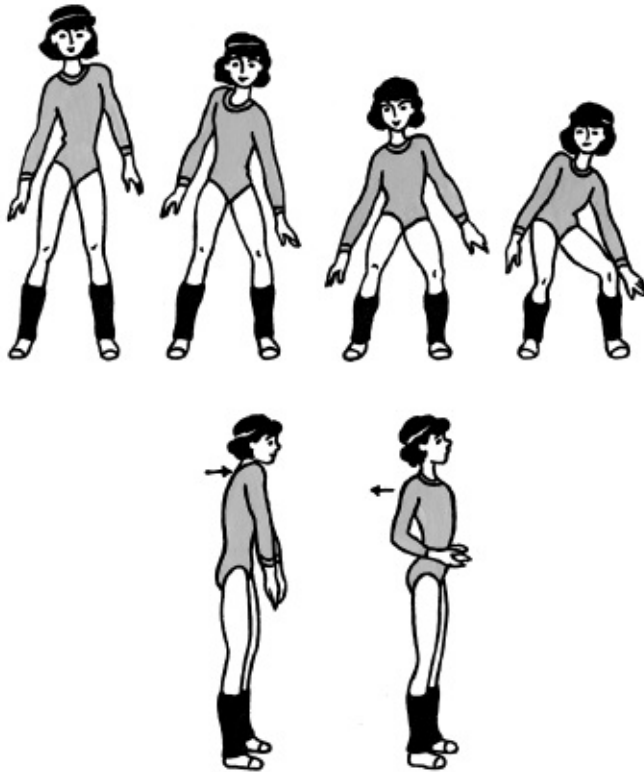


Рис. 4.18.

5. И. п. – то же. Поочередное поднимание плеч в сочетании с приседанием: 4 движения то одним, то другим плечом во время сгибания ног, 4 – при разгибании. 4 раза.

6. И. п. – то же. Выведение одного плеча вперед, другого вверх. 8 раз.

7. И. п. – то же. 1 – поднять плечи вверх; 2 – «сбросить» плечи вперед (расслабленно опустить, спина слегка округлена); 3 – выпрямляясь, поднять плечи вверх; 4 – «сбросить» плечи назад (опустить вниз с небольшим круговым движением назад, слегка прогибаясь в поясничном отделе позвоночника, лопатки свести) – рис. 4.18.

8. И. п. – стойка ноги врозь, руки на голове. Движения грудной клетки вправо-влево. Голова неподвижна. 16 раз.

9. И. п. – то же, но в полуприседе на двух ногах, руки в стороны. 16 раз.

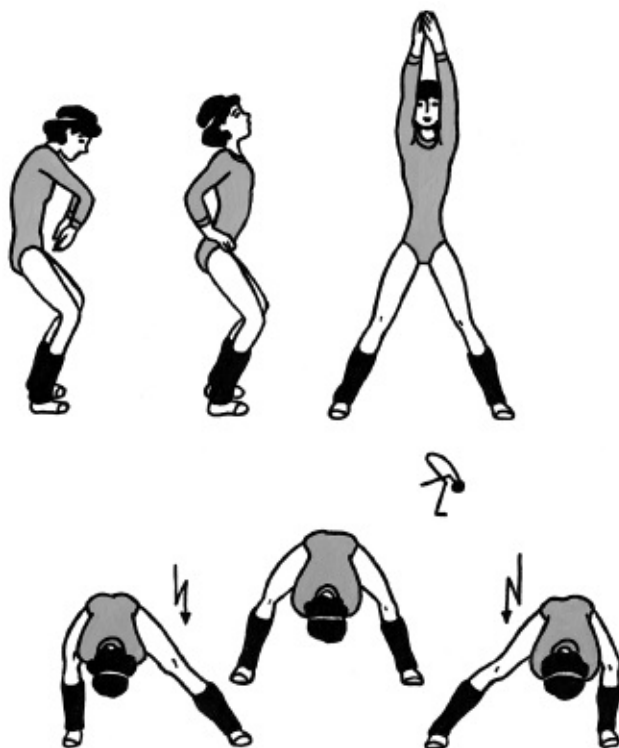


Рис. 4.19.

10. И. п. – полуприсед в стойке ноги врозь, руки на бедрах. Движение грудной клетки вперед-назад с одновременным сведением и разведением локтей. 16 раз (рис. 4.19).

11. И. п. – стойка ноги врозь, руки в стороны. Движение таза вправо-влево, грудная клетка фиксирована. По 8 раз.

12. И. п. – стойка ноги врозь, но руки вперед. Движение таза вперед-назад. По 8 раз.

13. И. п. – то же. «Рисовать» тазом «восьмерки». 16 раз.

14. И. п. – широкая стойка ноги врозь, руки вверх, одна ладонь на тыльной стороне другой кисти. Сгибая правую ногу, наклон вперед, руки опустить между ног; перенося тяжесть тела на обе ноги и сохраняя положение приседа, пружинящий наклон вперед; перенося тяжесть тела на левую ногу, пружинящий наклон вперед, принять и. п. 8 раз.

15. И. п. – упор стоя. Поочередное сгибание и разгибание ног. По 8-16 раз каждой ногой.

16. И. п. – упор стоя ноги врозь. Подъем на полупальцах правой ноги, таз вправо, то же – левой. По 8-16 раз.

17. То же, но подъем на полупальцах обеих ног одновременно.

18. И. п. – стойка ноги врозь (стопы параллельно) – рис. 4.20.

Такт I. 1 – поднимаясь на полупальцах левой ноги, правую вперед,

наперекрест перед левой, слегка согнутые руки вправо; и – немного спружинить на левой ноге; 2 – правую ногу в сторону – назад, таз вправо, слегка согнутые руки влево; 3–4 – повторить 1–2, закончить движение, приставляя правую ногу к левой, руки в стороны – вниз.

Такт II. 5–8 – то же, что такт I, но с другой ноги.

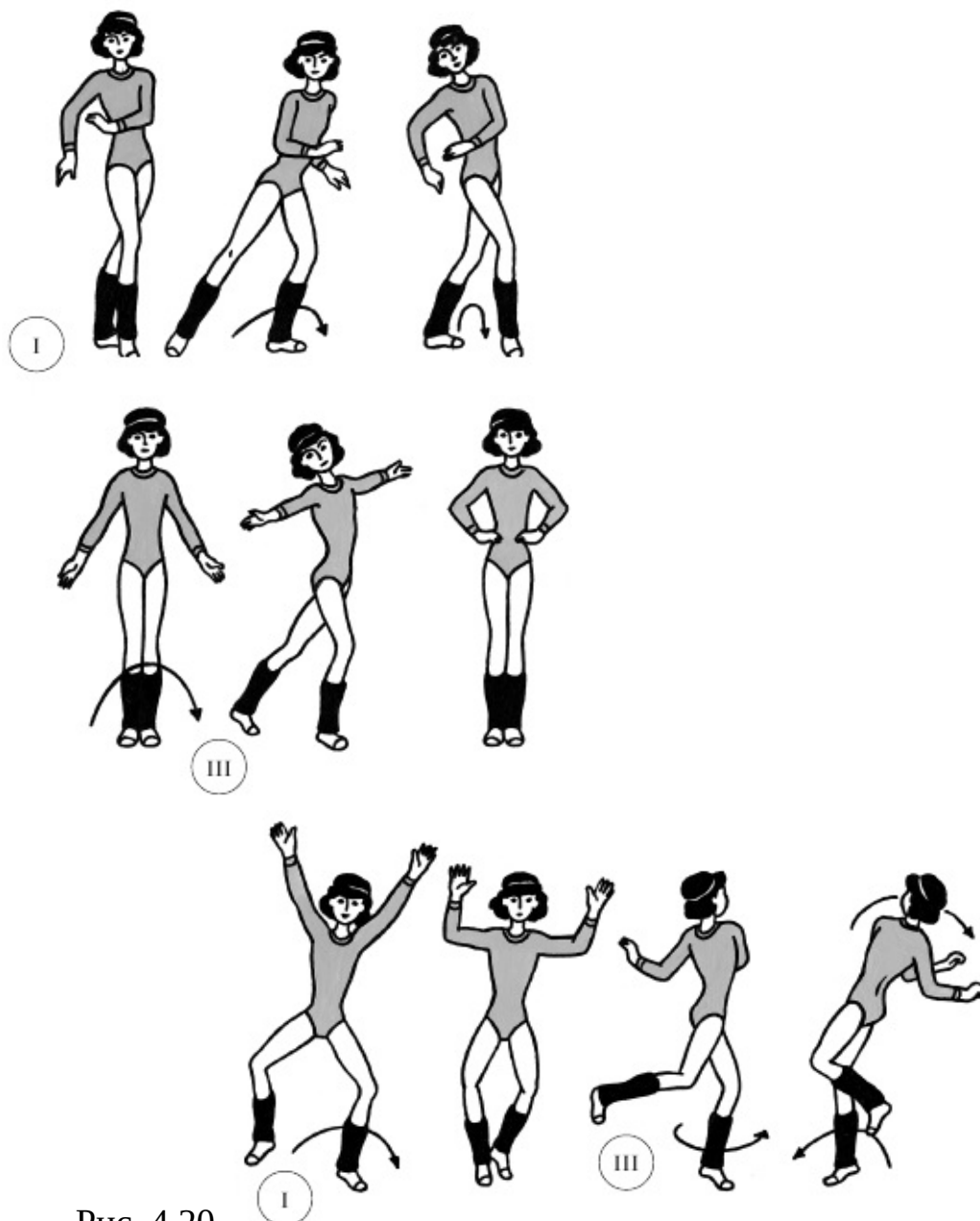


Рис. 4.20.

Рис. 4.21

Такт III. 1 – с поворотом туловища налево, левую ногу назад – полуприсед на правой, руки в стороны; 2 – с поворотом направо (лицом к основному направлению) приставить правую к левой (ноги вместе),

небольшой полуприсед на двух ногах, руки на пояс; 3–4 – то же с другой ноги.

Такт IV. – повторить такт III.

19. И. п. – основная стойка, ноги врозь, стопы параллельно (рис. 4.21).

Такт I. 1 – скачок на левой, согнутую правую в сторону, руки в стороны – вверх, ладонями вперед, пальцы в стороны; 2 – скачок на две ноги, согнутые руки в стороны; 3–4 – то же с другой ноги.

Такт II – повторить такт I.

Такт III. 1 – с поворотом налево скачок на левую ногу, правую согнутую назад, руки влево; 2 – скачок на правую, согнутую левую назад, руки вправо; 3–4 – продолжая поворот, повторить движения счета 1–2.

Такт IV – повторить такт III.

Такты V–VIII – то же, но с другой ноги, поворот направо. Повторить комбинацию 4–8 раз.

20. И. п. – основная стойка, руки на поясе (рис. 4.22.).

Такт I. 1 – с небольшим поворотом туловища налево шаг левой в сторону, правую в сторону на носок; 2 – приставить правую ногу к левой (и. п.); 3–4 – то же с другой ноги.

Такт II. 5 – с небольшим поворотом туловища налево шаг левой в сторону, правую в сторону на носок, правую руку в сторону; 6 – приставить правую ногу к левой; 7–8 – то же с другой ноги, закончить упражнение – ноги вместе, руки в стороны.

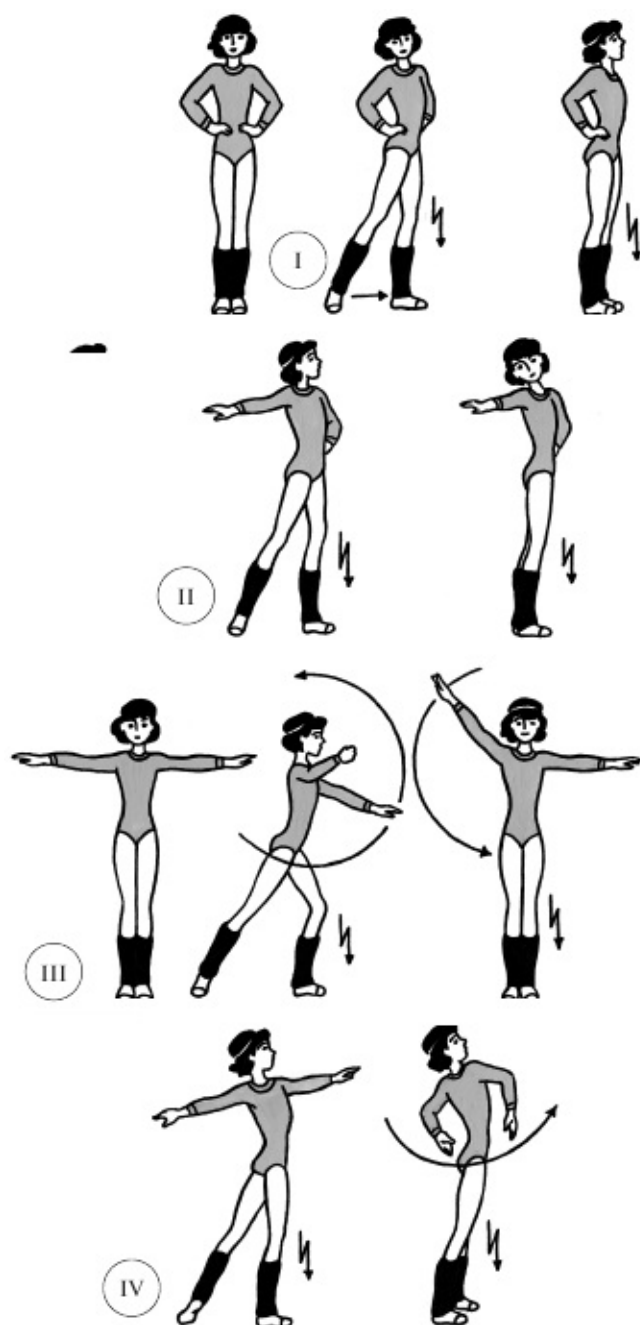


Рис. 4.22

Такт III. 1 – небольшой выпад влево, правая нога в сторону на носок, левая рука в сторону, правая рука по дуге вверх; 2 – приставить правую ногу к левой, правая рука, продолжая движение по дуге вниз, завершает круг; 3–4 – то же в другую сторону.

Такт IV. 1 – шаг левой ногой в сторону – назад, руки в стороны; 2 – с поворотом туловища налево приставить правую ногу к левой, руки согнуть (округлить); 3–4 – то же в другую сторону (с правой ноги).

21. И. п. – основная стойка, руки на поясе.

Такт I. 1–2 – слегка сгибая правую ногу, таз влево, круг левым плечом назад; 3–4 – то же в другую сторону (круг правым плечом).

Такт II – повторить такт I.

Такты III–IV – то же, что такты I–II, но с продвижением вперед. Повторить 4–8 раз с продвижением вперед-назад.

22. И. п. – полуприсед в стойке ноги вместе, спина округлена, руки согнуты, ладони на уровне талии (рис. 4.23.).

Такт I. 1 – не разгибая ног, прогнуться в поясничном отделе позвоночника, правую согнутую руку в сторону (предплечье вверх); 2 – вернуться в и. п.; 3–4 – то же с другой руки.

Такт II. 5 – шаг правой в сторону в стойку ноги врозь, правая нога слегка согнута, согнутая правая рука в сторону (предплечье вверх), левая рука согнута, ладонь на уровне талии, таз отведен влево; 6 – приставляя левую к правой ноге, и. п. 7–8 – повторить 5–6.

Такт III–IV – то же, что такты I–II, но с другой руки, с продвижением влево.

Такт V. 1 – сохраняя полуприсед в стойке ноги вместе, колени вправо, согнутые руки вправо (на уровне талии); 2 – перевести колени и руки влево; 3–4 – повторить 1–2.

Такт VI. 5 – сохраняя полуприсед, шагом правой в сторону, стойка ноги врозь, колени вправо, согнутые руки вправо (правая рука на уровне головы, левая – на уровне талии); 6 – перевести колени и руки влево; 7–8 – повторить 5–6.

Такт VII. И – прыжком поворот кругом; 1–4 – повторить такт VI.

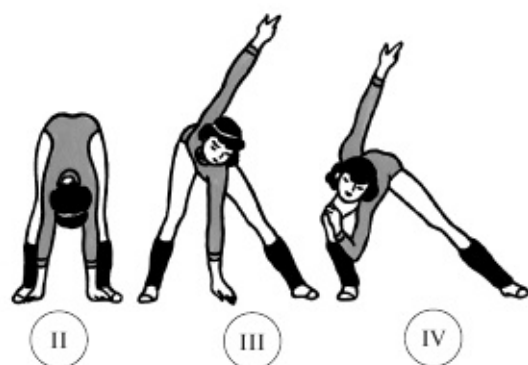
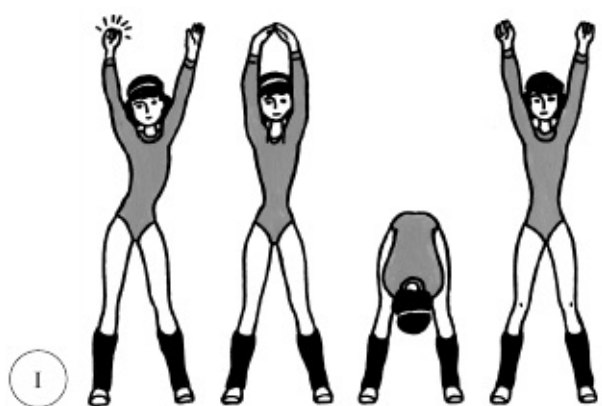
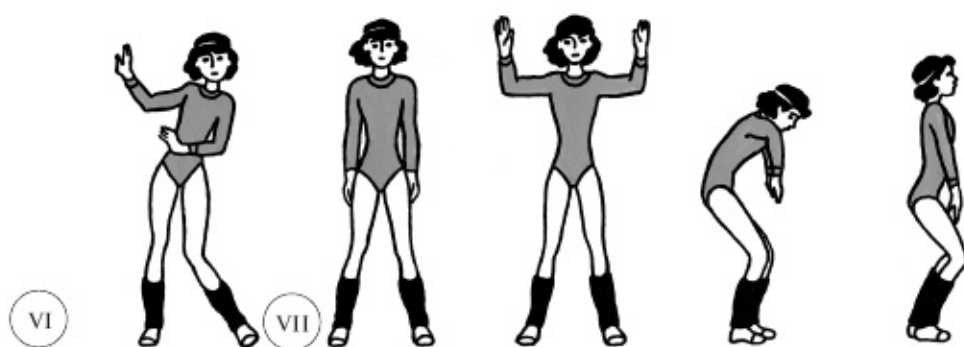
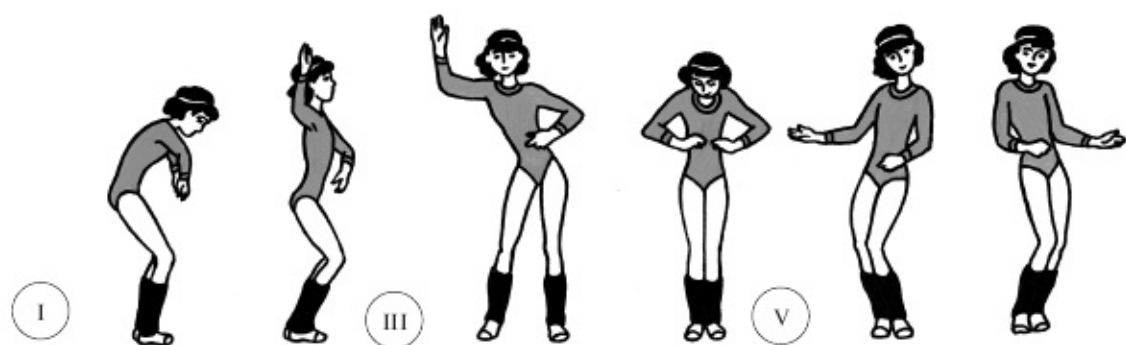


Рис. 4.23

Рис. 4.24

Такт VIII. II – прыжком поворот кругом в стойку ноги врозь; 5 – руки в стороны, предплечья вверх; 6 – полуприсед на двух ногах, спину округлить,

голову наклонить вперед, предплечья опустить вниз; 7 – прогнуться в пояснице, ладони на бедрах, голова прямо; 8 – и. п.

Повторить 4–8 раз.

23. И. п. – стойка ноги врозь, руки вверх (рис. 4.24).

Такт I. 1 – таз вправо, щелчок пальцами правой руки; 2 – таз влево, щелчок пальцами левой руки; и – соединить руки над головой; 3 – наклон вперед, руки опустить между ног; 4 – вернуться в и. п.

Такт II. – то же, что такт I, но 4 – упор стоя.

Такт III. 1 – мах правой рукой назад, поворот туловища направо; 2 – упор стоя; 3–4 – то же другой рукой.

Такт IV. 5 – выпад вправо с наклоном вперед, левая рука согнута, ладонью опирается о колено правой ноги, правая рука назад; 6 – пружинящий наклон вперед с рывковым движением правой руки назад; 7–8 – то же в другую сторону.

Повторить 4–8 раз.

Заключительная часть

Упражнение «Ум, чувства, тело»

Участник выбирает из группы троих: один будет его «умом», другой – «чувствами», третий – «телом». Затем он придает каждому из них форму, выражающую типичное состояние данной части, а также составляет из них скульптурную группу, отражающую взаимоотношения этих частей. После того как партнеры стали частями участника, они делятся с ним своими впечатлениями: каково им быть его чувствами, телом и умом.

Упражнение позволяет увидеть разницу в степени осознания частей личности, что заставляет стремиться к их гармонизации.

Упражнение «Создание Я-образа в магическом танце»

Инструкция терапевта:

Вначале встаньте, глядя прямо перед собой. Выберите опорную ногу, поднимите стопу другой ноги назад и возьмитесь за нее рукой. Свободную руку вытяните вперед и поднимите вверх. Смотрите прямо перед собой, это поможет сохранить равновесие. Теперь наклонитесь вперед и поднимите вверх ногу, за которую держитесь, настолько, насколько возможно. Представьте себя танцором, выполняющим прыжки сознания из одной реальности в другую.

А теперь расслабьтесь и снова встаньте прямо, опираясь на обе ноги. Затем поменяйте ноги, сохраняя равновесие в такой же позе на другой ноге. Вы можете обнаружить, что сохранять равновесие на одной ноге легче, чем на другой. Это указывает на то, что вам следует поработать над достижением гармонии. Развивая способность подолгу находиться в этой

позе, вы приближаетесь к гармонии.

Один из наиболее действенных результатов работы над этой позой – создание магического тела. Магическое тело – это идеальное Я, то новое, более осознанное Я, которое создается посредством танца. Магическое тело – это Я, которое способно проявляться наиболее полно и значимо. Это умение действовать, используя необходимую энергию для решения любых жизненных задач.

Каков ваш идеальный образ Я? Какими чертами и способностями вы бы хотели обладать? Как бы вы хотели выглядеть в глазах окружающих? Как бы в результате этих превращений изменили свою жизнь?

Явственно представьте и примите этот образ себя. Если вы в состоянии его представить, значит, это можно осуществить и в жизни. Меняя свои представления, вы изменяете свой мир.

Теперь, принимая эту позу, вообразите, что вы полностью соответствуете новому образу. Почувствуйте, как ваша форма становится совершенной, преобразуясь в магическое Я – как физическое, так и духовное.

Упражнение «Пробуждение архетипов»

Архетип – это изначальная энергия, которая реализуется в нашей ежедневной жизни. Карл Юнг считал архетипы частью коллективного бессознательного и выделил тут семь основных типов, каждый из которых отражает особые виды энергий, действующих в нашей жизни (Юнг, 1991). Эти семь типов отражаются и проявляются через разнообразные символы, образы и деятельность. Их понимание поможет нам, используя движение и позу, усилить или ослабить их проявление. Включая символические движения, мы высвобождаем силы архетипов.

Инструкция терапевта:

Архетип самости. Это энергия нашей истинной сущности. Движения и позы, выбранные для этого танца, помогут нам увидеть идеальный образ себя и должны способствовать самосовершенствованию. Танцы – обращения к своему Я – это внутренний призыв к работе и росту. Исполните пантомиму обручения, символизируя объединение с вашим идеальным Я. Исполните пантомиму, в которой вы получаете подарки. Исполните танец, представляющий, как вы входите в новую жизнь, вылупляясь из яйца или прорастая из семени.

Архетип женственности. Все мы сочетаем в себе женскую и мужскую энергии, которые имеют различные проявления – инь и янь, магнитное и электрическое поля, отрицательное и положительное или рецептивное и утверждающее. Женская энергия формирует

взаимоотношения. Это течение и красота жизни. Энергия инь интуитивна и восприимчива. Она может как возвращать, так и разрушать. Женское начало таинственно. Это врата, в которые мы хотим войти. Это энергия рождения, поэтому в церемониальном танце используются движения раскрытия завесы и пересечения порогов. Женская энергия – энергия вдохновения, интуиции и творчества. В любой деятельности, требующей воображения и творчества, используется энергия инь.

Архетип мужественности. Мужские архетипические энергии также присущи обоим полам. Это силы отеческой заботы, утверждения, созидания, руководства, организации и строительства. Это агрессивная, утверждающая и проницательная энергия. Она побуждает нас к действию. Энергия янь помогает довести начатую работу до конца. Это сила решительности и ориентации. Это энергия, которую необходимо активизировать в тех случаях, когда нужно принимать решения. Мужская энергия иницирует, открывает новые возможности для роста. Ей соответствует танец с использованием линейных движений – прямых и ровных. Исполните пантомиму переступания через черту и утверждения себя в новых сферах жизни. Исполните танец посева семян, или, например, ритуал высаживания саженцев. Ростки должны символизировать то, чему вы хотите положить начало в своей жизни.

Архетип героя. Каждый из нас является главным действующим лицом своей жизни. Нам приходится один на один встречаться с трудностями и их преодолевать. Если мы все время боремся и преодолеваем препятствия, значит, необходимо воспользоваться силой архетипа героя. Помните, мы должны выиграть, ведь мы сами можем запрограммировать себя на победу или поражение. Исполните танец сражения, в котором вы одерживаете победу, используя щит для своей защиты. Исполните пантомиму приобретения новых знаний, исцеления с помощью учителя или надежного друга.

Архетип соперника. Эта энергия побуждает нас к приобретению новой силы, новых целей и реализации своих возможностей. Неприятности и соперники являются частью этого архетипа. Он помогает нам отыскать новые творческие пути преодоления препятствий. Помните, что любое препятствие или помеху нельзя преодолеть силой или противоборством. Сказано, что хаос ведет к созиданию, – такова энергия этого архетипа. Жизнь – это поток перемен. Соперник – действующая сила перемен, которая заставляет нас повернуться лицом к трудностям. Соперник разрушает старое, чтобы на его месте могло вырасти новое. Это энергия страха, гнева, сильных эмоций. Он заставляет нас воспользоваться

творческими силами архетипа героя для достижения новых успехов. Многие энергии соперника в нашей жизни едва различимы. Часто это ограничения, которые мы накладываем на себя или которые позволяем наложить на нас другим. В какой-то момент жизни мы должны снять эти ограничения. Танцы пробуждения архетипа героя и архетипа соперника наиболее эффективны, когда включают в себя пантомиму, имитирующую сражение с воображаемым драконом. Перед началом танца создайте образ, который воплощал бы то, что вы хотите побороть. Это могут быть отрицательные эмоции. Выберите образ, который вы с легкостью можете себе представить, а затем вообразите себя героем, побеждающим его в смертельной схватке. Исполните пантомиму ритуального сражения с соперником или отрицательной эмоцией. Ваши движения и позы должны быть движениями и позами торжествующего героя. Разыграйте сценку трудного подъема на высокую гору за наградой или призом.

Архетип смерти и возрождения. Жизнь состоит из перемен. Все находится в состоянии движения. Когда-то наступает момент, когда мы чувствуем необходимость перемен. Архетип смерти и возрождения начинает этот процесс. Он символизирует завершение одного жизненного этапа и начало нового. Мы умираем для того, чтобы родиться вновь, и рождаемся для того, чтобы умереть. Любые перемены, кризисы, смерть и рождение отражают этот архетип. Сумев распознать характер перемен, мы сможем управлять ими. Исполните пантомиму смерти и воскресения. Пантомима, изображающая физическую смерть и воскресение, – эффективный способ исцеления.

Архетип путешествия. Жизнь – это также путешествие по пути эволюции. Все, что нам встречается на этом пути, является неотъемлемой частью путешествия. Жизнь – непрестанное движение и развитие, строительство, надстройка над тем, что появилось ранее, открытие новых направлений. Мы часто не в состоянии найти свой жизненный путь. Порой нам все понятно, а иногда кажется, что мы бесцельно существуем в этом мире. Исполните пантомиму – путешествие по жизни, изобразите взлеты и падения, преграды и достижение цели. Исполните пантомиму – путешествие по лабиринту.

Техника 7. Работа с блоками

Мышечное напряжение представляет собой телесную сторону процесса вытеснения и основу его стабильности. Напряжение никогда не охватывает отдельные мышцы, это всегда происходит с мышечными комплексами, образующими функциональное единство. Если, например, подавляется импульс плача, то напряжена не только нижняя губа, но и вся

мускулатура рта и челюстей, а также соответствующая шейная мускулатура, то есть мышцы, действующие при плаче как функциональное единство (Райх, 1997).

Первая задача терапии – найти, где блокируется энергия. Вторая задача – сделать блок рыхлым. Если появляются соответствующие воспоминания, проблему можно вывести на уровень осознания – и тогда блок не вернется.

Согласно теории телесно-ориентированной психотерапии, любые препятствия на пути движения энергии создают проблемы. Когда ребенок сталкивается с непонятным запретом, с которым он не в силах справиться (чаще всего это запреты сексуального характера), он в самом раннем возрасте учится напрягать определенные мышцы и удерживать позы, которые пресекают негативные эмоции. В результате определенный участок тела «привыкает» блокировать энергию. Например, сосание пальцев и языка, гримасы и т. д. вызывают зажим в нижней челюсти. Со временем возникает целая система зажимов. Мышечные блоки соответствуют психологической блокировке чувств, эмоций, переживаний. Выделяют семь таких блоков.

Первый блок кольцом охватывает глаза и затылок. Тут блокируются плач, страх. Так, дети смотрят сквозь человека: «я слабее тебя, и ничего не могу с тобой сделать, но могу тебя не видеть». Соответствующие мышцы не стоит трогать руками, т. к. это может вызвать очень сильную негативную реакцию. Одним из его проявлений являются невротические головные боли в затылке и висках.

Второй блок – в области рта: губы, язык, нижняя челюсть и верхняя часть шеи. Здесь блокируются гнев, плач, обида. Крайне болезненны точки в районе челюстных суставов: человек сжимает зубы и прячет за напряжением все слова, которые хочется, но нельзя сказать.

Третий блок – шея, горло. Здесь заблокированы гнев, крик, сильная обида. Частым его проявлением является бронхиальная астма – очень глубоко спрятанный невроз. Астматики не разрешают себе дышать. Горло также не стоит трогать руками. Если терапевт снял глазной и челюстной блоки, горловой тоже начинает уходить. Горло – это мостик, который соединяет разум с ощущениями: «я не хочу чувствовать». Блокировка задней поверхности шеи означает: «я не умею чувствовать, я не знаю, как это делать».

Четвертый блок – руки. Здесь блокируются агрессия, любовь, сексуальность.

Пятый блок – диафрагмальный. В теле человека страх обитает в трех местах: в диафрагме, в низу живота и в ногах. У животных нормальный

страх живет в ногах и в низу живота, он мобилизует организм ради спасения жизни. А в диафрагме живут социальные страхи – страх быть непонятым, непринятым. Это не прямая угроза жизни, хотя человек их так воспринимает. Прежде всего диафрагмальный блок мешает правильно дышать. Клинические невротики вообще не могут дышать диафрагмой – «на всякий случай». Здесь можно работать с техниками глубокого дыхания, с помощью поз и движений создавать ситуацию, в которой человек не может не дышать.

Шестой блок – тазовый, включая и ноги. Здесь живет страх, который возникает при прямой угрозе жизни, и страх, связанный с сексуальными запретами. Очень характерное его проявление – сжимание колен. Для снятия этого блока используется работа с опорами.

Седьмой, грудной блок очень трудно определить. Его порождает страх потерять любовь. Он связан с горловым и диафрагмальным блоками.

У каждого человека своя конфигурация блоков – чего-то меньше, чего-то больше. Прямая разблокировка зажима ведет к выявлению и осознанию проблем и к избавлению от них.

Разминка

Упражнение «Разминка суставов»

Это последовательная работа голеностопного, коленного, тазобедренного суставов, туловища, лучезапястных и плечевых суставов и суставов головы.

Инструкция терапевта:

1. Стопы:

а) тянем носок (на себя и от себя), совершая небольшие колебательные движения;

б) топчемся, переминаясь с ноги на ногу: на наружных краях стоп; на внутренних краях стоп; на пальцах; на пятках;

в) поочередно каждой стопой совершаем круговые (в обе стороны) движения.

2. Коленные суставы (в положении стоя, плечи прямые):

а) совершаем коленями круговые движения, сначала вовнутрь, затем – наружу (кисти рук расположены на коленях и как бы помогают движениям);

б) ноги сгибаются и разгибаются (как бы пружиня).

3. Тазобедренные суставы:

а) отводим ногу в сторону (примерно на 45°) и делаем легкое колебательное движение, стремясь увеличить угол;

б) ходим на выпрямленных ногах, опираясь на всю стопу и работая

только тазом.

4. Вращение туловища. Талия описывает круг в горизонтальной плоскости, вращая среднюю часть туловища.

5. Кисти:

а) сжать-разжать (несколько раз, быстро);
б) вращения в обе стороны в лучезапястном суставе;
в) кисти (с выпрямленными пальцами) сгибаются вправо-влево, вперед-назад.

6. Локтевые суставы («Арлекин»). Плечи и плечевые суставы неподвижны, руки свисают. Локти свободно (как на шарнирах) совершают колебательные движения.

7. Плечевые суставы («Пропеллер»). Рука свободно опущена, затем начинаем ее вращать во фронтальной плоскости (вы – самолет, рука – ваш пропеллер). Ускоряем темп до появления чувства тяжести (особенно в кисти). Торс чуть подается вперед, чтобы рука не задевала грудь. Тренируем поочередно оба плеча. Каждую руку вращаем по часовой стрелке, затем – против часовой.

8. Наклоны и повороты головой:

1. «Черепаша»

Голова плавно откидывается назад и касается затылком спины. В такой позиции пытаемся втянуть ее в плечи по вертикали. Затем следует плавный наклон головы вперед. Точно так же (строго по вертикали) тянем ее на себя. Подбородок прижат к груди, его сверхзадача – коснуться пупка. Поначалу работаем без усилий, затем с легким напряжением. Делаем 10–15 движений в каждом направлении.

2. «Сова»

Голова стоит ровно (в одной плоскости со спиной). Медленно уводим взгляд вправо или влево и поворачиваем за ним голову (до упора, как бы стараясь увидеть, что там происходит). С каждым разом пытайтесь отвоевывать по миллиметру-другому, но без чрезмерных усилий. В каждую сторону делаем 10–15 движений.

3. «Хмурый ежик»

Плечи – вперед, подбородок подтянут к груди, руки сцеплены перед собой (ладони охватывают локти). Поясница недвижна. Подбородком достигаем груди, тянем его к пупку. Верхняя часть позвоночника должна прогнуться, как лук. В это же время ровно поставленные плечи идут, чуть-чуть напрягаясь, вперед – навстречу друг другу. Представляем, что на спине у нас – от шеи до лопаток – выскочили иголки. Ежику что-то не нравится, он ошестинился. Все внимание сосредоточено на верхней части

грудного отдела позвоночника. Стараемся его получше прогнуть.

К обратному движению переходим без остановки. Голова откидывается, затылок идет к спине. Тянем голову, одновременно стараясь свести за спиной лопатки, ни в коем случае не поднимая плеч. В этом положении стараемся прогнуть верхнюю часть спины.

4. Подъемы и опадания плеч

Голова неподвижна, спина прямая, руки по швам. Опуская плечи, тянем руки вниз и добавляем небольшое усилие. Затем поднимаем плечи – до упора и опять добавляем усилие в последний момент. Через 5–6 занятий амплитуда движений заметно увеличится.

5. «Большие весы»

Левая рука – на затылке, правая – вдоль тела. В этом положении делаем наклоны вправо, затем, аналогичным образом, – влево, каждый раз прилагая дополнительные усилия.

6. «Осмотр пяток»

Обернувшись через левое плечо и чуть прогнувшись назад, начинайте колебательные движения, стремясь увидеть наружную сторону правой пятки. Ноги неподвижны. Аналогичным образом производится «осмотр» левой пятки. Делаем два поворота в каждую сторону (по 15 движений). Дышим свободно.

7. «Скрутка»

В работе участвует весь позвоночник. Работаем как по часовой стрелке, так и против нее. Изначальное положение – стоя. Уводим взгляд в сторону – за ним следом голову, шею, плечи, весь позвоночник. Таз, ноги и стопы – недвижны. Кисти на предплечьях. Колени слегка пружинят. Несколько увеличиваем усилия.

С наклоном вперед. Спина прямая, голову не вскидываем, чтобы не деформировать ось позвоночника. Ноги – шире плеч, лопатки чуть сводим, локти слегка уходят назад.

С наклоном назад. Приняли положение «мостик» и «закрутились». Сначала в одну сторону, затем – в другую.

Боковая простая. Наклонились вправо и «закрутились» вправо. Аналогично делаем левую скрутку. Взгляд идет снизу назад.

Боковая обратная. Наклонились вправо, а «закрутились» влево. Взгляд скользит к потолку и дальше назад.

Упражнение «Мышечная гимнастика»

Инструкция терапевта:

Как при напряжении, так и при расслаблении мышц должно сохраняться глубокое брюшное дыхание.

1. Лицо: поднимите брови максимально и держите их в этом состоянии до полного изнеможения соответствующих мышц, остальные мышцы свободны. Далее сильно зажмурьте глаза, затем расслабьте мышцы.

2. Рот: улыбка до ушей (время здесь и далее определяется полным изнурением мышц), губы «целуют», нижняя челюсть максимально «брошена» вниз, циклы «напряжение – расслабление» делаются последовательно по каждому заданию.

3. Плечи: дотянитесь плечом до мочки уха, голова не наклоняется. Расслабьтесь. То же самое – со вторым плечом. Появилось ощущение тяжести в плечах, плечи становятся все тяжелее.

4. Руки: обе кисти крепко сожмите в кулаки. Задержитесь в таком положении. Расслабьтесь. Должны появиться теплота и покалывание в пальцах.

5. Бедра и живот: сидя на стуле, поднимите ноги перед собой. Напряжение в бедрах до изнеможения. Расслабьтесь. Чтобы напрячь противоположную группу мышц, попытайтесь «зарыть» ступни в землю. Зарывайте тверже! Расслабьтесь. Расслабление чувствуется в верхней части ног, сосредоточьтесь на этом ощущении.

6. Ступни: упражнение выполняется сидя, ноги плотно стоят на полу. Поднимите пятки высоко вверх. Только пятки! Должно появиться напряжение в икрах и ступнях. Расслабьтесь. Поднимите носки. Напряжение в ступне и передней части ног. Расслабьтесь. При выполнении всего упражнения, начиная с лица, необходимо держать внимание на ощущениях в мышцах.

Следующий этап: напрягайте отдельные группы мышц, не совершая движений, а лежа, пользуясь воспоминаниями об ощущениях. Дыхание брюшное.

Упражнение «Лицевая гимнастика»

Инструкция терапевта:

Массаж глазных яблок: выбрать объект перед собой, расслабиться. Глубокое брюшное дыхание. Спустя 2 минуты после глубокого вдоха сделать резкий активный выдох, направив энергию выдоха в глаза; глазные яблоки, как от толчка, должны устремиться вперед на объект. Сделать 8-10 таких выдохов. Затем выбрать объекты справа и слева от себя, а также под ногами. Сделать по 5 движений со взглядом на каждый объект, последовательно чередуя их. Импульс движения глазных яблок начинается в брюшной полости вместе с выдохом.

Массаж губ: аналогичная процедура с активным выдохом на каждое движение.

Общий массаж лица: дыхание такое же, как в предыдущих вариантах, но на выдохе все лицо, включая нос и рот, должно искривиться в маску гнева, неприязни или страха. Сделать 10 активных движений. Туловище и шея должны оставаться расслабленными. Затем можно разрядиться криком, челюсть падает, рот открывается. Упражнение лучше проводить лежа.

Упражнение «Глазной блок»

Инструкция терапевта:

Сядьте поудобнее, плотно поставив ноги на всю ступню. Изо всех сил зажмурьтесь – так сильно, как только вы сможете, – и постарайтесь сохранить это предельное напряжение пять-шесть секунд. Затем так же старательно, с максимальным напряжением вытаращите глаза – и снова задержитесь на пять-шесть секунд в этом состоянии. Еще три-четыре раза повторите эту комбинацию – зажмуриться и вытаращиться.

А теперь отведите глазные яблоки (обратите внимание: работают только глаза, голова остается совершенно неподвижной) так далеко влево, как только вы сумеете – до появления боли в мышцах, – и максимально медленно переведите их в правое положение до предела, как будто вы следуете взглядом за молоточком невропатолога (если, конечно, вам приходилось это делать).

Затем так же медленно и напряженно верните глазные яблоки в положение налево. Это движение – слева-направо-налево – повторите десять раз.

Затем в том же режиме – крайне медленно и с максимальным усилием – подвигайте глазными яблоками снизу-вверх-вниз десять раз. А потом так же неспешно поворачивайте глазами так, чтобы в каждый момент они были максимально отведены к векам.

Будьте внимательны: вращение должно происходить плавно, по всей окружности глаза, по самым крайним точкам – вплоть до возникновения болевых ощущений – и очень медленно. Прodelайте это десять раз в направлении движения часовой стрелки и десять раз – против. И, наконец, снова пять раз повторите начальное движение: зажмурить – вытаращить глаза. После всех этих действий посидите немного с закрытыми глазами и понаблюдайте за ощущениями. Не бойтесь, если в процессе выполнения у вас возникнет легкая головная боль, тошнота, головокружение – все это скоро пройдет. Не удивляйтесь также появлению напряжения в челюстях или каких-то ощущений в горле – это хороший признак: работа с глазным сегментом прошла достаточно удачно.

Упражнение «Челюстной блок»

Инструкция терапевта:

Возьмите в зубы хорошо отшлифованную деревянную палочку, сожмите ее изо всех сил и держите так, как будто от этого зависит вся ваша жизнь.

Теперь разбейтесь на пары. Один участник скручивает полотенце в жгут и берет его за оба конца. Второй зажимает зубами середину полотенца и делает вид, что он – большая и злобная собака, у которой пытаются отнять ее собственность. Каждый из вас старается отнять полотенце у другого; «собака» может при этом всласть рычать.

Упражнение «Горловой блок»

Инструкция терапевта:

Попробуйте по собственной воле закашляться – изо всех сил, надсадно, – и кашляйте так пару минут, постепенно переходя к рыданиям – глубинным, отчаянным, во весь голос, таким, какие можно услышать у маленьких детей или в деревне на похоронах. А через несколько минут постарайтесь перейти от рыданий к громкому, почти истерическому хохоту; похохотав же три-четыре минуты, закончите упражнение трубным ревом разъяренного слона. Далее «гоняйте» свой голос от кашля к хохоту, рыданиям и обратно в любых комбинациях.

Упражнение «Грудной блок»

Инструкция терапевта:

Подойдите к стене и упритесь в нее руками. Подыщите такое положение тела, как будто вы твердо намерены эту стену сдвинуть исключительно усилиями своих рук и корпуса. Затем начните постепенно наращивать давление ладоней на стену. Давите изо всех сил – так, как будто вас похитили и заперли и теперь ваша жизнь зависит только от того, удастся ли вам разрушить эту стену и выйти на свободу. Когда вы дойдете до точки, за которой, кажется, никаких сил уже не осталось – усильте напряжение еще немного. А потом еще немного. И еще чуть-чуть.

Сбросьте разом все напряжение. Отдохните. Предпримите восемьдесят попыток.

Другой вариант: после точки запредельного напряжения попробуйте не сбрасывать напряжение сразу, а отпускать его так же постепенно, как вы его наращивали.

Упражнение «Диафрагмальный и брюшной блоки»

Инструкция терапевта:

Разбейтесь на группы по три человека.

Один из вас укладывается на пол. Он должен заранее быть готов к одному ограничению: не слишком сильно размахивать руками, даже если в ближайшие пять минут ему этого нестерпимо захочется. Остальные

усаживаются вокруг него и начинают щипать и щекотать его в области от подмышек до подвздошных костей. Это продолжается не менее пяти минут, пока «испытываемый» лежит на спине, и столько же, когда он ложится на живот.

Поменяйтесь ролями.

Упражнение «Полюбим собственные ягодичы»

Инструкция терапевта:

Лягте на спину и поставьте согнутые в коленях ноги на пол. В течение пяти (для энтузиастов – десяти) минут вы будете изо всех сил «стучать» тазом по полу – так быстро и сильно, чтобы вспотеть уже через десять секунд работы. Чем выше вы будете поднимать таз, готовясь к удару, тем лучше.

Упражнение «Положение в пространстве»

Инструкция терапевта:

Заморозьте ту позу, в которой вы находитесь, то есть сидите так, как вы сидите, ничего не изменяя. Обратите внимание на то, как именно вы сидите, как держите руки. Через минуту найдите точки, где происходит соприкосновение двух частей тела, или места, где тело соприкасается с чем-то внешним. Например, рука и подбородок. Дайте своему сознанию войти в руку, затем в подбородок. Попробуйте провести между ними беседу.

Упражнение «Обострение ощущений»

Инструкция терапевта:

Сосредоточьте внимание на своих телесных ощущениях в целом. Дайте вниманию возможность блуждать по различным частям тела, «пройдитесь» по всему телу. Какие части вы чувствуете? Отметьте боли и зажимы, которых вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Не старайтесь их уменьшить, пускай сохраняются. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущение кожи. Чувствуете ли вы свое тело, связь головы с туловищем, ваши конечности? Полностью ли вы осознаете себя? Какие «белые пятна», «пустоты» отмечаете в своем теле?

Упражнение «Огонь – лед»

Упражнение включает в себя попеременное напряжение и расслабление всего тела. Участники стоят в кругу. По команде ведущего «Огонь» участники начинают интенсивные движения всем телом. Плавность и степень напряжения каждый участник выбирает произвольно. По команде «Лед» участники застывают в позе, в которой их застигла команда, напрягая до предела все тело. Ведущий несколько раз чередует

обе команды, произвольно меняя продолжительность выполнения той и другой.

Упражнение «Насос и надувная кукла»

Участники разбиваются на пары. Один изображает надувную куклу, из которой выпущен воздух, он лежит совершенно расслабленно на полу. Второй накачивает куклу воздухом с помощью насоса: ритмично наклоняясь вперед, произносит звук «с-с-с» на выдохе. Кукла постепенно наполняется воздухом, ее части распрямляются, выравниваются. Наконец, кукла надута. Продолжать качать в нее воздух опасно – кукла напрягается, деревенеет, может лопнуть. Накачку необходимо вовремя закончить. Время окончания накачки второй участник определяет по напряжению тела куклы. После этого насос отсоединяют, и кукла сдувается: воздух постепенно выходит, кукла опадает. Это прекрасное упражнение на расслабление-напряжение, а также на парное взаимодействие.

Упражнение «Тарабарщина»

10-15 минут все участники разговаривают на несуществующем языке, как можно шире раскрывая рот. Потом они ложатся на спину и прислушиваются к телесным ощущениям.

Упражнение «Контрастное напряжение»

При выполнении этого и следующего упражнений участников необходимо предупредить, что если у кого-то из них были физические травмы, переломы, пострадавшие участки тела должны работать в щадящем режиме, в этом случае усиливать напряжение следует в воображении.

Инструкция терапевта:

Напрягите правую руку. Почувствуйте, как она становится тяжелой, как будто в нее перемещается центр тяжести вашего тела. Усиливайте напряжение, утрируйте его, доводя до предела. Сбросьте напряжение. Прделайте то же самое с левой рукой. Напрягите плечи. Если чувствуете, что вам это не удастся, немного надавите пальцами на плечи, почувствуйте напряжение. Усиьте его, доводя до предела. Сбросьте. Напрягите заднюю часть шеи... Всю спину... Поясницу... Обе ноги... Правую ногу... Левую ногу... Низ живота... Верх живота. Что происходит с вашим дыханием? Оно становится поверхностным, нижняя часть легких не заполняется. Сбросьте напряжение. Напрягите грудь. Обратите внимание на дыхание. Сбросьте напряжение. Напрягите все тело целиком. Расслабьте. Напрягите, расслабьте.

Упражнение «Перекал напряжения»

Инструкция терапевта:

Напрягите до предела правую руку. Постепенно расслабляя ее, переведите напряжение выше в плечо (как будто туда перемещается центр тяжести вашего тела)... в оба плеча.

Доведите напряжение в плечах до предела. Постепенно освобождая плечи, переведите напряжение в левую руку (переместите в нее центр тяжести тела). Постепенно расслабляя левую руку, переведите напряжение вверх через левое плечо в заднюю часть шеи. Доведя напряжение в шее до предела, переведите его в верхнюю часть спины в области лопаток... ниже... в поясницу... в область таза... в правую ногу... из правой ноги через поясницу в левую ногу... из левой ноги вверх в нижнюю часть живота... в верхнюю часть живота... в грудь... в правую руку. Сбросьте напряжение.

Упражнение «Ртуть»

Инструкция терапевта:

Представьте себе, что ваше тело – старый, застоявшийся механизм. Он сломан, он просто нуждается в смазке. Сейчас у вас есть возможность хорошо разработать все части вашего тела, все суставы. В указательный палец правой руки вам введут волшебное смазочное вещество, одной капли которого достаточно, чтобы привести механизм вашего тела в работу. Перегоняя это вещество из одной части тела в другую, не упустите ни одного отдела. Закройте глаза. Начинайте работу. Не торопитесь. Промазав одну часть (например, руки), проверьте, как она работает (вся рука в целом, отдельно пальцы). Работу можно считать оконченной, когда все тело будет смазанным, разогретым.

Упражнение «Диалог с напряженной частью тела»

Инструкция терапевта:

Закройте глаза. Мысленным взором пройдите по всему телу, отмечая напряженные и расслабленные участки. Сосредоточьтесь на наиболее напряженной части тела (может быть, этот зажим вы ощущаете всегда; может быть – в трудных ситуациях; может быть, вы осознали его, делая одно из предыдущих упражнений). Почувствуйте эту часть тела, будьте внимательны к любым ощущениям. Ничего не придумывайте, не мешайте образам свободно возникать (зрительным, слуховым, кинестетическим). Что за образы появляются, когда вы сосредотачиваете внимание на своем зажиме? Если это зрительный образ, рассмотрите его внимательнее. Что это (или кто это)? Какого он цвета? Это что-то теплое или холодное? Приблизьтесь к нему. Спросите, чего он от вас хочет.

Обратитесь к своей памяти, попытайтесь вспомнить моменты жизни, когда вы чувствовали себя абсолютно счастливым. Что происходит с

образом? Пропустите через все тело ощущение абсолютного благополучия, особенно направляя его на проблемные участки тела. Что происходит? Представьте и почувствуйте, как все болезни и недомогания исчезают под воздействием сил, идущих от ощущения полного телесного благополучия.

Упражнение «Покачиваем ногами»

Работа в парах. Один лежит на спине, поднимает ноги и держит их так 15 минут (что очень трудно). Можно чуть-чуть покачивать ногами из стороны в сторону. Партнер подбадривает лежащего. Затем они меняются.

Упражнение «Бежим»

Работа в парах. Один лежит на спине, ноги согнуты в коленях, стопы стоят на полу. Лежащий «бежит» 15 минут. Партнер подбадривает лежащего. Затем они меняются.

Быстрая часть

В той же последовательности, что и разминка, работа с блоками в быстрых, достаточно простых ритмических движениях.

Упражнение «Части и целое»

Инструкция терапевта:

1. Движение частей тела

Все тело пребывает в полном покое, и лишь кисть одной руки ритмически двигается. Вы не напряжены, движется только кисть. Двигайте по отдельности всеми частями тела: предплечьями, плечами, бедрами и т. д. Вам следует научиться такой степени владения телом, чтобы мог двигаться даже один палец, даже одна фаланга.

2. Комбинации частей тела

Сочетайте движение частей тела в произвольной форме. Например: двигается левая кисть и правая стопа, голова и два пальца на правой руке, пальцы обеих ног и левое плечо. Это поначалу довольно сложно, но достижимо – и приводит к удивительному уровню осознанного управления телом.

Упражнение «Брейк»

В упражнении используются элементы брейк-аэробики.

1. И. п. (исходное положение) – стоя, ноги на ширине плеч, руки на талии. Наклоны головы вправо-влево.

2. И. п. – то же. Движения головой вправо-влево (как в восточных танцах). Внимание на области шеи: именно за счет сокращения мышц шеи голова движется в непривычном направлении. 8-16 раз.

3. И. п. – то же. Потянитесь носом вперед, вытягивая шею, округляя спину, но не наклоняя при этом голову; вернитесь в и. п. Потянитесь, слегка прогибаясь, затылком назад; и. п. 8 раз.

4. И. п. – о. с. (основная стойка, как в пункте 1). Поднимание и опускание плеч. Добивайтесь большой амплитуды движений. 8 раз.

5. То же, поднимать и опускать плечи, выводя правое вперед, а левое отводя назад. По 8 раз каждым плечом.

6. И. п. – стойка ноги врозь, левая рука внизу, правая на голове. Поднимите плечи вверх так, чтобы казалось, будто ваша голова «вошла» в плечи (шея укорачивается, и вы становитесь меньше ростом). Теперь снимите правую руку с головы, «надавите» пальцами на правое плечо, опуская его вниз, затем на левое. 8 раз.

7. И. п. – широкая стойка ноги врозь. 1–2 – наклон влево, приседая на двух ногах, левая рука вверх (слегка округлена), правая обхватывает туловище; 3–4 – держать. То же в другую сторону. По 4 раза в каждую сторону.

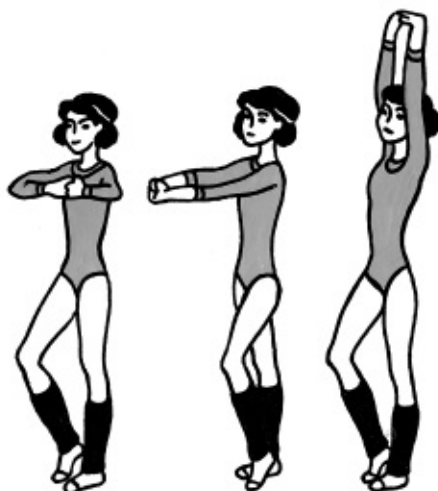
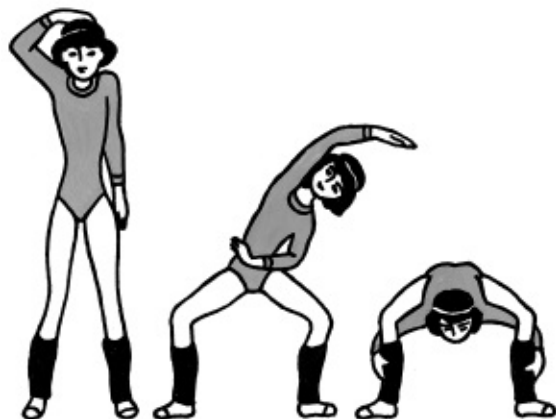


Рис. 4.25

8. И. п. – широкая стойка ноги врозь, руки вверх. 1 – наклоны вперед прогнувшись (спина параллельна полу, прямая); 2 – наклон вперед, касаясь руками пола. 8 раз.

9. И. п. – глубокий присед в широкой стойке ноги врозь. Наклониться вперед, обхватить руками голени. Пружинить 8 раз.

10. И. п. – стойка ноги врозь, руки согнуты, локти вперед. 1–2 – поворот туловища направо, локти в стороны; 3–4 – и. п. То же в другую сторону. По 8 раз в каждую сторону.

11. И. п. – стойка на левой, правая согнута, опора на полупальцы левой ноги, руки согнуты перед грудью, пальцы соединены в замок. 1 – перекатом через стопу встать на правую, левая согнута с опорой на полупальцы, руки вперед; 2 – и. п.; 3–4 – то же, что 1–2, но руки выпрямляются вверх. 16 раз (рис. 4.25).

12. И. п. – о. с. 1 – слегка сгибая ноги, шаг правой в сторону на всю стопу; и – как бы отталкиваясь правой стопой от пола, приставить правую к левой; 3–4 – то же с левой ноги. По 16 раз с каждой ноги.

13. И. п. – руки в стороны, ноги на ширине плеч, стопы параллельны. Согните пальцы левой руки (большой палец прижат к ладони). Движение должно начинаться с первых фаланг пальцев и выполняться последовательно, пальцы как бы скручиваются в кулак. Не разгибая пальцев, опустите кисть вниз. Теперь согните руку в локтевом суставе, предплечье опущено вниз. В следующий момент разогните пальцы, опуская локоть вниз, поднимая вверх левое плечо. Рука как бы «выталкивает» плечо вверх. Опуская левое плечо, поднимите вверх правое, слегка округляя локоть. Опуская правое плечо вниз, передайте волновой импульс через локоть, кисть, пальцы правой руки: локоть поднимайте вверх, предплечье при этом опущено вниз, опуская локоть вниз, отстающим движением кисти разогните пальцы и закончите «волну». Аналогичным образом «волна» перекачивается с правой руки на левую.

«Волна» с сильным сгибанием-разгибанием в суставах – это собственно волна, при движении с небольшой амплитудой – полуволна.

Соединить движения 12 и 13. И. п. – о. с, руки в стороны. 1–2 – шаг правой в сторону, волна правой рукой от кончиков пальцев к плечу; 3–4 – приставляя правую к левой, волна правой рукой от кончиков пальцев к плечу; 5–6 – шаг левой в сторону, волна левой рукой от плеча к кончикам пальцев; 7–8 – приставляя левую к правой, волна левой рукой от кончиков пальцев к плечу. 16 раз.

14. И. п. – широкая стойка ноги врозь, полуприсед, колени в стороны, стопы наружу, руки в стороны предплечьями вверх, кисти от себя. 1 – сохраняя полуприсед, предплечья перевести в положение вниз перпендикулярно полу, кисти рук от себя; 2 – вернуть руки в и. п.; 3–4 – повторить 1–2. 5 – то же, что 1, но вниз опустить только правую руку

(положение то же); 6 – то же, что 1, но левой рукой; 7 – то же, что 2, но правой рукой; 8 – то же, что 2, но левой.

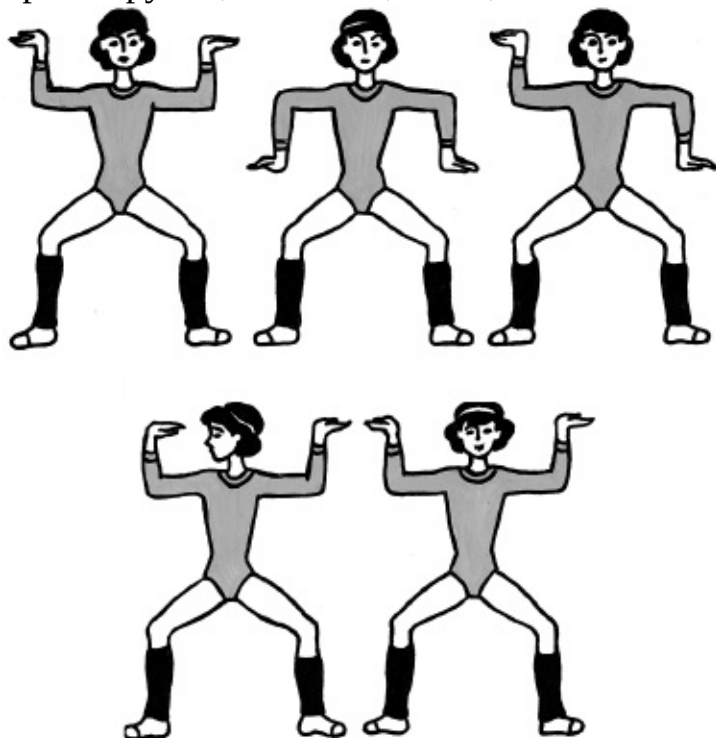


Рис. 4.26.

15. И. п. – то же. 1 – поворот головы направо, повернуть кисть правой руки пальцами к себе; 2 – голова прямо, повернуть пальцы рук от себя; 3–4 – повторить 1–2; 5–8 – то же, в левую сторону. По 4 раза (рис. 4.26).

16. Шаги в стиле «робот». И. п. – о. с. Резко согните правую ногу с одновременной постановкой ее на полупальцы. Правую ногу, согнутую в колене, вперед, стопа параллельно полу; шаг правой вперед с постановкой на всю стопу. Переноса тяжесть тела на правую, левую согнуть с одновременным подъемом на полупальцы; согнутую левую вперед, шаг левой вперед с постановкой на всю стопу. Продолжайте движение (рис. 4.27).

17. «Лунная походка». Представьте себе, что законы гравитации на вас не действуют. Вы скользите по паркету легко, непринужденно.левой ногой выполните скольжение назад: сначала всей стопой, затем, постепенно отрывая пятку от пола, скользите полупальцами по полу и приставляйте левую ногу к правой. Затем медленно, с сопротивлением, левая нога опускается на всю стопу, а правая нога скользит назад. Главное – скоординировать и совместить два последних движения.

Для выполнения шагов с продвижением назад следует придвигать стопу не к носку опорной ноги, а к пятке.

А теперь – скользящие шаги вперед. Сначала всей стопой, затем, постепенно отрывая пятку от пола, делаете шаг правой ногой вперед с остановкой на полупальцах опорной – правой ноги; опускаясь с сопротивлением на всю стопу, скользящий шаг левой ногой вперед.

Разучив шаги на месте, с продвижением вперед-назад, соедините их в любой последовательности.

18. И. п. – стопы вместе, правая рука согнута перед грудью. Поверните голову направо, туловище при этом прямо, правая нога скользящим движением по полу назад поднимается на полупальцы, таз прямо, плечи выполняют поворот направо, согните левую руку. Переноса тяжесть тела на правую ногу, правое бедро разверните (колени наружу), затем левое бедро присоедините к правому, плечи продолжают поворот направо; опускаясь на всю стопу правой, затем левой ноги, выпрямите колени и левую руку, поворот закончен. Выполните последовательно несколько поворотов.

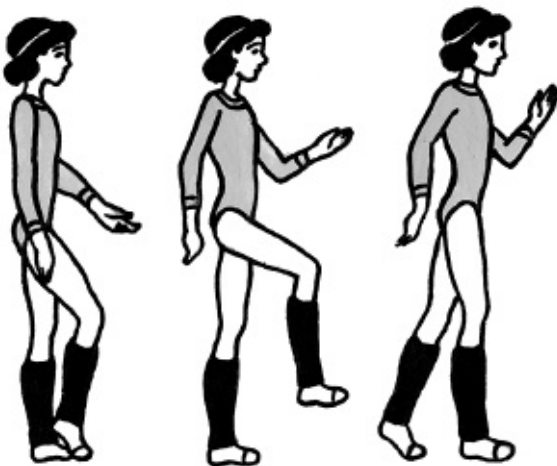


Рис. 4.27.

19. Скачок на правую ногу (правая нога ставится крест-накрест перед левой), перескок на левую. Повторите несколько раз, затем то же с другой ноги.

Скачок на правую ногу (крест-накрест перед левой), скачок на левую, скачок на правую в сторону, скачок на левую (крест-накрест перед правой), скачок левой в сторону. Соедините эти движения.

20. И. п. – 1 – шаг правой вперед (колени согнуто), левая выпрямлена, левая рука согнута в сторону – вперед; 2 – шаг левой вперед (колени согнуто), правая выпрямлена, левую руку вниз, правую согнуть в сторону – вперед; 3 – шаг правой назад (колени согнуто), левая выпрямлена, правую руку вниз, левую согнуть; 4 – шаг левой назад (колени согнуто), колени правой ноги выпрямлено, правая рука согнута, левая вниз. Упражнение выполняется с небольшим движением таза вправо – шаг вперед, шаг назад

– таз влево и наоборот. 16 раз.

21. И. п. – о. с. И – небольшой полуприсед на левой, правая стопа отрывается от пола; 1 – выпрямляя левую ногу, шаг правой в сторону; и – небольшой полуприсед на правой ноге, стопа левой ноги приподнята над полом; 2 – приставить левую к правой, выпрямить правую ногу; 3–4 – то же влево. 16 раз.

22. И. п. – стойка ноги вместе, руки к плечам. 1 – полуприсед с небольшим поворотом туловища налево (правое плечо вперед), рывком руки переносятся назад; 2 – вернуться в и. п.; 3–4 – то же с поворотом туловища направо. 16 раз.

23. И. п. – о. с. И – мах согнутой левой ногой вперед, согнуть левую руку; 1 – опустить левую ногу носком на пол, левую руку вниз; и – вновь мах левой ноги вперед; 2 – приставить левую ногу к правой; 3–4 – то же с другой ноги. 16 раз.

24. И. п. – ноги вместе, руки перед грудью, пальцы соединены в «замок». 1 – мах левой согнутой ногой в сторону, небольшой наклон вперед, руки вниз; 2 – и. п.; 3 – мах согнутой правой ногой в сторону (колени вниз), стараться носком коснуться локтя; 4 – и. п.; 5–8 – то же с другой ноги. 32 раза (рис. 4.28).

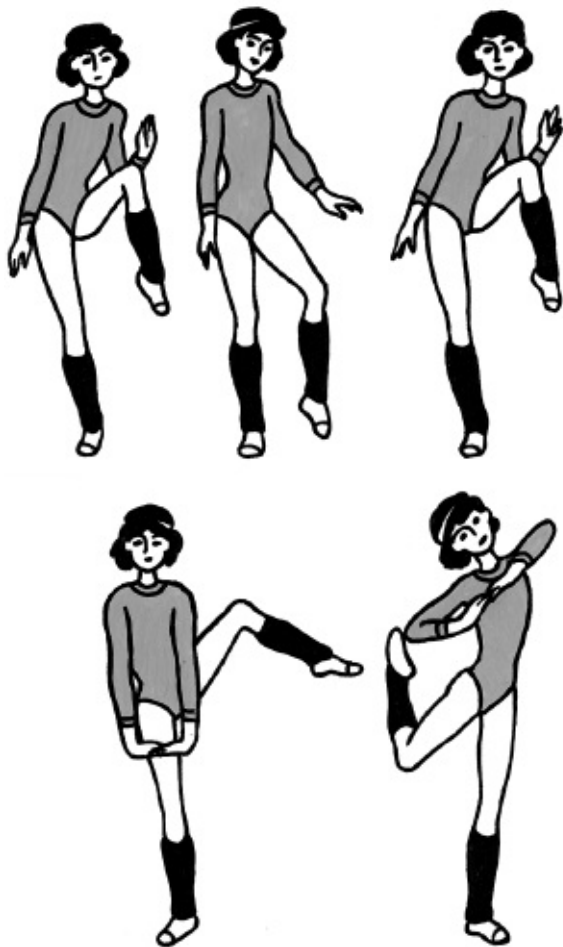


Рис. 4.28.

25. Подскоки на двух ногах, постепенно приседая и вставая, колени то вправо, то влево. 16 раз.

26. И. п. – о. с. 1. – скачок на левой, правую согнуть вперед; 2 – скачок на левой, правую согнуть назад (колени внутрь); 3–4 – то же с другой ноги. 16 раз.



Рис. 4.29.

27. И. п. – о. с. 1 – скачок на левой, правую вперед – в сторону – вниз, руки в стороны, небольшой наклон вправо; 2 – скачок на левой, правую согнуть, колено у колена опорной, правую руку назад, левую согнуть перед грудью; 3–4 – то же с другой ноги. 16 раз.

28. И. п. – о. с, руки в стороны. Скачки с поворотами коленей вправо-влево. 16 раз.

29. То же, что упражнение 28, но стойка ноги врозь. 16 раз.

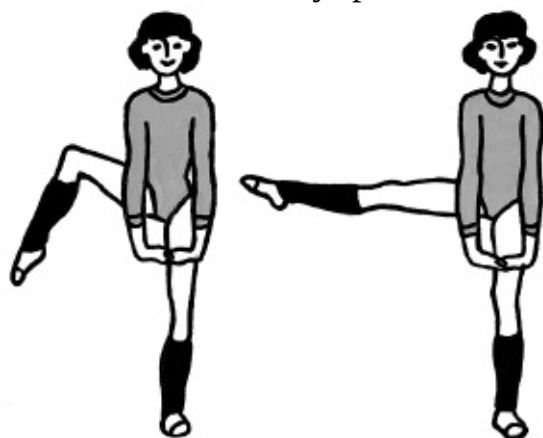


Рис. 4.30.

30. Бег высоко поднимая колени. 32 раза.

31. И. п. – о. с. 1 – подняться на полупальцы правой ноги, левую ногу вперед, руки влево; 2 – небольшой полуприсед на двух, руки вниз; 3 –

подняться на полупальцы, руки согнуты перед грудью, локти вниз; 4 – небольшой полуприсед на двух, руки вниз; 5–8 – то же с другой ноги. 16 раз (рис. 4.29).

32. И. п. – о. с. Махи в стороны: 8 раз согнутой правой ногой, 8 раз прямой правой. То же левой ногой (рис. 4.30).

33. Волна вперед-сверху. Небольшой наклон туловища вперед с прогнутой спиной, голова слегка наклонена вперед. Поднимите голову, прогнитесь в грудном отделе позвоночника, сводя при этом лопатки, затем прогнитесь в поясничном отделе, после чего в движение последовательно включайте таз и колени.

Заключительная часть

Упражнение «Напряженные позы»

Высвобождение мышечного напряжения через дрожь и произвольные движения.

Инструкция терапевта:

Обратное кольцо: лягте на ковер. Согните колени и расставьте ноги на расстояние 30 см. Прогните спину, притягивая туловище к лодыжкам руками. Только макушка, плечи и ступни касаются пола. Положите кулаки под пятки, колени выдвигаются вперед. Глубокое дыхание, максимально расслабьте ягодичы. Таз начинает дрожать. Для усиления ощущения качните таз вверх-вниз несколько раз.

Прогиб назад с опорой: наклонитесь назад и для баланса слегка обопритесь руками на стоящий позади стул, разведите колени. Дышите глубоко, покачайтесь на пятках. Через 2–3 мин таз начнет двигаться вверх и вниз. Упражнение необходимо для снятия напряжения тазовых мышц.

Стойка на одной ноге: стойте на одной ноге до полного утомления мышц, до изнеможения. Внимание можно сосредоточить на любом воображаемом объекте, например, совершите весь путь из дома на работу, вспоминая возникавшие по пути мысли и чувства. Это отвлечение удлиняет процесс. В таком состоянии мышцы не могут сдерживать напряжения, происходит их ослабление, что ощущается как вибрация мышц.

Падение: падать необходимо на спортивный мат. Встаньте перед матом, закройте глаза и резко расслабьте все мышцы. В следующий раз это можно проделать с открытыми глазами. Упражнение полезно для тех, кто имеет навык расслабления. После падения – перевернуться на спину и полежать 2–3 мин в расслабленном состоянии.

Упражнение «Оживление тела»

Хронические мышечные напряжения снимаются благодаря освобождению сознания.

Первый этап: расслабив мышцы, участники лежат на полу, дыхание глубокое, на «внутреннем экране» – черное ночное небо без звезд и просветов, полная темнота. С каждым вдохом чернота и холод ночи втягиваются в легкие, а с выдохом распространяются по телу, начиная с ног (холод доходит до щиколоток, колен, паха и т. д.).

Критерием правильности выполнения упражнения является дрожь, которую можно ощутить, если слегка прикоснуться к телу в любом месте. Терапевт должен следить за тем, чтобы мелкая дрожь не превратилась в сильный озноб: в этом случае участнику нужно перейти к выполнению следующего этапа.

Второй этап: черное небо на «внутреннем экране» начинает светлеть. Участникам говорят, что начинается рассвет. Чем светлее и голубее небо, тем больше тепла втягивается в легкие с воздухом и распространяется по телу, начиная с пальцев ног. Тело согревается, при этом наступает полное расслабление, теплота и легкость (или, наоборот, тяжесть – это индивидуальные проявления расслабления) в мышцах. Участник, выполнивший упражнение успешно, может уснуть.

Упражнение «Разматывание клубка»

Участники садятся на корточки, обхватывают колени руками, голова утыкается в колени.

Инструкция терапевта:

Вы – клубок ниток, вас разматывают, кто-то тянет за нить и заставляет кувыряться вперед и назад и в стороны, с разной скоростью и в различных направлениях. Клубок становится все меньше и меньше (перекаты и кувырки не менее 3 мин), пока не разматывается в нить: вы лежите на спине. Эта нить состоит из двух волокон (правая половина тела – одно волокно, левая – другое). Кто-то дергает за волокна, туда и обратно. Импульс движения задают ноги, колени прямые. Две половины тела как бы сдвигаются относительно друг друга (3–5 мин). Естественное после кувырков головокружение и напряжение мышц в первой и второй фазах упражнения ведут к глубокому бессознательному расслаблению после прекращения движений.

Упражнение «Марионетки»

Участникам предлагают вообразить, что они – куклы-марионетки, которые после выступления висят на гвоздиках в шкафу.

Инструкция терапевта:

Представьте себе, что вас подвесили за руку, за палец, за шею, за ухо, за плечо и т. д. Ваше тело фиксированно в одной точке, все остальное расслабленно болтается. Упражнение выполняется в произвольном темпе,

можно закрыть глаза.

Техника 8. Структурная интеграция

Внутренние конфликты и конфликты со средой отражает не только психика человека, но и его тело. Личность страдает от конфликтов между рациональным разумом и животной природой, между стремлением к доминированию и потребностью в подчинении. Эти конфликты коренятся в человеческой природе. Они делают человека податливым к болезням, но, с другой стороны, являются источником творчества и основой духовности.

Нарушения взаимодействия мыслей, действий и чувств отражаются в определенных участках тела:

- конфликт между мыслями и действиями – между головой и позвоночником, в задней части шеи. Это наиболее ранний блок, приобретаемый человеком во внутриутробной жизни, при родах и в первые дни и недели жизни;
- конфликт между мыслями и эмоциями – между головой и туловищем, в области горла. Этот блок формируется, когда «оральные проблемы сдавливают горло»;
- конфликт между чувствами и действиями, между действиями и дыханием – между позвоночником и внутренними органами, в области диафрагмы. Это более поздний блок, он соответствует анальному и генитальному подавлению.

Тело может многое рассказать о пути жизни человека, о том, с какими преградами он встретился, о тех «войнах», в которых он победил или проиграл, о приобретенном опыте, о конфликтах и вызовах судьбы, которые этот опыт формировали, а также о выводах, сделанных на основе пережитого.

В терапевтической работе важно понимать, что эмоции могут наслаиваться одна на другую: ту, которую проще выразить, можно использовать, чтобы спрятать другую эмоцию, которую выразить трудно или невозможно. Так, гнев часто прячет страх, страх может скрывать гнев, а печаль – гнев или удовольствие. Терапевтическим принципом в данном случае будет выявление более глубокой эмоции. При этом необходимо создать условия для безопасного отреагирования выявленной эмоции, иначе процедура может оказаться в лучшем случае нетерапевтической, а в худшем – разрушительной.

Помимо экспрессивных движений, важным каналом для выявления эмоций является голос. При работе с голосом важно помнить о взаимосвязи между мышечным тонусом и голосом человека. Высвобождение голоса связано с изменением мышечного тонуса. Звучание способствует

заземлению.

Задача любой терапевтической работы – интеграция. Понятие интеграции ввел в обиход Карл Густав Юнг (Юнг, 1993). Он понимал под интеграцией следующее:

- а) осознание конфликта между частями психики;
- б) признание равной значимости конфликтующих сторон.

Смысл интеграции заключается в том, чтобы принять ту часть психики, которая вытеснялась, подавлялась и отвергалась. На языке классического психоанализа интеграция означает принятие и осознание того материала, который был изгнан из сферы Эго в бессознательное при помощи защитных механизмов (подавление, вытеснение).

Структурная динамика позволяет понять феномен расщепления – это серьезное телесное нарушение, которое соответствует выраженным расстройствам психики. Представление о расщеплении не является новой идеей: некоторые люди как бы содержат несколько субличностей. При этом расщепление представлено в теле в такой же степени, в какой оно проявляется в психологии человека. Такая диссоциация возможна, так как тело человека разделено на три главных отдела: голову, грудную клетку и таз. Расщепление наступает тогда, когда нарушается единение между ними. Есть много людей, у которых голова не соединена с сердцем, а сердце – с гениталиями. Во всех этих случаях можно найти соответствующее напряжение в мышцах шеи и талии, ограничивающее протекание возбуждения между участками тела.

Выделяют несколько категорий событий и процессов, которые приводят к потере контакта с собственным телом (см. раздел 4.1. настоящей главы).

Существенное влияние на отношения человека с собственным телом оказывает также то, как общество справляется с противоречиями между культурой и природой. Расщепление в обществе, перенесенное на семейную территорию, становится войной между мужем и женой, родителями и детьми. В этой ситуации ребенок часто разделяется на две части. Пока конфликт не слишком острый, а обе его стороны слишком сильны, ребенок может сохранять определенную интеграцию с помощью напряжения мышц. Появляющаяся «жесткость» обычно охватывает шею и талию. В большинстве случаев это напряжение не является столь ярким, чтобы стать медицинской проблемой, хотя может вызывать нарушения, которые со временем потребуют медицинского вмешательства. Снижение гибкости в шее может привести к артрозу межпозвонковых суставов и вызывать боль при поворотах головы. Подобное напряжение в талии

отражается на состоянии поясничных позвонков, что порождает пояснично-крестцовые боли, раздражение нервных корешков, а также выпадение дисков. Важно понять, что эта жесткость является защитной реакцией. Человек говорит языком тела: «Нет, вам не удастся меня сломать или расщепить». К сожалению, жесткость появляется после того, как ребенок уже в полной степени ощутил расщепление. Жесткость действует как шина, которая предотвращает перерождение небольшой трещины в перелом.

Ниже представлена «карта» значений, отражающая соответствие определенных частей тела и его аспектов психическим феноменам (<http://www.temenos.ru>). Наиболее важное значение тут имеют следующие полярности: левый-правый, передний-задний, верхний-нижний, голова-тело, конечности-туловище. Каждому полюсу соответствует определенный аспект психической жизни. Когда появляются блоки, создающие определенные границы между этими аспектами, это приводит к доминированию одного полюса над другим и порождает определенные стереотипы в поведении, которые ограничивают рост и развитие.

Правый и левый . Правая сторона тела мужская, активная, действенная, рациональная, внешняя, контролирующая; характеризуется настойчивостью, авторитарностью, серьезностью и агрессивностью; диктует отцовские поступки, отвечает за деловые качества, является взрослой половиной; энергия янь.

Левая сторона женская, пассивная, восприимчивая, эмоциональная, духовная, артистичная, игривая; осуществляет связь с самим собой, обеспечивает целостность восприятия; диктует материнские поступки: забота, созидание; энергия инь.

Наличие жесткой границы между правым и левым можно рассматривать как признак конфликта между:

действием и существованием;
мужским (внешним) и женским (внутренним);
«внутренним мужем» и «внутренней женой»;
собой и другими.

Передний и задний . Перед – видимый, явный, выставляемый напоказ, ухоженный, представительный, артистичный, а также уязвимый. Это то, что мы видим, с чем знакомы. Спина – невидимая неявная, скрываемая; темная сторона, бессознательное; панцирь, защита, стойкость. Ее свойства: сдерживание, отступление, принуждение.

Наличие жесткой границы между передним и задним аспектами можно рассматривать как признак конфликта между:

сознательным и бессознательным;
видимым и невидимым;
ядром и скорлупой.

Неприятие темных, нежелательных сторон личности (то есть аспектов, связанных со спиной) приводит к разрыву между передним и задним полюсами, в результате чего человек неспособен принять самого себя. Закрывая глаза на свои отрицательные стороны, отбрасывая нежелательное, человек создает условия для возникновения боли в спине; поскольку он не разрешает свои проблемы, он может просто рухнуть под их грузом.

Верхний и нижний . Верхняя часть тела – видимая, демонстрируемая, то, что находится «над столом». Ее свойства: поддержка, действие; контакт, общение; речь, слух, зрение; стремление, легкость; мышление, наблюдение, экспрессия.

Нижняя часть тела – фундамент – то, что находится «под столом». Опора, устойчивость, равновесие, контакт с землей, «ствол и корни»; скрытая, личная, интимная, сексуальная. С ней связаны: движение, ходьба, осанка, а также перемены.

Наличие жесткой границы между верхней и нижней частями тела можно рассматривать как признак конфликта между:

тем, что «над столом», и тем, что «под столом»;
небесами и землей;
общественным и личным.

Гармоничный человек чувствует себя одинаково хорошо в обеих сферах: он свободно переходит от общественного к личному и т. д. Когда человек зажат, он привязан к одному доминирующему аспекту, что создает дисбаланс и как результат – раздражение.

Голова и туловище . Голова – лидер, взрослый, верх; интеллект, логика, идеи, фантазии; хранитель; место нахождения органов чувств: глаз, ушей, рта и носа. Лицо – открытое, видимое, доступное для восприятия; маска, социальное, конфликт; выразительность, уязвимость; связь с рождением; небеса.

Туловище – эмоции, личное; чувства, интуиция, инстинкт, импульс; материальная реальность, конкретная форма, связь с землей, опора, ощущение удобства-неудобства; движение; страсть, желание; ребенок, старик.

Наличие жесткой границы между головой и туловищем можно рассматривать как признак конфликта между:

небесами и землей;
правителем и подданным;

интеллектом и чувством;
разумом и импульсом.

Нарушение связи между головой и туловищем, то есть между интеллектом, с одной стороны, и страстями и физическими ощущениями, с другой, – встречаются чаще всего.

Отношение к телу как к чему-то грешному и нечистому складывалось веками, и потому в каждом человеке так глубоко сидит страх перед страстями и желаниями. Этот страх лишает человека радости и нарушает гармонию – как внешнюю, так и внутреннюю. Наиболее частый результат борьбы между головой и туловищем (разумом и страстями) – это болезнь.

Телесной границей между головой и туловищем является шея. Когда голова и туловище разделены, соединяющий их мост занимают «пограничники», которые поддерживают статус-кво. Прилив крови, сужение сосудов, пониженный иммунитет, повреждение суставов – вот лишь некоторые проявления конфликта между головой и туловищем. Для людей, страдающих таким конфликтом, характерны некоторые общие черты. Во-первых, это страх. Большинство из них в результате пережитых сильных травм совершенно забыли о своем теле: «из-за него у меня вечно какие-то неприятности». Эти люди часто обладают высоким интеллектом, у них строгие моральные устои, четкое понятие о том, что следует делать, а чего не следует. И наконец, им проще реагировать на грубость в обращении, чем нежность, проще переживать страдание, чем удовольствие. Привыкшие бороться со сложностями, они теряются перед простотой, нежностью и любовью. Они живут в состоянии конфликта: с одной стороны, они жаждут теплоты и нежности, с другой – они этого боятся.

Туловище и конечности. Конечности – внешняя форма, поверхность; ответственность за исполнение, управление, движение; прикосновение, фиксация, защита, забота, общение, невербальное выражение; служители и законодатели ядра.

Туловище – основа, сущность, центр, бытие; прочность, поддержка, серьезность, глубина; уязвимость, восприимчивость, чувствование, запас энергии для конечностей.

Наличие жесткой границы между конечностями и туловищем соответствует конфликту между:

краем и серединой;
действием и существованием;
движением и состоянием покоя;
действием и чувством.

Очень часто такую границу можно определить визуально. У человека с

подобным нарушением большое туловище, а конечности короткие, или наоборот. В некоторых случаях эта граница незаметна для глаза, но ее помогает выявить массаж: это напряжение мышц в верхней части рук и в плечах. Такой пациент часто не в состоянии выразить свои чувства. Когда эмоции и энергия, появившиеся в ядре, поступают во внешний мир, они останавливаются, не дойдя до конечностей. Напряжение в области этих границ может привести к сердечным нарушениям.

Голова – мышление, логика, контроль, осторожность, управление, зарождение ассоциаций, близость, видение, слух. Она контролирует то, что происходит в теле, рассчитывает баланс между чувствами и эмоциями. Это выражают фразы: «Не теряй голову. Имей голову на плечах».

Шея и горло – контроль, «брать» или «не брать» в голову, желание-нежелание; дыхание, глотание; невербальное одобрение, указание, крик, смех, голос; мост между чувствами и мыслями.

Плечи – осанка, ответственность, груз, работа; поддержка, прочность, самозащита, контроль; экспрессия, вызов; бессилие-сила, агрессия-мягкость, доверие-недоверие; ранимость.

Руки и кисти – действие; невербальное выражение; они отдают-берут, держат, бросают, наносят удар, создают, приветствуют, участвуют в игре, самозащите; передают внешнему миру свои чувства – или отказываются их выразить; это канал между внутренним и внешним миром.

Грудь – поддержание жизни, прочность; дыхание; принятие и отдача; утверждение жизни, самоутверждение, превосходство; желание жить; экспрессия, желание, любовь; честность, терпение, мягкость, доверие-недоверие; страх, неполноценность; развитие конфликтов и контроль над ними; развитие Эго; сексуальность.

Наличие блока в конечностях свидетельствует о глубоком конфликте между сильным побуждением к определенному действию и противостоящим ему внутренним запретом.

Существование блоков в руках может свидетельствовать о подавленной агрессии, о невыраженной сексуальности, о нереализованных творческих наклонностях – желании рисовать, писать, играть на музыкальных инструментах.

Напряжения в ногах часто связаны с использованием конечностей в качестве инструмента агрессии, особенно в ранние годы жизни, а также являются последствиями физических травм.

Разминка

Упражнение «Ваше положение в пространстве»

Инструкция терапевта:

Сядьте на стул, прислушайтесь к своему телу и примите такую позу, какую хотите. Замерьте в той позе, в которой вы находитесь, сидите, ничего не изменяя. Обратите внимание на то, как именно вы сидите, как держите руки. Через минуту выберите одну из точек, в которых соприкасаются две части тела (например, рука и подбородок). Дайте своему сознанию войти в одну часть, затем в другую. Попробуйте провести беседу между ними.

Упражнение «Крик»

Инструкция терапевта:

Сядьте на пол, закройте глаза; дыхание глубокое. Сосредоточьтесь на своем дыхании, ощутите течение воздуха-энергии во всем теле: как реагируют мышцы, кости, кровеносные сосуды на поступающую с глубоким дыханием энергию. Через одну-две минуты начинайте озвучивать выдох с переходом на крик – нечленораздельный, без напряжения голосовых связок. Медленно вставайте. Звук делается громче, в нем участвует все тело: помогайте себе руками, ногами, «колотите воздух». Полное звучание удерживается некоторое время, затем постепенно стихает.

Губы и мышцы нижней челюсти должны быть расслаблены. Для освобождения челюсти можно массировать ее мышцы. Крик затихает, внимание опять сосредоточено на дыхании. Медленно опуститесь на пол, лягте на спину. Теперь во время вдоха и выдоха вы будете произносить членораздельные звуки. При вдохе надо произносить «со», при выдохе – «хум». «Со хум» в переводе с санскрита означает «это я»; кроме того, эти слоги соответствуют естественному звучанию дыхания. Через две-три минуты можно заменить эти звуки «гудением» при каждом выдохе. Дыхание становится все глубже. Одна рука лежит на солнечном сплетении, другая – на животе. Внимание направлено на синхронное и плавное движение диафрагмы и живота. Надо осознать, что вдыхаемый воздух – это питание, необходимое организму. Глубокое дыхание и сосредоточение на нем продолжаются 5-10 минут. Надо ощутить насыщение тела энергией.

Упражнение «Резонанс»

Упражнение выполняется стоя, можно ходить по комнате. Необходимо сконцентрировать внимание на собственном дыхании: на движении диафрагмы, дыхательных путях. Далее нужно попробовать «родить» звук: очень осторожно озвучить выдох и ощутить вибрации в горле, груди, ротовой полости, голове. При следующем выдохе отправить звук в потолок (не надо смотреть туда, глаза могут быть полузакрыты), попробовать достичь резонанса с потолком, то есть услышать, что звук, отраженный от потолка, слился с новым «рожденным» звуком.

Следующие этапы: резонанс со стенами, полом, с мягким ковром, с

окном, с космосом. Практика показывает, что легче всего достигается резонанс с полом, поэтому можно начинать с этого, чтобы участники быстрее почувствовали эффект.

После освоения резонанса с подлинными объектами можно попробовать достичь резонанса с объектом воображаемым: животным, врагом, другом; наблюдатели могут отгадывать, что это за объект. При выполнении упражнения можно помогать себе массажем шеи: большие пальцы упираются в углы нижней челюсти, средние надавливают на шею последовательно в верхней, средней и нижней части.

Упражнение «Тропа танца, или Танец пяти движений»

Выделяется пять первичных ритмов движения, которые присутствуют во всех культурах и являются репрезентациями онтологических качеств.

Flowing – плавные, мягкие, округлые и текучие движения; движения «женской» энергии.

Stacatto – резкие, сильные и четкие движения; «мужские» движения.

Chaos – хаотические движения.

Lirical – тонкие, изящные движения, «полет бабочки» или «падающего листа».

Stillness – движение в неподвижности, наблюдение за первичными импульсами движения, «пульсирующая статуя».

Для каждого типа движений подбирается соответствующая музыка, каждая стадия длится около пяти минут. Перед началом упражнения даются инструкции, после проходит обсуждение. «Танец пяти движений» рекомендуется совершать с закрытыми глазами, полностью отдаваясь ритму, участвуя в движениях всем телом.

Эти модальности, или ритмы, движения представляют ведущие характеристики личности. Пациент или участник тренинга может не принимать какого-то типа движений. Так, достаточно часто женщины среднего возраста не принимают «мужские» – резкие и сильные – движения. «Я не такая, мне это не нравится», – говорят они. Одновременно с этим они жалуются на недостаток внимания в семье, на невозможность выражать свои чувства, на положение жертвы. В процессе работы выясняется, что именно яркое и четкое выражение своих желаний помогает им изменять ситуацию. Источник силы часто находится там, куда человеку страшно заглянуть.

Другим распространенным «черным пятном» являются хаотичные движения, что неудивительно для заключенного в рамки многочисленных личностных и социальных стереотипов современного городского жителя. Яркость и непредсказуемость хаоса пугает, и становится ясно, насколько

человек не привык и не умеет «отпускать» себя, насколько он лишает себя непосредственности и спонтанности.

После «танца пяти движений» участникам предлагают ответить на несколько вопросов: какой из ритмов был самым приятным, а какой давался труднее всего, при каком движении танец требовал больше места, при каком – ограниченного пространства и т. п. В целом это дает достаточно ясную диагностическую картину.

Предложенная техника выполняет несколько функций.

Диагностическая функция. Человек обнаруживает освоенные и неосвоенные качества и то, как это связано с его жизнью. Он может сделать осознанный выбор – освоить определенную зону своей жизни, доселе незнакомую или даже запретную.

Тестовая функция. Если проводить упражнение в начале и в конце тренинга, многие люди ясно видят степень и качество наступивших личностных изменений.

Терапевтическая функция. В сочетании с другими техниками осознания и трансформации «Тропа танца» позволяет человеку найти способы самовыражения, расширить диапазон реакций и форм взаимодействия. Кроме того, само по себе движение, к тому же наполненное личностным смыслом, оказывает положительное психофизиологическое действие.

Упражнение «Атмосфера»

Движения, речь, манера держаться, интонации, настроения, чувства и мысли человека меняются, когда он попадает в атмосферу, которая его захватывает.

Инструкция терапевта:

Закройте глаза. Представьте себе пространство вокруг вас, наполненное особой атмосферой. Представьте, что вокруг вас атмосфера радости, она заполняет всю комнату, охватывает вас... А теперь представьте, что атмосфера радости покидает комнату и на смену ей приходит атмосфера ненависти, и теперь она окружает вас со всех сторон.

Далее идет смена контрастных атмосфер, например: чуда – апатии – восторга – упрямства – благоговения – одиночества – радостного предчувствия... На каждую атмосферу дается 15–30 секунд. Оканчивать эту часть упражнения необходимо на «нейтральной» или «положительной» атмосфере.

А теперь выберите атмосферу, которая наполнит пространство вокруг вас. Она неторопливо сменяет предыдущую атмосферу и окутывает вас. Побудьте в ней. Почувствуйте себя в ней... Сделайте легкое движение в

гармонии с ней... Подвигайтесь... Какие ощущения появились в теле? Что с вашим дыханием? Какие образы возникают?

Разбейтесь на две группы. Первая группа выбирает атмосферу и погружается в нее. Не надо обсуждать, кто как будет действовать, просто почувствуйте себя в выбранной атмосфере. Начинайте движения, созвучные атмосфере. Другая группа пытается «увидеть» созданную атмосферу.

Теперь разбейтесь на три группы.

1-й этап упражнения. Первая и вторая группы (по секрету от третьей) выбирают две противоположные атмосферы и погружаются в них.

2-й этап упражнения. Участники обеих групп (вразбивку, по одному) входят в комнату, где находится третья группа, садятся, ходят, делают что-то, созвучное выбранной атмосфере. Участники третьей группы стараются «проникнуть» в атмосферы, которые приносят с собой входящие. Каждый участник третьей группы выбирает для себя одну из этих атмосфер и присоединяется к соответствующей группе.

3-й этап упражнения. Две вновь образовавшиеся группы (поскольку все участники третьей присоединились к первой или второй) постепенно отделяются друг от друга, несколько секунд наблюдают за носителями иной атмосферы, затем начинают безмолвную борьбу своих атмосфер (поскольку противоположные атмосферы не уживаются друг с другом).

Упражнение «Эмоция по кругу»

Участники по очереди «передают» друг другу эмоцию при помощи прикосновения. Существует несколько вариантов упражнения.

Вариант 1. Первый участник настраивается на передачу эмоции, затем передает ее второму. Происходит обмен впечатлениями. После этого второй участник настраивается на передачу своей эмоции и передает ее третьему. И т. д.

Вариант 2. Этот вариант напоминает детскую игру в «испорченный телефон». Первый участник настраивается на передачу эмоции, все остальные – на прием. Первый участник передает свою эмоцию второму, второй передает то, что он принял, третьему и т. д. Обсуждение происходит тогда, когда эмоция обошла весь круг.

Необходимо отметить, что результаты упражнения существенно различаются в зависимости от условий, например:

- участники сидят в кругу с открытыми глазами;
- участники сидят в кругу с закрытыми глазами;
- участники лежат «звездой» (головы во внутреннем круге);
- участники лежат «звездой» (головы во внешнем круге).

Упражнение «Психологический жест»

Что происходит в человеке, когда он впадает в отчаяние, рвет отношения, ускользает от ответственности, схватывает мысль, переживает инсайт, уходит в себя, пьянеет от счастья? Душевные, психологические движения являются источником физических жестов. Если же человек прячет, подавляет чувства, пробудить их помогает также его тело. Усиливая те или иные физические жесты и ощущения (особенно те, которые не соответствуют произносимым словам, выполняемым действиям, позам), можно добраться до чувств, которые прячутся за ними.

Инструкция терапевта:

Встаньте, руки опущены вниз, близко к телу, напряжены. Голову опустите. Прямые ноги плотно сведены. Каковы ваши ощущения? Образы? Воспоминания? Резко расслабьте руки, бросьте их вниз. Что для вас значит этот жест? Каким движением хочется его продолжить или заменить? Сделайте это. Что произошло?

Упражнение «Закрытие»

Инструкция терапевта:

Вам предлагается психологический жест – «закрытие». Ему соответствует фраза: «Я хочу остаться один».

Сделайте свой жест, соответствующий «закрытию». Какая у него окраска (покой? настойчивость? подавленность? безразличие? что-то еще?)? Я буду давать команды для изменений позы, а вы, выполняя их, прислушивайтесь к ощущениям в теле:

- слегка наклоните голову вперед;
- слегка согните правое колено;
- скрестите руки;
- поднимите скрещенные руки к подбородку;
- поднимите голову, подбородок вперед, чуть вверх;
- ладони поверните от себя;
- чуть наклоните голову в сторону, немного приподняв плечо с той же стороны;

– прислушивайтесь ко всем незначительным изменениям, происходящим в вас! Сделайте любое созвучное вам движение, соответствующее «закрытию». Закройтесь. Побудьте наедине с собой.

Упражнение «Раскрытие»

Инструкция терапевта:

Слушая и музыку, и свои ощущения, раскройтесь. Не торопитесь. В вашей груди находится центр, излучающий потоки энергии. Они устремляются в голову, руки, ноги.

Быстрая часть

В упражнении этой части используются элементы диско-гимнастики. Движения рук и ног подчинены перекрестной координации (правая рука – левая нога, и наоборот), то есть такие движения пересекают среднюю линию тела (границу между левой и правой половинами). Механизм «единства мысли и движения», лежащий в основе этих упражнений, способствует совершенствованию и интеграции связей между правым и левым полушариями головного мозга. Считается также, что развитие навыков билатерального движения необходимо для усиления чувства автономии (Деннисон, Деннисон, 1998).

Упражнение «Диско»

1. И. п. – о. с. (основная стойка: ноги вместе, стопы параллельно, живот подтянут, ягодичные мышцы напряжены). 1 – шаг правой вперед, колено согнуто, левое колено выпрямлено, левая рука согнута в сторону – вперед; 2 – шаг левой вперед, левое колено согнуто, правое – выпрямлено, левую руку вниз, правую согнуть в сторону – вперед; 3 – шаг правой назад, правое колено согнуто, левое – выпрямлено, правую руку вниз, левую согнуть; 4 – шаг левой назад, колено согнуто, правое колено выпрямлено, правая рука согнута, левая вниз. Упражнение выполняется с небольшим движением таза вправо, влево – шаг вперед, назад – таз влево, и наоборот (рис. 4.31).

2. И. п. – о. с. 1–2 – шаг правой в сторону, согнутую левую вперед на носок, правая рука согнута вперед, левая вниз; 3–4 – то же.

3. Движение аналогично предыдущему, но выполняется с небольшим пружинистым полуприседом. И – небольшой полуприсед на левой, правая стопа отрывается от пола; 1 – выпрямляя левую ногу, шаг правой в сторону; и – небольшой полуприсед на правой ноге, левая стопа приподнята над полом; 2 – приставить левую к правой, выпрямить правую ногу; 3–4 – то же влево.

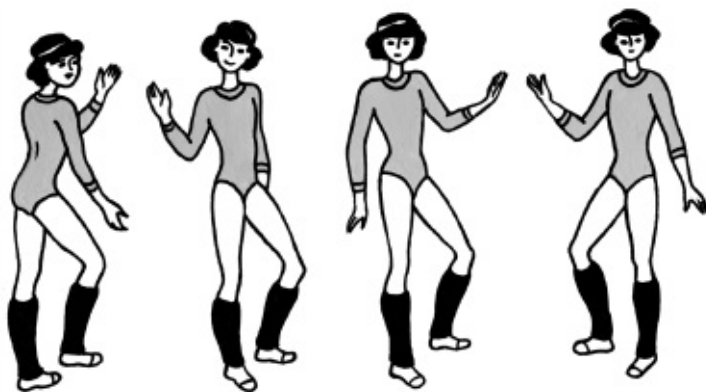


Рис. 4.31.

4. И. п. – ноги вместе, руки перед грудью, пальцы в «замок». 1 – согнуть правую ногу с опорой на пол полупальцами; 2 – выпрямляя правую и опускаясь на всю стопу, согнуть левую, руки вверх; 3–4 – то же с другой ноги. Выполняется мягким перекатом.

5. И. п. – о. с., ноги вместе, руки вниз в «замок». 1 – подскок на левой ноге, правую согнутую в сторону; 2 – подскок на левой ноге, разогнуть правую в сторону. То же на правой (рис. 4.32).

6. И. п. – стойка ноги вместе, руки к плечам, 1 – полуприсед с небольшим поворотом туловища налево (правое плечо вперед), рывковым движением руки назад; 2 – вернуться в и. п.; 3–4 – то же с поворотом туловища направо.

7. И. п. – ноги вместе, руки в стороны. И – мах согнутой левой ноги вперед, согнуть левую руку; 1 – опустить левую ногу носком на пол, левую руку вниз; и – вновь мах левой ноги вперед; 2 – приставить левую ногу к правой; 3–4 – то же с другой ноги.

8. И. п. – ноги вместе, руки перед грудью, пальцы в «замок». 1 – мах левой согнутой ногой в сторону, небольшой наклон вперед, руки вниз; 2 – и. п.; 3 – мах согнутой правой ногой в сторону (колени вниз), стараться носком коснуться локтя; 4 – и. п.; 5–8 – то же с другой ноги.

9. Подскоки на двух ногах, постепенно приседая и вставая, колени то вправо, то влево.

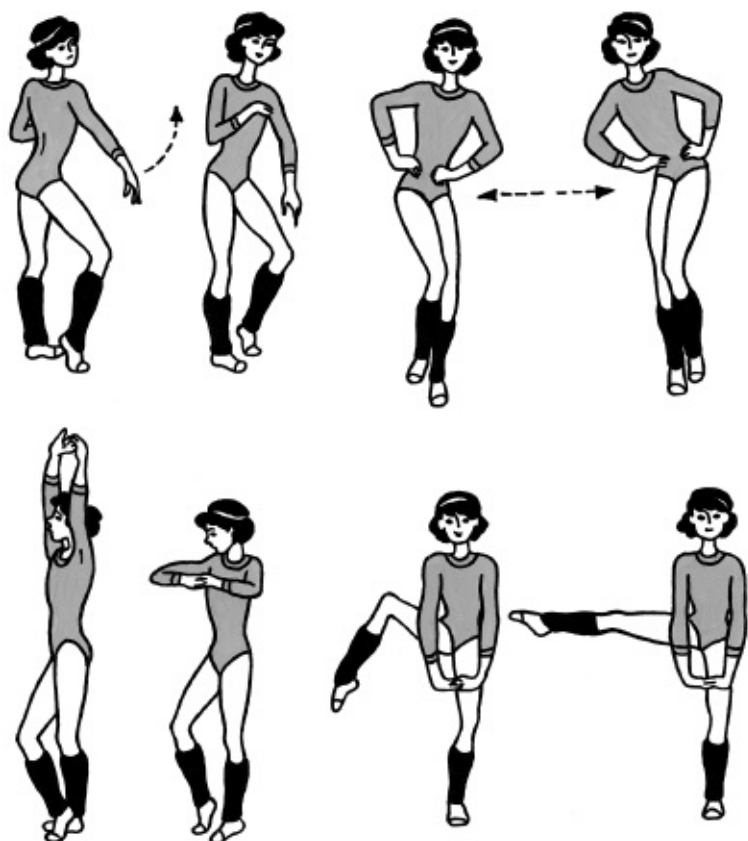


Рис. 4.32.

10. И. п. – о. с. 1 – скачок на левой ноге, согнутую правую вперед; 2 – скачок на левой, правую согнуть (колени внутрь); 3–4 то же с другой ноги.

11. И. п. – о. с. 1 – скачок на левой, правую вперед – в сторону – вниз, руки в стороны, небольшой наклон вправо; 2 – скачок на левой, правую согнуть, колени у колена опорной, правую руку назад, левую согнуть перед грудью; 3–4 – то же с другой ноги (рис. 4.33).

12. Скачки с поворотами коленей вправо, влево.

13. То же, что упр. 12, но в стойке ноги врозь.

14. И. п. – о. с. 1 – толчком двух ног прыжок вверх, правую ногу согнуть; 2 – приземлиться на две ноги; 3–4 – то же с другой ноги.

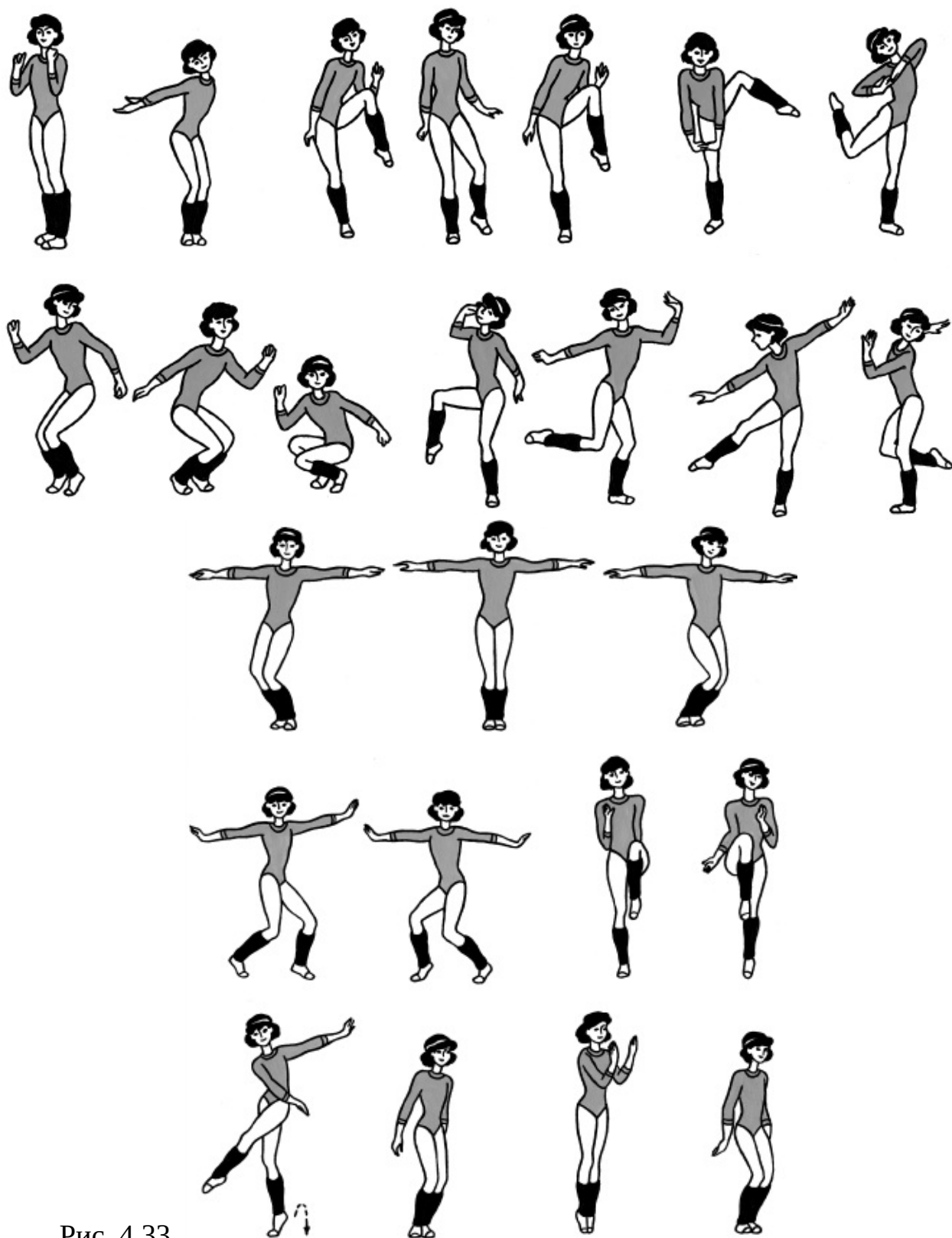


Рис. 4.33.

Рис. 4.34.

15. И. п. – о. с. 1 – скачок на левой ноге, правую согнуть вперед; 2 –

скачок на левой, правую разогнуть; 3–4 – то же с другой ноги.

16. И. п. – о. с. 1 – подняться на полупальцы правой ноги, левую ногу вперед, руки влево; 2 – небольшой полуприсед на двух ногах, руки вниз; 3 – подняться на полупальцы, руки согнуты перед грудью, локти вниз; 4 – небольшой полуприсед на двух, руки вниз; 5–8 – то же с другой ноги (рис. 4.34).

Заключительная часть

Упражнение «Тонирование»

Тонирование – это простой прием, позволяющий успокоить мозг и стабилизировать ритмы организма. Тонирование представляет собой произнесение или пение длинных гласных звуков. Оно углубляет дыхание, снижает частоту сердечных сокращений и повышает чувство благополучия. Все приведенные ниже звуки произносятся с синхронным движением под ритмичную музыку.

Инструкция терапевта:

Звук первый – «м-м-м»

В течение пяти минут попробуйте «жужжать» («мычать»). Не старайтесь воспроизводить какую-то мелодию, а просто найдите тон, при котором вы чувствуете себя комфортно. Расслабьте челюсти и ощутите энергию «мычания» внутри организма.

Звук второй – «а-а-а»

Если вы испытываете сильный стресс или напряженность, уделите несколько минут расслаблению челюсти и произнесите негромкое «а-а-а».

Звук третий – «и-и-и»

Это самый сильный стимулятор из всех гласных звуков. Он может «разбудить» дух и тело, действуя наподобие звукового кофеина.

Звук четвертый – «о-о-о»

Пять минут произнесения этого звука меняют температуру кожи, мышечный тонус, волны мозга, ритм дыхания и сердечных сокращений. Это очень мощное средство мгновенной настройки организма.

Упражнение «В стиле рэп»

Участникам предлагают составить речитатив в стиле рэп, отражающий их состояние, например:

Просто дрянь —

вот мне каково.

Разве им не видно,

что мои дела дрянь?

Пусть услышат хоть чуть-чуть,

что я им сейчас говорю,

и мне не будет так плохо
каждый день и всегда.

Упражнение «Ритм по кругу»

Группа стоит полукругом. Ведущий отстукивает в ладони какой-либо ритм. Участники внимательно слушают и по команде ведущего этот ритм повторяют (все вместе или по отдельности). Когда ритм освоен, участники получают команду: «Давайте воспроизведем этот ритм следующим образом. Каждый по очереди отбивает по одному хлопку. Слева направо».

Упражнение «Борьба ритмов»

Для выполнения упражнения нужно приготовить две фонограммы с записью различных, но близких по характеру ритмов.

Группа делится на две части – племена «ту» и «та», которые будут танцевать свои ритуальные танцы. Начинает одно из племен, напевая, соответственно: «Ту-ту-ту» или «Та-та-та». Громкость фонограммы минимальная. Появляется второе племя со своим танцем и ритмом звучания, их громкость выше. Громкость первой фонограммы увеличивается, начинается борьба ритмов. Каждое племя должно удерживать свой ритм. С нарастанием громкости наступает момент, когда ритмы фонограмм сливаются и почти не различимы, в этой какофонии нужно не потерять свой ритм.

Упражнение «Танец четырех стихий»

Одной из самых известных и продуктивных метафор развития человека и его единства с окружающим миром является система четырех стихий. Предлагаемая техника работы создана в жанре «динамической визуализации» или «визуализации в движении» (Гиршон, 2000).

Данное упражнение – это пять действий, каждое из которых, за исключением последнего, состоит из четырех этапов. Каждое из четырех действий посвящено одной из стихий, оно является своеобразным «путешествием» в мир данной стихии; пятый процесс, процесс интеграции, – это собственно танец четырех стихий в их единстве и переходах. Этапы первых четырех процессов следующие: телесный ключ доступа – образное пространство – проживание качеств стихии – получение дара и имени.

Вначале участники принимают удобное положение. Им необходимо сосредоточиться на одном из телесных ключей доступа – телесном качестве, символически репрезентирующем одну из стихий.

Для стихии земли таким ключом доступа является ощущение всего тела, тела как такового, с его весом, плотностью, формой. Для стихии воздуха ключ доступа – дыхание, поток воздуха, проходящий сквозь тело.

Для стихии воды – течение крови и других жидкостей внутри тела, а также текучесть тонких ощущений. Для стихии огня ключом доступа являются внутренние ритмы – ритм сердца, пульсация крови. Каждый из этих ключей доступа становится одновременно отправной точкой и гидом в этих внутренних путешествиях.

Следующий шаг – визуализация образного пространства одной из стихий и проживание его в движении и танце, отождествление с различными элементами этих стихий в танце.

Терапевт может дать следующую инструкцию: «Начните свое путешествие в многообразный мир стихии земли. Земля, почва под ногами, какой разной она может быть... Неподвижный камень и сыпучий песок, плодородные почвы и могучие горы. Почувствуйте себя разными проявлениями земли. Земля постоянно рождает новые и новые формы. Из земли растет трава. Цветы и травы, кусты и деревья – все растет из земли. Почувствуйте жизнь этих проявлений земли, протанцуйте их танец всем телом, всем своим существом. Земля дает жизнь всему живому. Все, что растет и движется, является частью стихии земли. Жуки и гусеницы, муравьи и змеи, ящерицы... Бесконечные проявления земли... Почувствуйте их, проживите их танец, дайте им свое тело! Все животные – это воплощения земли. У каждого свой танец, свои движения. Проживите их, эти разные танцы. Побудьте разными животными: оленем и черепахой, волком и буйволом, обезьяной и медведем... многими, многими животными... На земле всем есть место, есть место для всех танцев. Земля рождает и питает все формы. Танцуйте танцы земли!»

Визуализация других стихий строится подобным образом (см. таблицу). Уровень детализации тут зависит от образовательных, национальных и прочих особенностей группы и стиля терапевта. Важно, чтобы образное пространство было достаточно «широким» и тем самым позволило включиться в процесс всем участникам. Уже внутри первой стадии закладывается переход к следующей – переход к архетипическим качествам стихии.

Архетипические качества в равной степени представлены в мире природы, мире социума и мире личности. Это те «подводные течения», что позволяют видеть мир единым, живым и одухотворенным. Участникам предлагается прожить эти качества через движения, полностью прочувствовать их в танце. Тут важно предложить достаточно широкий и неоднозначный (амбивалентный) набор качеств.

Следующий шаг в этом путешествии – поиск дара каждой стихии. Участникам предлагают почувствовать зов стихии и найти этот дар,

выраженный в виде какого-то образа или качества. После получения дара участникам предлагают найти, почувствовать и принять имя, которое дает им эта стихия. Получение даров и имен от различных сил широко распространено в магических и духовных традициях. Это ритуал, закрепляющий связь человека с конкретной силой (стихией) и утверждающий изменение этих отношений.

Процесс заканчивается ритуальным названием даров и имен по кругу. Например: «Мой дар земли – надежность, мое имя земли – Цветок»; или: «Мой дар воды – текучесть, мое имя воды – Анабис».

В этом ритуале названия даров и имен очень часто видно, что люди действительно прикасаются к каким-то глубоким слоям психики: это особые, «другие» голоса, особая атмосфера глубины и сосредоточенности, где каждое произнесенное слово значимо и неожиданно. Упражнение выполняется при минимальном освещении, с закрытыми глазами или в повязках, под музыку, соответствующую характеру стихии (см. таблицу). Важно выходить из работы постепенно и плавно – в течение 5-10 минут, проведенных в молчании, наедине с самим собой. Самоотчет лучше проводить в письменной форме.

Последний, завершающий процесс – повторение и объединение всех качеств четырех стихий, переход на более глубокий уровень – в точку, откуда рождаются все стихии. В этом процессе ключами доступа будут «дары» и «имена», полученные в предыдущих танцах, а также зоны пространства кинесферы. Тут используются визуальные образы из предыдущих путешествий. Эти образы, а также переходы между стихиями необходимо выразить в танце. Например, воздух-вода – дождь; земля-вода – туман, пар; земля-огонь – вулкан. В процессе визуализации важно делать акцент на взаимопроникновении стихий, на переходах от одной к другой.

Завершение – собирание опыта и качеств в тело, в различные зоны пространства тела и нахождение точки объединения всех стихий. Если пользоваться традиционной картографией, то зона земли находится внизу (ноги, таз, живот), зона воздуха – сверху (голова, руки), вода и огонь – соответственно, левая и правая половины тела. Точка их соединения – область солнечного сплетения.

	Стихии			
	земля	воздух	вода	огонь
Телесные ключи доступа	тело как таковое, вес	дыхание	течение крови, поток ощущений	внутренние ритмы, пульсации
Качества	камни, почва, песок, трава, деревья, животные, насекомые и т. д.	дыхание, ветер, вихрь, облака, птицы, бабочки и т. д.	ручей, река, море, подземные воды, дождь, глубины океана, рыбы	огонек, свеча, костер, пожар, солнце, угли, вулкан
Образы	приятие всего, поглощение, бесконечное многообразие, равенство, поддержка, опора, мягкость и незыблемость, надежность	легкость, принятие всего как пропускание сквозь, прозрачность, проникновенность, забвение	текучесть, отдача как растворение, гибкость, неуничтожимость, чувственность	изменчивость и постоянство, отдача как одержимость, страсть, ненасытность, энергия
Музыка	Santiprem «Music for lovers»	Kate st. John & R. Eno «The familiar»	Anugama «Environment 2»	S. Fitzgerald «Thunderdrums»

Завершающий танец рождается из импульсов, берущих начало в этой точке. Это танец воли, рождающей мир, мир стихий, мир во всех его многообразных проявлениях.

Упражнение «Осознание экзистенциальной ситуации»

Инструкция терапевта:

Произвольно перемещаясь по залу, вы должны найти свое место – то место, где ваше тело чувствует себя комфортно.

Закройте глаза, чтобы лучше почувствовать свое тело. Прислушайтесь к импульсам, которые есть в теле, и примите позу, которую хочет принять ваше тело. Вы позволили телу принять ту позу, которое оно хочет.

Оставаясь в этой позе, с закрытыми глазами, вы ждете появления чего-то: чувств, ощущений, образов. После того как появился какой-то достаточно устойчивый образ или чувство, побудьте в этом образе и посмотрите, что произойдет. Если это получилось, вы можете задать себе вопрос: «Чего я сейчас хочу? Что мне сейчас нужно?»

Список использованной и рекомендуемой литературы

Abraham S., Llewellyn-Jones D. Eating disorders: The facts. – New York: Oxford University Press, 1984.

Ackard D. M., Kearney-Cooke A., Peterson C. B. Effect of body image and self-image on womens sexual behaviors// Int. J. Eat. Disord., 2000, vol.28, n. 4, pp. 422–429.

Adami G. F., Gandolfo P., Campostano A., Meneghelli A., Ravera G., Scopinaro N. Body image and body weight in obese patients // Int. J. Eat. Disord., 1998, vol. 24, n. 3, pp. 299–306.

Agras W., Kirkley B. Bulimia: Theories of etiology. In K. D. Brownell, J. P. Foreyt (Eds.), Handbook of eating disorders: Physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia, and bulimia. – New York: Basic, 1986.

Agras W.S. Eating disorders: Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa. – New York: Pergamon, 1987.

Agras W.S., Rossiter E.M., Arnow B., Schneider J.A., Telch C.F., Raeburn S.D., Bruce B., Perl M., Koran L.M. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison // Am. J. Psychiatry, 1992, vol. 149, pp. 82–87.

Agras W.S., Rossiter E.M., Arnow B., Telch C.F., Raeburn S.D., Bruce B., Koran L. One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa // J. Clin. Psychiatry, 1994, vol. 55, pp. 179–183.

Agras W.S., Schneider J.A., Arnow B., Raeburn S.D., Telch C.F. Cognitive behavioural and response prevention treatments for bulimia nervosa // J. Consult. Clin. Psychol., 1989, vol. 57, pp. 215–221.

Agras W.S., Schneider J.A., Arnow B., Raeburn S.D., Telch C.F. Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa: A reply to Leitenberg and Rosen // J. Consult. Clin. Psychol., 1989, vol. 57, pp. 778–779.

Agras W.S., Telch C.F., Arnow B., Eldredge K., Wilfley D.E., Raeburn S.D., Henderson J., Marnell M. Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: An additive design // Behav. Ther., 1994, vol.25, pp. 225–238.

Alexander F. Psychosomatic medicine: Its principles and applications. – N. Y.: Konald, 1951.

Allison D. Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems. – Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

Altabe M., Thompson J. K. Body image: A cognitive self-schema construct? // Cognitive Therapy and Research, 1996, vol. 20, pp. 171–193.

Ammon G. Gruppenpsychotherapie. – Hamburg: Hoffmann und Campe, 1973.

Ammon G. Psychoanalyse und Psychosomatik. – München: Piper, 1974.

Andersen A.E. Gender-related aspects of eating disorders: A guide to practice // Journal of Gender-Specific Medicine, 1999, vol. 2, pp. 47–54.

Angst J., Stabl M. Efficacy of moclobemide in different patient groups: a metaanalysis. Study // Psychopharmacology, 1992, 106 (Suppl.), S.109-S.113.

Areton L.W. Factors in the sexual satisfaction of obese women in relationships// Electronic Journal of Human Sexuality, 2002, vol. 5, pp. 132–141.

Arnold M. B. Emotion and personality. (Vol. 1 2). – New York: Columbia; University Press, 1960.

Arnow B., Kenardy J., Agras W.S. The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eaters// Int. J. Eat. Disord., 1995, vol. 18(1), pp. 79–90.

Ashwell M. Obesity in men and women // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord., 1994, vol. 18 (suppl. 1), pp. 1–7.

Averill J.R. Anger and aggression: an essay on emotion. – New-York: Springer-Verlag, 1982

Axtell A., Neulon B. An analysis of Adlerian life themes of bulimic women // Individ. Psychol., 1993, vol. 49(1), pp. 58–67.

Ball K., Lee C. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women// Int. J. Eat. Disord., 2002, vol. 31(1), pp. 71–81.

Bartenieff I. Body movement: coping with the environment. – New York: Gordon and Breach Science Pub., 1980.

Basler H. D., Otte H., Schneller T., Schwoon D. Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. – Kohlhammer: Stuttgart, 1979.

Battagay R. Die Hungerkrankheiten. Unersättlichkeit als krankhaftes Phänomen. – Frankfurt: Fischer, 1982.

Battle E.K., Brownell K.D. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: Treatment prevention and policy // Addictive Behaviors, 1996, vol. 21, n. 6, pp. 755–765.

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. – New York, Guilford Press, 1979.

Beck A.T., Weishaar M. E. Cognitive therapy. In R. J. Corsini D. Wedding

(Eds.), *Current psychotherapies* (5-th ed.). – Itasca, IL: Peacock, 1993.

Beck J. S. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. – New York: The Guilford Press, 1995.

Beck A. T. *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. – New York: Harper Collins, 1999.

Beck A. T., Wright F. D., Newman C.F., Liese B.S. *Cognitive therapy of substance abuse*. – New York: The Guilford Press, 1993.

Becker P. *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. – Gottingen: Hogrefe, 1995.

Beebe D.W. Bulimia nervosa and depression: A theoretical and clinical appraisal in light of the binge – purge cycle // *Brit. J. Clin. Psychol*, 1994, vol. 33(3), pp. 259–276.

Beebe D.W. The attention to body shape scale: A new measure of body focus // *Journal of Personality Assessment*, 1995, vol. 65, pp. 486–501.

Bendfeldt-Zachrisson F. The causality of bulimia nervosa // *Int. J. Ment. Health*, 1992, vol. 21(1), pp. 57–82.

Berg M.L., Crosby R.D., Wonderlich S.A., Hawley D. Relationship of temperament and perceptions of nonshared environment in bulimia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.*, 2000, vol. 28(2), pp. 148–154.

Bernstein P. L. (Ed.) *Eight Theoretical Approaches in Dance-Movement Therapy* (Third Edition). – Dubuque: Kendall/Hunt Publishing Company, 1979.

Bernstein P. L. *Theory and Methods in Dance-Movement Therapy*. Third Edition. – Dubuque: Kendall/Hunt Publishing Company, 1981.

Bernstein P.L. *A Mythologic Quest: Jungian Movement Therapy with the Psychosomatic Client*, *American Journal of Dance Therapy*, Spring, 1980.

Bernstein P.L. *Authentic Movement as Active Imagination. The Compendium of Psychotherapeutic Techniques*. Jusuf Hariman, Ed. – New York: Charles C. Thomas Pub., 1982.

Bernstein P.L. *Theory and methods in dance-movement therapy: A manual for therapists, students, and educators*. – Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt, 1972.

Biddl B. J., Twyman J. P., Rankin E. F. The concept of role conflict // *Social studies series*. N 11. – Stillwater (Okla), 1960. – 60 p.

Binkley J.K., Eales J., Jekanowski M. The relation between dietary change and rising US obesity // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 2000, vol. 24, pp. 1032–1039.

Birketvedt G.S., Florholmen J., Sundsfjord J., Dinges D., III sterud B., and Stunkard A. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night eating syndrome // *JAMA*, 1999, vol. 282, pp. 655–663.

Bjorntorp P. Metabolic implications of body fat distribution // *Diabetes*

Care, 1991, vol. 14, pp. 1132–1143.

Black C., Symes J. Group work with women with eating disorders. Brisbane: ISIS – Centre for women's action on eating issues, 1998.

Blatner A. Acting-In. – London: Free Association Books, 1997.

Blatt S.J., McDonald C., Sugarman A. Psychodynamic theories of opiate addiction: new direction for research // *Clinical Psychology Review*, 1984, vol. 4, pp. 159–189.

Bleuler M. Entwicklungslinien psychiatrischer Praxis und Forschung in jongster Zeit// *Schweiz Med. Wochenschriften*, 1961, Nr. 91, p. 1549.

Bloom C. (Eds). *Eating Problems: A Feminist Psychoanalytic Treatment Model*. – New York: Basic Books, 1994.

Blundell J. E. Appetite disturbance and the problems of overweight // *Drugs*, 1990, vol. 39, n. 3, pp. 1-19.

Bodenstedt A. Der Druck auf die Dicken. Aus dem Ernährungsbericht der Bundesregierung // *Bild der wissenschaft*, 1980, vol. 8, pp. 88–95.

Bordo S. *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. – Berkeley: University of California Press, 1993.

Bowden P. K., Touyz S. W., Rodriguez P. J., Hensley R., Beumont P. J. V. Distorting patient or distorting instrument? Body shape disturbance in patients with anorexia nervosa and bulimia // *British Journal of Psychiatry*, 1989, vol. 155, pp. 196–201.

Bradley P. Pregnancy as a cause of obesity and its treatment // *International Journal of Obesity*, 1992, vol. 16, pp. 935–936.

Braet C., Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and nonobese children// *Behav. Res. Ther.*, 1997, vol. 35(9), pp. 863–873.

Brautigam W., Christian, P.: *Psychosomatische Medizin*. – Stuttgart: Thieme, 1975.

Bray G.A. Obesity: a time bomb to be defused // *Lancet*, 1998, vol. 352(18), pp. 160–161.

Bray G.A. Regulation of energy balance: studies of genetic, hypothalamic and dietary obesity // *Proc. Nutr. Soc.*, 1982, vol. 41(2), pp. 95-108.

Brenner J. B., Cunningham J. G. Gender differences in eating attitudes, body concept, and self-esteem among models // *Sex Roles*, 1992, vol. 27(7–8), pp. 413–437.

Brisman J. Bulimia in the older adolescent: An analytic perspective to a behavioral problem. In J. D. O'Brien, D. J. Pilowsky, O. W. Lewis, (Eds.), *Psychotherapies with children and adolescents: Adapting the psychodynamic process*. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992.

Brisman J., Seigel M.C. Bulimia and alcoholism: Two sides of the same coin // *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1984, vol. 1, pp. 113–118.

Brown R.I.F. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In W.R. Eadington J.A. Cornclius, *Gambling Behavior and Problem Gambling*. – Reno: University of Nevada Press, 1993.

Brown T. A., Cash T. F., Mikulka P. J. Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire // *Journal of Personality Assessment*, 1990, vol. 55, pp. 135–144.

Brownell K.D.: *The Learn Program for Weight Management 2000*. – Dallas, American Health, 2000.

Bruce K., Steiger H., Koerner N. Bulimia nervosa with comorbid avoidant personality disorder: behavioural characteristics and serotonergic function // *Psychol. Med.*, 2004, № 1, pp. 113–124.

Bruch H. Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 1982, vol. 139, pp. 1531–1538.

Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia and the person within* (2-nd ed.). – London: Routledge, Kegan, Paul, 1973.

Bruch H. Obesity and orality // *Dyn. Psychiatry*, 1971, vol. 4, pp. 241–257

Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa // *Psychosomatic Medicine*, 1962, vol. 24, pp. 187–194.

Bruch H. The importance of overweight. – N. Y., 1957.

Bruch H. Transformation of oral impulses in eating disorders // *The Psychiatric Quarterly*, 1961, vol. 35, pp. 458–481.

Brumberg J.J. *Fasting girls: The history of anorexia nervosa*. – New York: Vintage Books, 2000.

Brush F.R. J. B. Overmier (Eds.), *Affect, conditioning, and cognition: Essays on the determinants of behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1985.

Bryant-Waugh, R., Lask, B. Eating disorders – an overview // *Journal of Family Therapy*, 1995, vol. 17, pp. 13–30.

Buemann B., Toubro S., Astrup A. Substrate oxidation and thyroid hormone response to the introduction of a high fat diet in formerly obese women // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 1998, vol. 22(9), pp. 869–877.

Bulik C.M., Sullivan P.F., Joice P.R. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression // *Acta Psychiatr. Scand.*, 1999, vol. 100, pp. 27–32.

Burns T., Crisp A.H. Factors affecting prognosis in male anorexics // *J. Psychiat. Res.*, 1985, vol. 19, pp. 323–328.

Burns J., Stanton B., Perkins K. et al. Eating disorders in adolescents // *West Virginia Med. J.* 2003, vol. 99(2), pp. 60–66.

Butler J.M., Haigh G.V. Changes in the relations between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered counseling. In C.R. Rogers and R.F. Dymond (Eds), *Psychotherapy and personality change*. – Chicago: University of Chicago Press, 1954.

Button E. Body size perception and response to outpatient treatment in anorexia nervosa // *International Journal of eating disorders*, 1986, vol. 5, pp. 617–629.

Button E. Construing the anorexic. In J. Adams-Webber, J. Mancuso (Ed.), *Applications of personal construct theory*. – Toronto: Academic Press, 1983.

Button E.J., Loan P., Davies J., Sonuga-Barke E.J. Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15–16: A questionnaire and interview study // *Int. J. Eat. Disord.*, 1997, vol. 21(1), pp. 45–54.

Calam R., Waller G., Slade P., Newton T. Eating Disorder and perceived relationships with parents // *Int. J. Eat. Disord.*, 1990, vol.9(3), pp. 479–485.

Calhaun J.F., Acocella J.R. *Psychology of adjustment and human relationships*. 3-d ed. – NY: McGraw-Hill, 1990.

Campbell D.B. Dexfenfluramine: an overview of its mechanisms of action // *Rev. Contemp. Pharmacother.*, 1991, vol. 2(2), pp. 93-113.

Cannon W. B. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. – Appleton: New-York, 1929.

Cappon D., Banks K. Distorted body perception in obesity // *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1968, vol. 146(6), pp. 465–467.

Cardello AV, Schutz H, Snow C, Leshner L. Predictors of food acceptance, consumption and satisfaction in specific eating situations // *Food Qual. Pref.*, 2000, vol. 11, pp. 201–216.

Carmichael A. R. Treatment for morbid obesity // *Postgrad. Med. J.*, 1999, vol. 75(879), pp. 7-12.

Carmody T.P., Brunner R.L., Jeor S.T. Hostility, dieting, and nutrition attitudes in overweight and weight-cycling men and women // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, vol. 26(1), pp. 37–42.

Cash T. F., Henry, P.E. Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A. // *Sex Roles*, 1995, vol. 33, pp. 19–28.

Cash T. F. Body image attitudes: Evaluation, investment and affect // *Perceptual and Motor Skills*, 1994, vol. 78, pp. 1168–1170.

Cash T. F. *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. – Oakland, CA, New Harbinger Publications, 1997.

Cash T. F., Wood K. C., Phelps K. D., Boyd K. New assessment of weight-related body image derived from extant instruments // *Perceptual and Motor*

Skills, 1991, vol. 73, pp. 235–241.

Cash T.F., Green, G.K. Body weight and body image among college women: Perception, cognition, and affect // *Journal of Personality Assessment*, 1986, vol. 50, pp. 290–301.

Cash T.F., Pruzinsky T. (Eds.) *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*, New York: Guilford Publications. 2002.

Casper D., Zachary D. The eating disorder as a maladaptive conflict resolution // *Individual Psychology*, 1984, vol. 40(4), pp. 445–452.

Casper R.C. Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa // *Psychosom. Med.*, 1990, vol. 52, pp. 156–170.

Casper R.C., Troiani V. Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype // *Int. J. Eat. Disord.*, 2001, vol. 30(3), pp. 338–342.

Chace M. Dance as an adjunctive therapy with hospitalized children // *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1953, vol. 17, pp. 219–255.

Chaiklin H. (Ed.). *Marian Chace: Her Papers*. – Columbia: American Dance Therapy Association, 1975.

Chambry J., Corcos M., Guilbaud O. et al. Masculine anorexia nervosa: realities and perspectives // *Ann. Med. Interne.*, 2002, № 3 (Supp. 1), pp. 61–67.

Chow W.H., McLaughlin J.K., Mandel J.S., et al. Obesity and risk of renal cell cancer // *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 1996, vol. 5 (1), pp. 17–21.

Chun A.B., Sokol M.S., Kaye W.H., et al. Colonic function in constipated patients with anorexia nervosa // *American Journal of Gastroenterology*, 1997, vol. 92, pp. 1879–83.

Chun Z.F., Mitchell J.E., Li K., Yu W.M., Lan Y.D., Jun Z., et al. The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among freshman medical college students in China // *International Journal of Eating Disorders*, 1992, vol. 12, pp. 209–214.

Clarke J., Saunders J. *Alcoholism and problem drinking: theories and treatment*. Sydney, Australia: Pergamon, 1988.

Clauser G: *Das Anorexia-nervosa-Problem unter besonderer Beruecksichtigung der Pubertaetsmagersucht und ihrer klinischen Bedeutung* // *Erg. Inn. Med.*, 1964, vol. 21, pp. 97–164.

Colby K. *A primer for psychotherapists*. – New York: Ronald, 1951.

Compas B.E., Haaga D.A., Keefe F.J., Leitenberg H., Williams D.A. Sampling of empirically supported treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1998, vol. 66, pp. 89–112.

Conner M., Norman P., Bell R. *The theory of planned behavior and healthy*

eating // *Health Psychology*, 2002, vol. 21, pp. 194–201.

Connors M. S., Worsé W. Sexual abuse and eating disorders: a review// *Int. J. Eat. Dis.*, 1993, vol. 13 (1), pp. 1-11.

Cooper M. L. Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model // *Psychological Assessment*, 1994, vol. 6, pp. 117–128.

Cooper M.L., Agocha V.B., Sheldon M.S. A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes // *Journal of Personality*, 2000, vol. 68, pp. 1059–1088.

Cooper P.J., Steere J. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: Implications for models of maintenance // *Behav. Res. Ther.*, 1995 vol. 33, pp. 875–885.

Coppen A., Shaw D.M., Farrell J.P. Potentiation of the antidepressive effect of a monoamine-oxidase inhibitor by tryptophan // *Lancet*, 1963, vol. 1, pp. 79–81.

Costanzo P.R., Musante G.J., Friedman K.E., Kern L.S., Tomlinson K. The gender specificity of emotional, situational, and behavioral indicators of binge eating in a diet-seeking obese population // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, vol. 26 (2), pp. 205–210.

Costanzo P.R., Reichmann S.K., Friedman K.E., Musante G.J. The mediating effect of eating self-efficacy on the relationship between emotional arousal and overeating in the diet-seeking obese // *Obes. Res.*, 2000, vol. 8(suppl 1), pp. 86–92.

Cox M., Klinger E. A motivational model of alcohol use // *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, vol. 97, pp. 168–180.

Cox M., Klinger E. Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. In M. Cox (Ed.), *Why people drink*. – New York: Gardner Press, 1990.

Craighead L.W., Agras W.S. Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1991, vol. 59, pp. 115–125.

Crisp A.H. *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press, 1981.

Cutting T.M., Fisher J.O., Grimm-Thomas K., Birch L.L. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition // *Am. Clin. Nutr.*, 1999, vol. 69, pp. 608–613.

Dare C., Crowther C. Living dangerously: psychoanalytic psychotherapy of anorexia nervosa. In G. Szukler, C. Dare, J. Treasure (Eds.), *Eating Disorders: Handbook of Theory, Treatment and Research*. Chichester: John Wiley Sons, 1995.

Dare C., Eisler I. Family therapy. In G. Szukler, C. Dare, J. Treasure

(Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. London: Wiley, 1995.

Davis C., Shapiro C. M., Elliott S., Dionne M. Personality and other correlates of dietary restraint: An age by sex comparison // *Personality and Individual Differences*, 1993, vol. 14, pp. 297–305.

Davis C., Yager J. Transcultural aspects of eating disorders: A critical literature review // *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1992, vol. 16, pp. 377–394.

De Jong W. Obesity as a characterological stigma // *Psychological Reports*, 1993, vol. 73, pp. 963–970.

De Zwaan M., Nutzinger D.O., Schonbeck G. Binge eating in overweight women // *Compr. Psychiatry*, 1992, vol. 33, pp. 256–261.

De Fronzo R.A., Ferrannini E. Insulin resistance: a multifaceted syndrome response for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease // *Diabetes Care*, 1991, vol. 14, pp. 173–194.

Descutner C.J., Thelen M.H. Development and validation of the Fear of Intimacy scale // *Psychological Assessment*, 1991, vol. 3, pp. 377–383.

Deutsch F. Symbolization as a formative stage of the conversion process. In: F. Deutsch (Ed.), *On the mysterious leap from the mind to the body*. – New York: Intern. Univ. Press, 1959.

Deutsch F. *The psychosomatic concept in psychoanalysis*. – New York: Intern. Univ. Press, 1953.

Devlin M.J. Treatment of binge eating disorder with psychotherapy and medication. Proceeding of the 7-th international conference on eating disorders, New York, April, 1996.

Devlin M.J., Walsh B.T., Spitzer P. L., Hasin D. Is there another binge eating disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa // *Am. J. Psychiatry*, 1992, vol. 11(4), pp. 333–340.

Dokter D. (Ed.), *Fragile board: Arts therapies and clients with eating disorders*. – London and Pennsylvania: Jessica Kingsley, 1994.

Dolan B., Lacey H. Bulimia in British blacks and Asians // *Br. J. Psychiatry*, 1988, vol. 152, pp. 73–86.

Drewnowski A. Cognitive aspects of food preference and food aversion // *Bull. Psychonom. Soc.*, 1991, vol. 29(3), pp. 261–264.

Drewnowski A., Kurth C.L., Krahn D.D. Effects of body image on dieting, exercise, and anabolic steroid use in adolescent males // *International Journal of Eating Disorders*, 1995, vol. 17, pp. 381–386.

Dritschel B., Cooper, P.J., Charnock D. A problematic counter-regulation experiment: Implications for the link between dietary restraint and overeating //

Int. J. Eat. Disord., 1993, vol. 13 (3), pp. 297–304.

DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) (4-th ed.). Washington, DC: American Psychological Association, 1994.

Dulicai D. Movement therapy with families // The Arts in Psychotherapy, 1984, vol. 4, pp. 77–80.

Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook / Eds. Fairburn C.G., Brownell K.D. – 2-nd ed. – The Guilford Press, 2002.

Elam K. Semiotics of Theatre and Drama. – London: Routledge, 1988.

Eldredge K.L., Agras W.S. Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder // Int. J. Eat. Disord., 1996, vol. 19, pp. 73–82.

Eldredge K.L., Locke K. D., Horowitz L. M. Patterns of interpersonal problems associated with binge eating disorder// Int. J. Eat. Disord., 1998, vol. 23(4), pp. 383–389.

Ellis A., Grieger R. (Eds.) Handbook of rational-emotive therapy. – New York: Springer, 1977.

Ellis A., McInerney J., DiGuiseppe R., Yeager R. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. – New-York: Pergamon, 1988.

Ellis A.E. Humanistic psychotherapy. – NY: McGraw-Hill Paperbacks, 1973.

Ellis A.E. Reason and emotion in psychotherapy. – New York: Lyle Stuart, 1962.

Ellis A.E., Dryden W. The practice of rational-emotive therapy. – New York: Springer, 1987.

Engel G.L., Schmale A.Jr. Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity, and the disease onset situation // J. Am. Psychoanal. Assoc., 1967, vol. 15, pp. 344–352.

Espenak L. Dance therapy, theory and application. Springfield: Charles C Thomas, 1981.

Espmark S. Psychological aspects of obesity // Reprod life: Proc. 10-th Int. Congr. Psychosomat. Obstet. and Gynaecal., Stockholm, 14–17 June, pp. 1992. – Carnforth., Parc Ridge (N.J.), 1992. – P. 243–249.

Fairburn C.G. A cognitive and behavioural approach to the management of bulimia // Psychol. Med., 1981, vol. 11, pp. 707–711.

Fairburn C.G., Agras W.S., Wilson G.T. The research on the treatment of bulimia nervosa: practical, and theoretical implications. In Anderson G.H., Kennedy S.H. (Eds), The Biology of Feast and Famine: Relevance to Eating Disorders. San Diego, Academic Press, 1992.

Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C., Carr S.J., Solomon R.A., O'Connor M.E., Burton J., Hope R.A. Three psychological treatments for bulimia nervosa

// Arch. Gen. Psychiatry, 1991, vol. 48, pp. 463–469.

Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C., Hope R.A., O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy // Arch. Gen. Psychiatry, 1993, vol. 50, pp. 419–428.

Fairburn C.G., Kirk J., O'Connor M., Cooper P.J. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa // Behav. Res. Ther., 1986, vol. 24, pp. 629–643.

Fairburn C.G., Marcus M.D., Wilson G.T. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In Fairburn CG, Wilson GT (Eds.), Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. New York, Guilford Press, 1993.

Fairburn C.G., Norman P.A., Welch S.L., O'Connor M.E., Doll H.A., Peveler R.C. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments // Arch. Gen. Psychiatry, 1995, vol. 52, pp. 304–312.

Faith M.S., Schare M.L. The role of body image in sexually avoidant behavior// Archives of Sexual Behavior, 1993, vol. 22 (4), pp. 345–356.

Federn P. Ego psychology and the psychoses. – New York: Basic Books, 1952.

Federn P. Some variations in Ego-feeling // Int. J. Psychoanal., 1926, vol. 7, pp. 434–444.

Fenichel O. Problems of psychoanalytic technique. – Albany, NY: Psychoanalytic Quarterly, 1941.

Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. – New York: Norton, 1945.

Ferguson T. J. Eyre H.L., Ashbaker M. Unwanted identities: a key variable in shame-anger links and gender differences in shame// Sex Roles, 2000, vol. 42, nn. 3–4, pp. 133–157.

Fernstrom J.D., Wurtman R.J. Brain serotonin content: Physiological dependence on plasma tryptophan levels // Science, 1971, vol. 173, pp. 149–152.

Fichter M.M., Leibl K., Rief W., Brunner E., Schmidt-Auberger S., Engel R.R. Fluoxetine versus placebo: A double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy // Pharmacopsychiatry, 1991, vol. 24, pp. 1–7.

Fichter M.M., Quadflieg N., Gnutzmann A. Binge eating disorder: Treatment outcome over a 6-years course // J. Psychosom. Res. 1998, vol. 44, pp. 385–405.

Fichter M. Psychological therapies in bulimia nervosa. In M. M. Fichter

(Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. – Chichester, England: Wiley, 1990.

Fineman S. *Unemployment: Personal and Social Consequence*. – London: Tavistok, 1987.

Fineman S. *White collar unemployment: Impact and Stress*. – London: Chichester, 1983.

Fisher S. *Body Consciousness*. – New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

Fisher S. *Body experience in fantasy and behavior*. – New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.

Fisher S. *Development and structure of the body image*. (Vol's. 1 2). – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986.

Fisher S., Cleveland S. *Body Image and Personality*. – Princeton: Princeton Univ. Press, 1958.

Fogiel M. (Ed.). *The psychology problem solver*. – New York: REA, 1980.

Fombonne E. *Eating disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms*. In M. Rutter, D. J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people*. Chichester, England: Wiley, 1995.

Franko D. L. et al. *The bulimic automatic thought test* // *J.Clin. Psychol.*, 1992, vol. 48(4), pp. 505–509.

Franzen U., Florin I., Schneider S., Meier M. *Distorted body image in bulimic women* // *Journal of Psychosomatic Research*, 1988, vol. 32, pp. 445–450.

Franzoi S. L., Shields S. A. *The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population* // *Journal of Personality Assessment*, 1994, vol. 48, pp. 173–178.

Fredrickson B.L., Roberts T.-A., Noll S.M., Quinn D.M., Twenge J.M. *That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance* // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, vol. 75, pp. 269–284.

Freeman C. *Cognitive therapy*. In G. Szukler, C. Dare, J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. – Chichester, England: Wiley, 1995.

Freeman R.J., Beach, B., Davis, R., Solyom L. *The prediction of relapse in bulimia nervosa* // *Journal of Psychiatric Research*, 1985, vol. 19, pp. 349–353.

Freud S. (1962) *The Ego and the Id*. London: Hogarth Press. Original edition, 1923.

Freyberger H. «Symptom», «Konflikt» und «Personlichkeit» in der Behandlung psychosomatischer Patienten // *Prax. Psychother.*, 1976b, 3: 121–131.

Freyberger H. Psychosoziale Probleme bei erzinfarctpatienten // Therapiewoche. 1976a, 26: 5510–5514.

Freyberger H., Struwe H. Psychosomatische Aspekte der Fetsucht // Psyche (Stuttg.), 1962/1963, 16: 561–578.

Friedman K.E., Reichmann S.K., Costanzo P.R., Musante G. J. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress // Obes. Res., 2002, vol.10(1), pp. 33–41.

Friedman M., Rosenman R. H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings // J. Amer. Med. Ass., 1959, vol. 169, pp. 345–362.

Fryer S., Waller G., Kroese B. S. Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls // International Journal of Eating Disorders, 1997, vol. 16, pp. 427–436.

Furumoto L. Rearing K. M. Construing anorexia nervosa (1940–1980): The psychoanalysts, the behaviorists, and Hilde Bruch. In I. Lubek, R. van Hezewijk, G. Pheterson, C. W. Tolman, (Eds.), Trends and issues in theoretical psychology. New York: Springer, 1995.

Gallant D., Alcoholism: a guide to diagnosis, intervention, and treatment. New-York: Norton, 1987.

Gangley R. M. (1988). Emotional eating and how it relates to dietary restraint, disinhibition, and perceived hunger // International Journal of Eating Disorders, 1988, vol. 7, pp. 635–647.

Garcia-Borreguero D., Jacobsen F.M., Murphy D.L., Joseph-Vanderpool J.R., Chiara A., Rosenthal N.E. Hormonal responses to the administration of m-chlorophenylpiperazine in patients with seasonal affective disorder and controls // Biol. Psychiatry., 1995, vol. 37(10), pp. 740–749.

Garfinkel P.E., Garner D. M. Perceptions of the body in anorexia nervosa. In K.M. Pirke, D. Ploog (Eds.), The psychobiology of anorexia nervosa. Berlin: SpringerVerlag, 1984.

Garner D, Bemis K. A cognitive-behavioural approach to Anorexia Nervosa // Cognitive Therapy and Research, 1982, vol. 6, pp. 1-27.

Garner D. M., Bemis K. M. Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford, 1985.

Garner D. M., Olmstead M. P., Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia and bulimia // International Journal of Eating Disorders, 1983, vol. 2, pp. 15–34.

Garner D.M. Special report: Body image survey results // Psychology Today, 1997, (Jan/Feb), pp. 30–45.

Garner D.M., Garfinkel P. E. Handbook of Treatment for Eating Disorders (second ed.) – New York: The Guilford Press, 1997.

Garner D.M., Rockert W., Davis R., Garner M.V., Olmsted M.P., Eagle M. Comparison between cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa // Am. J. Psychiatry, 1993; vol. 150, pp. 37–46.

Garner D.M., Garfinkel P. E. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford, 1997.

Gerlinghoff M., Backmund H. Magersucht. Anleitung für eine Krankheitsbewältigung. Stuttgart: TRIAS – Thieme, Hippokrates, Enke, 1989.

Gilbert P, Pehl J, Allan S: The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation // Br. J. Med. Psychol., 1994, vol. 67, pp. 23–26.

Gleaves D.H., Williamson D.A., Eberenz K.P., Sebastian S.B., Barker S. E. Clarifying body-image disturbance: Analysis of a multidimensional model using structural modeling // Journal of Personality Assessment, 1995, vol. 64, pp. 478–493.

Godart N., Flament M., Perdereau F., Jeammet P. Predictive factors in social adaptation disorders in anorexic and bulimic patients // Encephale., 2003, vol. 29(2), pp. 149–156.

Goffman E. Frame Analysis. – Boston, MA: Northeastern University Press, 1986.

Gold M.S., Johnson C.R., Stennie K. Eating Disorders. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman and J.G. Langrod, (Eds.), Substance abuse: A comprehensive textbook. – Williams Wilkins, Baltimore, 1997.

Goleman D. Eating Disorders are getting more common studies indicate. San Diego Union-Tribune, October 4, A-23, 1995.

Gortmaker S.L., Must A., Perrin J., Sobol A.M., Arthur M., Dietz W. H. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood// N. Engl. J. Med., 1993, vol. 329(14), pp. 1008–1012.

Greeno C.G., Wing R. R. Stress-induced eating // Psychol. Bull., 1994, vol. 115(3), pp. 444–464.

Grilo C. M., Shiffman S., Carter-Campbell J. T. Binge eating antecedents in normal weight nonpurging females: Is there consistency? // International Journal of Eating Disorders, 1994, vol. 16, pp. 239–249.

Grilo C. M., Shiffman S., Wing R. R. Relapse crises and coping among dieters // J. Consult. Clin. Psychol., 1989, vol. 57 (4), pp. 488–495.

Grilo C.M. Physical activity and obesity // Biomed. Pharmacother., 1994, vol. 48, pp. 127–136.

Grilo C.M., Shiffman S. Longitudinal investigation of the abstinence violation effect in binge eaters // Journal of Consulting and Clinical Psychology,

1994, vol. 62, pp. 611–619.

Grinker J., Heirsch J., Levin B. The affective responses of obese patients to weight reduction: A differentiation based on age of onset obesity // *Psychosom. Med.*, 1973, vol. 35(1), pp. 57–63.

Grinker R.R., Werble B., Drye R. C. The borderline syndrome: A behavioral study of ego functions. New York: Basic Books, 1968.

Groot J.M., Rodin G., Olsted M. P. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa // *Compr. Psychiat.*, 1995, vol. 36(1), pp. 53–60.

Grunert S.C. Ein Inventar zur Erhebung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten // *Diagnostica*. 1989, Heft 2, 167–179.

Habermas T. Heißhunger: Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. – Fischer. Frankfurt, 1990.

Hall R. C.W., Blakey R.E., Hall A. Bulimia nervosa – four uncommon subtypes // *Psychosomatics*, 1992, vol 33(4), pp. 428–436.

Halmi K.A. Current concepts and definitions. In Szmukler, G., Dare, C, Treasure, J (Eds.), *Handbook of Eating Disorders, Theory, Treatment and Research*. – John Wiley Sons Ltd, Chichester, 1995.

Hammar S. L. The obese adolescent // *J. Sch. Hlth*, 1965, vol. 35, pp. 246–249.

Hammer E. Reaching the affect: Style in the psychodynamic therapies. – New York: Jason Aronson, 1990.

Hammer E. The use of interpretation in treatment. – New York: Grune Stratton, 1968.

Hansel S.L., Wittrock D.A. Appraisal and coping strategies in stressful situations: a comparison of individuals who binge eat and controls // *Int. J. Eat. Disord.*, 1997, vol. 21(1), pp. 89–93.

Hatsukami D., Owen P., Pyle R., Mitchell J. Similarities and differences on the MMPI between women with bulimia and women with alcohol or drug abuse problems// *Addict. Behav.*, 1982, vol. 7(4), pp. 435–439.

Heatherton T.F. Baumeister R.F. Binge eating as escape from self-awareness// *Psychol. Bull.*, 1991, vol. 110(1), pp. 86–108.

Heatherton T.F., Herman C.P., Polivy J. Effects of Physical Threat and Ego Threat on Eating Behavior // *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1991, vol. 60(1), pp. 138–143.

Heaven P.C.L., Mulligan K., Merrilees R., Woods T., Fairouz Y. Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors // *Int. J. Eat. Disord.*, 2001, vol. 30(2), pp. 161–166.

Hebebrand J., Barth M., Dahlmann B. H. Eating disorders in children and adolescents // *MMW Fortschr. Med.*, 2003, vol. 27–28(145), pp. 1–6.

Heilbrun A.B., Friedberg L. Distorted body image in normal college women: possible implications for the development of anorexia nervosa // *Journal of Clinical Psychology*, 1990, vol. 46, pp. 398–401.

Heilbrun A.B., Worobow A. L. Attention and disordered eating behavior // *J. Clin. Psychol.*, 1991, vol. 47(1), pp. 3–9.

Heinberg L. J. Theories of body image disturbance: Perceptual, developmental, and sociocultural factors. In Thompson J.K. (Ed.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity*. Washington, American Psychological Association, 1997.

Heinroth S. J. L. *Lehrbuch der Storungen des Seelenlebens*. Leipzig, 1818.

Herman C. P. Restrained eating // *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1978, vol. 1, pp. 593–607.

Herman C.P., Polivy J. (1984) A boundary model for the regulation of eating. In Stunkard A.J. Stellar E. (Eds.), *Eating and Its Disorders*. – Raven Press New York, NY, 1984.

Herman C.P., Polivy, J. Restraint and excess in dieters and bulimics. In Pirke K.M., Vandereycken W., Ploog D. (Eds.), *The Psychobiology of Bulimia Nervosa*. Springer-Verlag: Berlin, Germany, 1988.

Herman, C.P., Mack D. Restrained and unrestrained eating // *Journal of Personality*, 1975, vol. 43, pp. 647–660.

Hill A. J., Silver E. K. Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perceptions of body shape stereotypes // *International Journal of Obesity*, 1995, vol. 19, pp. 423–430.

Hill J.O., Drougas H., Peters J. C. Obesity treatment: Can diet composition play a role? // *Ann. Intern. Med.*, 1993, vol. 119, pp. 694–697.

Hodge A.M., Dowse G.K., Toelue P., Collins V.R., Imo T., Zimmet P. Z. Dramatic increase in the prevalence of obesity in Western Samoa over the 13 year period 1978–1991 // *Int. J. Obes.*, 1994, vol. 18, pp. 419–428.

Hodges E.L., Cochrane C.E., Brewerton T.D. Family characteristics of binge-eating disorder patients// *Int. J. Eat. Disord.*, 1998, vol. 23(2), pp. 145–151.

Holt C.L., Clark E.M., Kreuter M.W. Weight locus of control and weight-related attitudes and behaviors in an overweight population // *Addict. Behav.*, 2001, vol.26(3), pp. 329–340.

Hood M.Y., Moore L.L., Sundarajan-Ramamurti A., Singer M., Cupples L.A., Ellison R. C. Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study // *Am Clin Nutr.*, 2000, vol. 24, pp. 1319-25.

Hsu L. K., Lee, Hsu, L. K., S., Wing Y. K. Bulimia nervosa in Hong Kong Chinese patients // *British Journal of Psychiatry*, 1992, vol. 161, pp. 545–551.

- Hsu L. K. *Eating Disorders*. – New York, Guilford Press, 1990
- Hsu L.K. Outcome of anorexia nervosa. A review of the literature (1954 to 1978) // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, vol. 9(37), pp. 1041–1046.
- Hsu L.K., Crisp A.H., Harding B. Outcome of anorexia nervosa // *Lancet*, 1979, vol. 1(8107), pp. 61–65.
- Hsu L.K., Holder D. Bulimia nervosa: treatment and short-term outcome // *Psychol. Med.*, 1986, vol. 1(16), pp. 65–70.
- Hudson J.L., McElroy S.L., Raymond N.C., Crow S., Keck P.E. Fluvoxamine in the treatment of binge eating disorder: A multicenter placebo-controlled, double blind trial // *Am. J. Psychiatry*, 1998, vol. 155, pp. 1756–1762.
- Hutchinson M.G. *Imagining Ourselves Whole. A feminist approach to treating body image disorders*. In Fallon P., Katzman M.A., Woolley, S.C. (Eds.), *Feministic perspectives on eating disorders*. – New York: The Guilford Press, 1994.
- Iketani T., Kiriike N., Nakanishi S., Nakasuji T. Effects of weight gain and resumption of menses on reduced bone density in patients with anorexia nervosa // *Biological Psychiatry*, 1995, vol. 37, pp. 521–527.
- Jackson B., Cooper M.L., Mintz L., Albinod A. Motivations to eat: Scale development and validation // *Journal of Research in Personality*, 2003, vol. 37, pp. 297–318.
- Jade D. How good is your body image? <http://www2.netdoctor.co.uk/testyourself/facts/body-image.asp>
- Jager B., Liedtke R., Kunsebeck H.W., Seide L., Lempa W. Everyday addictive behavior of bulimic women // *Psychother. Psychosom.*, 1991, vol. 56, pp. 64–69.
- Janis I. L. *Psychological stress*. – New York: McGraw-Hill, 1958.
- Jansen A. *Lichaamsbeeldtherapie*. In: Jansen, A., Meyboom A. (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa*. – Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 1998.
- Jasper K., Maddocks S. E. *Body Image Groups*. In Harper-Giuffre, H., Mackenzie, K. (Eds.), *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. – Washington D.C.: American Psychiatric Press Inc., 1992.
- Jimerson D.C., Wolfe B.E., Franko D.L. et al. Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates // *Psychosom. Med.*, 1994, vol. 56(2), pp. 9–15.
- Johnson S., Flach A. Family characteristics of 105 patients with bulimia // *Am. J. Psychiatry*, 1985, vol. 142(1), pp. 1321–1324.
- Johnson S.L. Improving preschoolers' self-regulation of energy intake //

Pediatrics, 2000, vol. 106, pp. 1429–1435.

Johnson-Sabine E.C., Wood, K.H., Wakeling A. Mood changes in bulimia nervosa // Br. J. Psychiatry, 1984, vol. 145, pp. 512–516.

Jores A. Der Kranke mit psychovegetativen Störungen. Göttingen: Verlag f. med. Psychologie, 1973.

Jores, A. Praktische Psychosomatik. Hans Huber: Bern – Stuttgart – Wien, 1981.

Jorm A.F., Korten A.E., Christensen H., Jacomb P.A., Rodgers B., Parslow R.A. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey // Aust. N. Z. J. Public Health. 2003, vol. 27(4), pp. 434–40.

Jourard S. M. The Transparent Self. – New York: Norton, 1964.

Kaplan H.I., Kaplan H.S. The psychosomatic concept of obesity // J. Nerv. Ment. Dis., 1957, vol. 125(2), pp. 181–201.

Karpman S. Fairy tales and script drama analysis // Transactional Analysis Bulletin, 1968, vol. 7, n. 26, pp. 123–132.

Kazdin A.E., Wilson G.T. Evaluation of Behavior Therapy: Issues, Evidence, and Research Strategies. Cambridge: Ballinger, 1978.

Keel P. K., Mitchell J. E. Outcome in bulimia nervosa // American Journal of Psychiatry, 1997, vol. 154, pp. 313–321.

Keery H. The tripartite model of body image and eating disturbance: The mediating role of internalization and comparison. Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences Engineering. Vol 63(11-B), 5522, US: Univ Microfilms International, 2003.

Keesey R.E., Powley T.L. Hypothalamic regulation of body weight // Am. Scientist, 1975, vol. 63, pp. 558–565.

Keesey, R.E., Powley T.L. The regulation of body weight // Annual Review of Psychology, 1986, vol. 37, pp. 109–133.

Keeton W.P., Cash T.F., Brown T.A. Body image of body images?: Comparative multidimensional assessment among college students // Journal of Personality Assessment, 1990, vol. 54, pp. 213–230.

Kelson T.R., Lansky L.M. Body-image and body – beautification among female college students // Percept. and Mot. Skills, 1990, vol 71(1), pp. 281–289.

Kenardy J., Arnow B., Agras W. S. The aversiveness of specific emotional states associated with binge eating in obese subjects // Austr. N. Z. J. Psychiatry, 1996, vol.30(6), pp. 839–844.

Kennedy E. On Becoming Counselor: A Basic Guide for Non-Professional Counselors. – N.Y.: The Seabury Press, 1977.

Kepner J.I. Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body

Psychotherapy. – Cleveland: GIC Publication, 1987.

Kestenberg J. The Role of Movement Patterns in Development: I. Rhythms of Movement // *Psychoanalytic Quarterly*, 1965a, vol. 34, pp. 1-36.

Kestenberg J. The Role of Movement Patterns in Development: II. Flow of Tension and Effort // *Psychoanalytic Quarterly*, 1965b, vol. 34, pp. 517–562.

Kestenberg J. The Role of Movement Patterns in Development: III. The Control of Shape // *Psychoanalytic Quarterly*, 1967, vol. 36, pp. 359–409.

Khantzian E.J., Halliday K.S., McAuliffe W.E. Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers. – New York: The Guilford Press, 1990.

Khantzian E.J., Mack J.E., Schatzberg A. F. Heroin use as an attempt to cope: Clinical observations // *American Journal of Psychiatry*, 1974, vol. 131(2), pp. 160–164.

Kirk S.F.L., Hill A. J. Exploring the food beliefs and eating behavior of successful and unsuccessful dieters // *J. Hum. Nutr. Diet*, 1997, vol. 10, pp. 331–341.

Kirschenbaum D.S., Dykman B. M. (1991) Disinhibited eating by resourceful restrained eaters // *J. Abnorm. Psychol.*, 1991, vol. 100, pp. 227–230.

Kligenspor B. Gender identity and bulimic eating behavior // *Sex Roles*, 1994, vol. 31(7–8), pp. 407–431.

Klotter C. Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem. Heidelberg: Asanger, 1990.

Kobasa S. C. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, vol. 37, pp. 1–11.

Koch N. S. Content analysis of leadership variables in dance therapy // *American Journal of Dance Therapy*, 1984, vol. 7, pp. 34–47.

Koff E., Sangani P. Effects of coping style and negative body image on eating disturbance // *Int. J. Eat. Disord.*, 1997, vol. 22(1), pp. 51–56.

Kohle K., Simons C. Anorexia nervosa. In: Uexkull T. von (Hrsg.) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. – Urban Schwarzenberg. München. Wien. Baltimore, 1979.

Kohn M., Golden N. Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment // *Paediatr. Drugs*, 2001, № 2, pp. 91–99.

Kohut H. *The Restoration of the Self*. – International Universities Press, 1977.

Krystal J.H. *Assessing alexithimia*. – NJ: Analytic Press, 1988.

Kubie L.S. The problem of specificity in the psychosomatic process. In F. Deutsch (Ed.): *The psychosomatic concept in psychoanalysis*. – New York:

Intern. Univ. Press, 1953.

Kuboki T., Nomura S., Ide M., Suemasu H., Araki S. Epidemiological data on anorexia nervosa in Japan // *Psychiatry Research*, 1996, vol. 16, pp. 11–16.

Lacey J. H. The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder // *Br. J. Addict.*, 1986, vol. 81, pp. 641–649.

Lacey J.H. Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome // *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed)*, 1983, vol. 21 (286(6378)), pp. 1609–1613.

Langley D. *Dramatherapy and Psychiatry*. – London: Groom Helm, 1983.

Langs R. J. The technique of psychoanalytic psychotherapy: The initial contact, theoretical framework, understanding the patient's communications, the therapist's interventions (Vol. 1). – New York: Jason Aronson, 1973.

Lauterio T.J., Davies M.J., DeAngelo M., Peyser M., Lee J. Neuropeptide Y expression and endogenous leptin concentrations in a dietary model of obesity // *Obes. Res.*, 1999, vol. 7(5), pp. 498–505.

Lawton C.L., Wales J.K., Blundell J. E. Dietary fat and appetite control in obese female subjects // *Int. J. Obes.*, 1994, vol. 18, pp. 838–852.

Lazarus R. S. *Casebook of multimodal therapy*. – New York: Guilford, 1995.

Lazarus R. S. *Emotion and adaptation*. – New York, Oxford: Oxford University Press, 1991.

Lazarus R. S. *Psychological stress and the coping process*. – New York: McGraw-Hill, 1966.

Lazarus R., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. – New York: McGraw-Hill, 1981.

Lean M.E. *Clinical handbook of weight management*. Univ. of Glasgow, Scotland: Martin Dunitz, 1998.

Lee C.D., Jackson A.S., Blair S.N. U.S. weight guidelines: is it also important to consider cardiorespiratory fitness? // *Int. J. Obes.*, 1998, vol. 22 (suppl. 2), pp. 2–7.

Leitenberg H., Rosen J.C., Wolf J., Vara L.S., Detzer M.J., Srebnik D. Comparison of cognitive behavioural therapy and desipramine in the treatment of bulimia // *Behav. Res. Ther.* 1994, vol. 32, pp. 37–48.

Lejoyeux M., Loughlin M. M., Adair J. Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies // *European Psychiatry*, 2002, vol. 15(2), pp. 129–134.

Leon G.R., Fulkerson J.A., Perry C.L., Early-Zald M.B. Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in later development of disordered eating // *J. Abnorm. Psychol.*, 1995, vol. 104,

pp. 140–149.

Leon G.R., Roth L. Psychological causes, correlations and speculations // *Psychol. Bull.*, 1977, vol. 84, pp. 117–139.

Levine M.D., Marcus M.D. The treatment of binge eating disorder. In Hoek H.W., Treasure J.L, Katzman A. (Eds.), *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. Chichester, Wiley Sons, 1998.

Levy A.B., Dixon K.N., Stern S. L. How are depression and bulimia related? // *Am. J. Psychiatry*, 1989, vol. 146(2), pp. 162–169.

Lewinsohn P., Seeley J., Moerk K., Striegel-Moore R. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults // *Int. J. Eat. Disord.*, 2002. № 4, pp. 426–440.

Ley P. The psychology of obesity: its causes, consequences, and control. In S. Rashman (Ed.), *Contributions to medical psychology*. Vol. 2. Oxford: Pergamon Press, 1980.

Loch W. Regression // *Psyche* (Stuttg.), 1963, vol. 17, pp. 516–520.

Lowe M. R. The effects of dieting on eating behavior: a three-factor model // *Psychol. Bull.*, 1993, vol. 114, pp. 100–121.

Lowe M.R., Whitlow, J.W., Bellwoar V. Eating regulation: the role of restraint, dieting, and weight // *Int. Eat. Dis.*, 1991, vol. 10, pp. 461–471.

Lugli-Rivero Z., Vivas E. Trastornos de alimentacion y control personal de la conducta// *Salud Publica Mex.*, 2001, vol. 43(1), pp. 9-16.

Machacek D. Implizite Persönlichkeitstheorien gegenüber Adipösen. Phil. Diss. Wien, 1987.

Macht M., Simons G. Emotions and eating in everyday life // *Appetite*, 2000, vol. 35, pp. 65–71.

Mahler M. S. Autism and symbiosis // *J. Psychoanal.*, 1958, vol. 39, pp. 77–83.

Mahler M. S., Pine F., Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant*. – New York: Basic Books, 1975.

Mahler M., McDevitt J. Thoughts on the emergence of the sense of self, with particular emphasis on the body self // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1982, vol. 30(4), pp. 827–848.

Makin S. *More than just a meal: The art of eating disorders*. – London and Philadelphia: Jessica Kingsley, 2000.

Malkin A.R., Wornian K., Chrisler J. C. Women and Weight: Gendered Messages on Magazine Covers// *Sex Roles*, 1999, vol. 40(7–8), pp. 647–655.

Malkina-Pykh I.G. *Rhythmic Movement Psychotherapy*. – INENCO, St.-Petersburg, 2001.

Manley R.S., Needham L. An anti-bulimia group for adolescent girls // *J.*

Ch. Adol. Group Ther., 1995, vol. 5(1), pp. 19–33.

Marcus M.D. Adapting treatment for patients with binge eating disorder. In Garner D.M., Garfinkel P.E. (Eds): Handbook of Treatment for Eating Disorders. New York, Guilford Press, 1997.

Marcus M.D. Binge eating in obesity. In Fairburn C.G., Wilson G.T. (Eds), Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. New York, Guilford Press, 1993.

Marcus M.D., Moulton M.M., Greeno C.G. Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder // Addict. Behav., 1995, vol. 20, pp. 747–755.

Marcus M.D., Smith D., Santelli R., Kaye W. Characterization of eating disordered behavior in obese binge eaters // Int. J. Eat. Disord., 1992, vol. 12, pp. 249–255.

Marcus M.D., Wing R.R., Hopkins J. Obese binge eaters: Affect, cognitions and response to behavioral weight control // J. Consult. C. Clin. Psychol., 1988, vol. 56, pp. 433–439.

Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions // British J. Addict., 1990, vol. 85, pp. 1389–1394.

Maslow A. Motivation and Personality. – Harlow Essex, Addison Wesley, 1987.

Matthews V., Westie V.L. A preferred method of obtaining rankings: reactions to physical handicaps // American Sociological Review, 1966, vol. 31, pp. 851–854.

Matto H. An integrative approach to the treatment of women with eating disorders // The Arts in Psychotherapy, 1997, vol. 24(4), pp. 347–354.

Matussek N. Biochemie der Depression // J. neural Transm., 1970, vol. 33, pp. 223–234.

Mauro P., Santonastaso P. La bulimia e associata ai disturbi di personalit ta // Riv. psichiat., 1992, 27(5), pp. 177–185.

Mayhew R., Edleman R. J. Self-esteem, irrational beliefs, and coping strategies in relation to eating problems in a non-clinical population // Personality and Individual Differences, 1989, vol. 10, pp. 581–584.

McClelland L. C. Sexual abuse and eating disorders: A possible link through personality disorders // Reprod life: Proc. 10-th Int. Congr. Psychosomat. Obstet. and Gynaecal., Stockholm, 14–17 June, 1992. – Carnforth., Parc Ridge (N.J.), 1992. – pp. 260–267.

McElroy S.L., Keck P.E. Jr, Phillips K. A. Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder // J. Clin. Psychiatry, 1995, vol. 56(Suppl 4), pp. 14–26.

McFarland B., Baker-Baumann T. L. Shame and Body Image: Culture and

the Compulsive Eater. Florida, Deerfield Beach: Health Communications, Inc., 1990.

McManus F., Waller G. (1995). A functional analysis of binge eating // *Clinical Psychology Review*, 1995, vol. 15, pp. 845–863.

McNamara K., Loveman C. Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters and nondieters // *J. Clin. Psychol.*, 1990, vol. 46(4), pp. 518–523.

McNeil E. B. *Neurosis and Personality Disorders*. N.Y.: Science House, 1970.

Mechanic D. *Students under stress*. – New York: Free Press, 1962.

Meekums B. The Love Bugs: dance movement therapy in a Family Service Unit. In H. Payne (Ed.), *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. London: Routledge, 1992.

Meichenbaum D. *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorders (PTSD)*. Waterloo, ON: Institute Press, 1994.

Meissner W. *Internalization in Psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1978.

Mela D.J. Determinants of Food Choice: Relationships with Obesity and Weight Control // *Obesity Research*, 2001, vol. 9, pp. 249–255.

Mela D.J., Rogers P.J. *Food, Eating and Obesity: The Psychobiological Basis of Appetite and Weight Control*. – Chapman Hall London, UK, 1998.

Meyer C., Leung N., Feary R., Mann B. Core beliefs and bulimic symptomatology in noneating-disordered women: The mediating role of borderline characteristics // *Int. J. Eat. Disord.*, 2001, vol. 30 (4), pp. 434–440.

Milkman H., Sunderwirth S. *Craving for Ecstasy*. Lexington Books, Lexington, Massachusetts. – 1987.

Miller C.T. Social interactions of obese and non-obese women // *J. Pers.*, 1990, vol. 58(2), pp. 365–380.

Miller P.M., Watkins J.A., Sargent R.G., Rickert E. J. Self-efficacy in overweight individuals with binge eating disorder // *Obes. Res.*, 1999, vol. 7(6), pp. 552–555.

Miller S. M. Cognitive informational styles in the process of coping with threat and frustration // *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1989, N 11, pp. 223–234.

Milligan R.-J., Waller G. Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women // *Int. J. Eat. Disord.*, 2000, vol.28(4), pp. 446–450.

Mills J.K., Andrianopoulos G.D. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adults // *J. Psychol.*, 1993, vol. 127(5), pp. 547–

551.

Mintz L. B., Wright D. Women and their bodies: Eating disorders and addictions. In E. Cook (Ed.), *Women, relationships, and power: Implications for counseling*. – Alexandria, VA: American Counseling Association, 1993.

Mintz L.B., Betz N.E. Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women // *Journal of Counseling Psychology*, 1998, vol. 35, pp. 463–471.

Minuchin P. *The middle years of childhood*. Monterey, CA: Brooks Cole, 1977.

Minuchin P.P., Shapiro E. K. The School as a Context for Social Development. In E.M. Hetherington, (Ed.), P.H. Mussen, (series ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality and Social Development*, New York: Wiley, 1983.

Mitchell J. Subtyping of bulimia nervosa // *Int. J. Eat. Dis.*, 1992, vol. 11(4), pp. 327–337.

Mitchell J.E., Pyle R.L., Eckert E.D., Hatsukmi D., Pomery C., Zimmerman R. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, vol. 47, pp. 149–157.

Mitscherlich A. *Krankheit als Konflikt*, Bd. 1–2. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1956.

Mizes J. S. Assertion deficits in bulimia nervosa: Assessment via behavioral, self-report and cognitive measures // *Behav. Ther.*, 1989, vol. 20(4), pp. 603–608.

Mizes J.S. Bulimia nervosa. In Bellack, A.S., Hersen, M. (Eds.), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting*. New York: Plenum, 1995.

Monello L. F., Mayer J. Obese adolescent girls – an unrecognized minority // *Am. J. Clin. Nutr.*, 1963, vol. 13, pp. 35–39.

Morgan D. (Ed.) *Eating disorders, body image and the media*. – London: British Medical Association, Board of Science and Education and the BMA Science Department, 2000.

Musante G. J., Costanzo P. R., Friedman K. E. The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet-seeking obese population: A matter of gender specificity // *Int. J. Eat. Disord.*, 1998, vol. 23(1), pp. 65–75.

Musicant S. Authentic Movement and Dance Therapy // *American Journal of Dance Therapy*, 1994, vol. 16(2), pp. 91-106.

Mussel M.P., Mitchell J.E., Weller C.L., Raymond N.C., Crow S.J., Crosby R. Onset of binge eating, dieting, obesity and mood disorders among subjects

seeking treatment for binge eating disorder // *Int. J. Eat. Disord.*, 1995, vol. 17, pp. 395–401.

Nagel K.L., Jones K.H. Sociocultural factors in the development of eating disorders // *Adolescence*, 1992, vol. 27, pp. 107–113.

Nangle D.W., Johnson W.G., Carr-Nangle R.D., Engler L.B. Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: psychometric analysis of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns // *Int. J. Eat. Disord.*, 1993, vol.16(2), pp. 147–157.

Neal A. National trauma and collective memory. Major events in the American century. N. Y., 1998.

Nir Z., Neumann L. Self-esteem, internal-external locus of control, and their relationship to weight reduction // *J. of Clin. Psychol.*, 1991, vol.47(4), pp. 568–575.

Nitsch J. R. Zur Gegenstandsbestimmung der Stressforschung. In J. R. Nitsch (Hrsg.). *Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. Bern: Hans Huber, 1981.

Noll S. M., Fredrickson B. L. A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating // *Psychology of Women Quarterly*, 1998, vol. 22, pp. 623–636.

Nydes J. The paranoid – masochistic character // *Psychoanalytic Review*, 1963, vol. 50, pp. 215–251.

O'Dea J. A. Body image and nutritional status among adolescents and adults-a review of the literature // *Austr. J. Nutr. Diet.*, 1995, vol.52(2), pp. 56–67.

Ogden J., Thomas D. The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, vol. 25(3), pp. 273–279.

Ogden J., Wardle J. Cognitive restraint and sensitivity to cues for hunger and satiety // *Physiol. and Behav.*, 1990, vol. 47(3), pp. 477–481.

Olmsted M.P., Kaplan A.S., Rockert W. Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa // *Am. J. Psychiatry*, 1994, vol. 151, pp. 738–743.

Oppenheimer R., Howells K. Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description // *J. Psychiatr. Res.*, 1985, vol.19(2–3), pp. 357–361.

Oppikofer R. A journey to «my land». Psychomotricity and growth-process. Los Angeles and Geneva, 1976/77.

Pachinger Th. Adipositas. Theoretische Grundlagen sowie Beschreibung und Evaluation eines Behandlungsansatzes unter spezieller Berücksichtigung psychologischer und physiologischer Parameter. Univ. Diplomarbeit. Salzburg,

1997.

Pallaro P. (Ed). *Authentic Movement: Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow.* – London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.

Palmer R. L. Dietary chaos syndrome: a useful new term? *British Journal of Medical Psychology*, 1979, vol. 52(1–4), pp. 187–190.

Pawlow L.A., O'Neil P.M., Malcolm R. J. Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns // *International Journal of Obesity*, 2003, vol. 27(8), pp. 970–978.

Paxton S. J., Diggins J. Avoidance coping, binge eating, and depression: An examination of the escape theory of binge eating // *Int. J. Eat. Dis.*, 1997, vol. 22(1), pp. 83–87.

Pearce M.J., Boergers J., Prinstein M. J. Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships // *Obes. Res.*, 2002, vol. 10(5), pp. 386–393.

Pearson J., Goldklang D., Striegel-Moore R. Prevention of eating disorders: challenges and opportunities // *Int. J. Eat. Disord.*, 2002, № 3, pp. 233–239.

Pelchat M. L. Food, craving, obsession, compulsion and addiction// *Psychol. Behav.*, 2002, vol. 76(3), pp. 347–352.

Pelchat M.L. Food cravings in young and elderly adults // *Appetite*, 1997, vol. 28, pp. 103–113.

Pendleton L., Moll S. H., Tisdale M.J., Marler M. R. The 4, 5, 6 configuration on the MMPI in bulimics VS, controls // *J. Chin. Psychol.*, 1990, vol. 46(6), pp. 811–816.

Perrez M., Reicherts M. *Stress, Coping, and Health. A Situation-Behavior Approach, Theory, Methods, Applications.* Seattle-Toronto-Bern-Gottingen: Hogrefe Huber Publishers, 1992.

Peterson C.B., Mitchell J. E. Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: A review of research findings // *J. Clin. Psychol.*, 1999, vol. 55, pp. 685–697.

Petzold E., Reindell A. *Klinische Psychosomatik.* Quelle Meyer, Heidelberg (UTB 991), 1980.

Pinhas L., Toner B.B., Ali A., Garfinkel P. E., Stuckless N. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, vol.25(2), pp. 223–226.

Pi-Sunyer F. X. Effects of the composition of the diet on energy intake // *Nutr. Rev.*, 1990, vol. 48, pp. 94–105.

Pliner P., Chaiken S. Eating, social motivations, and self-presentation in women and men // *Journal of Experimental Social Psychology*, 1990, vol. 26, pp. 240–254.

Plutchik R. A general psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchik, H. Kellerman (Eds.). *Emotion: Theory, research, and experience*. Vol. 1: *Theories of emotion*. New York: Academic Press, 1979.

Polivy J., Herman C. P. Dieting and bingeing // *American Psychologist*, 1985, vol. 40, pp. 193–201.

Polivy J., Herman C. P. Dieting and its relation to eating disorders. In K. D. Brownell, C. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press, 1995.

Polivy J., Herman C. P. Distress and eating: Why do dieters overeat? // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, vol. 26(2), pp. 153–164.

Polivy J., Herman C.P. Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. F. Fairburn G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press, 1993.

Polivy J., Herman C.P., Warsh S. Internal and external components of emotionality in restrained and unrestrained eaters // *J. Abnorm. Psychol.*, 1978, vol. 87, pp. 497–504.

Porzelius L.K., Houston C., Smith M., Arfken C., Fisher E. Comparison of a standard behavioral weight loss treatment and a binge eating weight loss treatment // *Behav. Ther.*, 1995, vol. 26, pp. 119–134.

Probst M. Body experience in eating disorder patients. – Kortenbergh: University Center Sint Jozef, 1997.

Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // *American Psychologist*, 1992, vol. 47, pp. 1102–1114.

Prochaska J.O., DiClemente C.C. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation // *Health Psychol.*, 1993, vol. 12, pp. 399–405.

Proctor L., Morley S. (1986). Demand characteristics in body size estimation in anorexia nervosa // *British Journal of Psychiatry*, 1986, vol. 149, pp. 113–118.

Pruttt J.A., Kappius R.E., Gorman P.W. Bulimia and fear of intimacy // *J. Clin. Psychol.*, 1992, vol. 48(4), pp. 472–476.

Pudel V. *Ernährungspsychologie*. – Göttingen: Hogrefe, 1991.

Pudel V. *Fragebogen zum Bverhalten*. – Göttingen: Hogrefe, 1988.

Pudel V. *Verhaltenpsychologische Aspekte der Adipositas*. Referat auf dem Symposium: Diätische, psychologische und soziale Aspekte des Übergewichts. – Zürich, 1976.

Pudel V., Maus N. *Ernährung*. – Göttingen: Hogrefe, 1990.

Puhl R., Brownell K. D. Bias, Discrimination, and Obesity // *Obes. Res.*,

2001, vol.9(12), pp.788–805.

Rabe-Jablonska J., Sobow T. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders // *Eur. Psychiatry*, 2000, № 5, pp. 302–305.

Rabin M. Art therapy and eating disorders: The self as significant form. – New York: Columbia University, 2003.

Rand M., Fewster G. Self, Body and Boundaries. Body Mind Psychotherapy. – <http://www.drrandbodymindtherapy.com/articles.html>, 1995.

Raphael F.J., Lacey J. Hubert. Sociocultural aspects of eating disorders // *Ann. Med.*, 1992, vol. 24(4), pp. 293–296.

Ravussin E., Lillioja S., Knowler W.C., Christin L., Freymond D., Abbott W.G., Boyce V., Howard B.V., Bogardus C. Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body-weight gain // *N. Engl. J. Med.*, 1988, vol. 318(8), pp. 467–472.

Reid M., Burr J. Are eating disorders feminine addictions?// *Addiction Research*, 2000, vol. 8(3), pp. 203–211.

Ricca V., Mannucci E., Mezzani B., Di Bernardo M., Barciulli E., Moretti S., Cabras P.L., Rotella C. M. Cognitive-behavioral therapy versus combined treatment with group psychoeducation and fluoxetine in bulimic outpatients // *Eat Weight Disord.*, 1997, vol. 2, pp. 94–99.

Ricca V., Mannucci E., Zucchi T., Rotella C.M., Faravelli C. Cognitive-Behavioural Therapy for Bulimia nervosa and Binge Eating Disorder // *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2000, vpl. 69(6), pp. 287–295.

Rice J.B., Hardenbergh M., Hornyak L. M. Disturbed body image in anorexia nervosa: dance/movement interventions. In Hornyak L.M., Baker E.K. (Eds.), *Experimental therapies for eating disorders*. – London: Guilford Press; 1989.

Richardson S. A. Handicap, appearance and stigma// *Soc. Sci. Med.*, 1971, vol. 5(6), pp. 621–628.

Richardson S.A., Hastorf A.H., Dornbusch S.M. Effects of physical disability on a child's description of himself // *Child. Dev.*, 1964, vol. 35, pp. 893–911.

Robin L., Siegel P.T., Moye A. Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. Topical Section: treatment and therapeutic processes // *International Journal of Eating Disorders*, 1995, vol. 17, pp. 313–322.

Rodin J., Slochower J. Externality in the non-obese: effects of environmental responsiveness on weight gain // *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1976, vol. 33, pp. 338–344.

Rodin J. Current status of the internal-external hypothesis for obesity: what

went wrong? // *Am. Psychol.*, 1981, vol. 36, pp. 361–372.

Rogers P.J., Smit H. J. Food craving and food «addiction»: A critical review of the evidence from a biopsychological perspective // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 2000, vol. 66(1), pp. 3-14.

Rosal M. Cognitive-behavioural art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (2-nd ed). – London and New York: Brunner Routledge, 2001.

Rosen J., Leitenberg H. Bulimia nervosa: treatment with exposure and response prevention // *Behavior. Therapy*, 1982, vol. 13, pp. 117–124.

Rosen J.C., Leitenberg H. Exposure plus response prevention treatment of bulimia. In D. M. Garner, P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. – New York: Plenum Press, 1985.

Rosenman R.H. The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. In T.M. Dembroski, S. Weiss, J. Schillar, S.G. Haynes, M. Feinlieb (Eds.), *Coronary prone behavior*. New York: Springer-Verlag, 1978.

Rosenthal N.E., Sack D.A., Gillin J.C. Seasonal affective disorder – A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, vol. 41, pp. 72–80.

Rossiter E.M., Agras W.S., Losch M., Telch C. F. Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive-behavioral or pharmacological treatment // *Behav. Res. Ther.*, 1988, vol. 26, pp. 495–498.

Rossiter E.M., Agras W.S., Telch C.F., Bruce B. The eating patterns of nonpurging bulimic subjects // *Int. J. Eat. Disord.*, 1992, vol. 11, pp. 111–120.

Rotenberg K.J., Flood D. Loneliness, dysphoria, dietary restraint, and eating behavior // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, vol. 25(1), pp. 55–64.

Roth D.A., Herman C. P., Polivy J., Pliner P. Self-presentational conflict in social eating situations: A normative perspective // *Appetite*, 2001, vol. 36, pp. 165–171.

Roth G. *Breaking free from compulsive eating*. – New York: Plume Books, 1993.

Roth G. *Maps to extazy: Teaching of Urban Shaman*. – New York: Plenum Press, 1987.

Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and Applied*, 1966, № 80 (Whole № 609).

Rozin P., Levine E., Stoess C. Chocolate craving and liking // *Appetite*, 1991, vol. 17, pp. 199–212.

Russ C.R. Towards an Explanation of Overeating Patterns Among Normal Weight College Women: Development and Validation of a Structural Equation

Model, Dissertation submitted to the faculty of Virginia Polytechnic Institute and State University Blacksburg, Virginia, 1998. <http://scholar.lib.vt.edu/theses/>

Russell G. F. M., Dare C., Eisler I., Le Grange P. D. F. Controlled trials of family treatment in anorexia nervosa. In G. F. M. Russell, C. Dare, I. Eisler, P.D.F. Le Grange (Eds.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: American Psychiatric Press, 1992.

Russell G. F. M. Perimenarchal anorexia nervosa and its sequelae // *J. Psychiatr. Res.*, 1985, vol. 2–3(19), pp. 363–369.

Salzman L. *The Obsessive Personality*. – N.Y.: Science House, 1968.

Sanderman R. Life events, mediating variables and psychological distress: A Longitudinal study. – Groningen: Universiteitdrukkerij RUG, 1988.

Sanftner J.L., Crowther J.H. Variability in self-esteem, moods, shame, and guilt in women who binge // *Int. J. Eat. Disord.*, 1998, vol. 23(4), pp. 391–397.

Sansone R., Wiederman M., Sansone L. The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity: a critical review of the literature // *Eating Behavior*, 2000, № 1, pp. 93–104.

Santonastaso P., Ferrara S., Favaro A. Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, vol. 25, pp. 215–8.

Savitt R.A. Clinical communications: Extramural psychoanalytic treatment of a case of narcotic addiction // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1954, vol. 2, pp. 494–502.

Schachter S. Some extraordinary facts about obese humans and rats // *Am. Psychol.*, 1971, vol. 26, pp. 129–144.

Schachter S., Rodin J. *Obese Humans and Rats*. Erlbaum/ Halsted Washington, DC, 1974.

Schachter, S., Goldman R., Gordon A. Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating // *J. Person. Soc. Psychol.*, 1968, vol. 10, pp. 91–97.

Schaefer K., Schwarz D. Verhaltenstherapeutische Ansätze für Anorexia nervosa // *Psychol. Psychother.*, 1974, vol. 22, pp. 267–284.

Schiff A., Schiff J. Passivity // *Transac. Anal. J.*, 1971, vol. 1 (1), pp. 34–45.

Schiffer F. Psychotherapy of nine successfully treated cocaine abusers // *J. Subst. Abuse. Treatment*, 1988, vol. 5, pp. 133–137.

Schilder P. *The Image and appearance of the human body*. – New York: International Universities Press, 1950.

Schmais C. Healing process in group dance therapy // *American Journal of Dance Therapy*, 1985, vol. 8, pp. 123–134.

Schmidt U. Treatment of bulimia nervosa. In Hoek H.W., Treasure J.L.,

Katzman A. (Eds.), *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. Chichester, Wiley Sons, 1998.

Schneider J.P., Irons R.R. Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse // *Subst. Use Misuse*, 2001, vol. 36(13), pp. 1795–1820.

Schur M. *Zur Metapsychologie der Somatisierung* // Brede K. (hrsg.) *Einführung in die psychosomatische Medizin*. Fischer Athenäum, Frankfurt am Main, 1974.

Schwartz D.J., Phares V., Tantleff-Dunn S., Thompson J. K. Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, vol.25(3), pp. 339–343.

Schwartz M.W., Woods S.C., Porte D., Seeley R. J., Baskin D. G. Central nervous system control of food intake // *Nature*, 2000, vol. 404, pp. 661–671.

Seligman M.N. *Helplessness: On depression, development, and death*. – San Francisco, CA: Freeman, 1975.

Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. Family Rituals: A powerful tool in family therapy // *Family Process*, 1977, vol. 16(4), pp. 445–454.

Selye H. History and present status of the stress concept. In L. Goldberger, S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press, 1986.

Shapiro S.L. *Sexual attitudes and activities of obese women*. Unpublished doctoral dissertation, The Institute for the Advanced Study of Human Sexuality, 1980.

Sheldon W.H., Stevens S.S. *The Varieties of Temperament*. – Harper: New York, 1942.

Sherman R., Thompson R.A. *Helping Athletes with Eating Disorders*. – Champaign, IL: Human Kinetics, 1990.

Sherwood N.E., Crowther J.H., Wills L., Ben-Porath Y.S. The perceived function of eating for bulimic, subclinical bulimic, and non-eating disordered women // *Behavior Therapy*, 2000, vol. 31, pp. 777–793.

Shisslak C.M., Pazda S.L., Crago M. Body Weight and Bulimia as Discriminators of Psychological Characteristics Among Anorexic, Bulimic, and Obese Women // *J. Abnorm. Psychol.*, 1990, vol. 99(4), pp. 380–384.

Shontz F.C. Body image and physical disability. In T. F. Cash, T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change*. – New York: Guilford Press, 1990.

Shontz F. C. *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. – New York: Macmillan, 1969.

Siegel E. *Breathing Together*. – Smithtown, N.Y.: Suffolk Child

Development Center, 1979.

Siegel E. Dance-Movement Therapy – Mirror of Our Selves. The Psychoanalytic Approach. – New York: Human Sciences Press, 1984.

Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. In Topics of Psychosomatic Research. Proceedings of the 9-th Europ. Conf. on Psychosom. Res., Vienna 1972 // Psychother. Psychosom., 1973, vol. 22, pp. 255–262.

Slade P. D. What is body image? // Behavior Res. Ther., 1994, vol. 32, pp. 497–502.

Slade P. Prospects for prevention. In G. Szumukler, C. Dare, J. Treasure (Eds.), Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research. – New York: Wiley, 1995.

Slade P. D. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa // Br. J. Clin. Psychol., 1982, vol. 21, pp. 167–179.

Smallwood J.C. Dance-movement therapy. In J. Masserman (Ed.), Current psychiatric therapies, Vol. XIV, 1974.

Smeets M. Het lichaamsbeeld bij anorexia nervosa: gestoord beeld of gestoorde perceptie? // Beweging Hulpverlening, 1997, vol. 14, pp. 175–184.

Smith C.F., Williamson D.A., Bray G.A., Ryan D. H. Flexible vs. rigid dieting strategies: relationship with adverse behavioral outcomes // Appetite, 1999, vol. 32, pp. 295–305.

Smolak L., Levine M.P., Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children // Int. J. Eat. Disord., 1999, vol. 25(3), pp. 263–271.

Smoller J.W., Wadden T.A., Stunkard A. J. Dieting and depression: a critical review// J. Psychosom. Res., 1987, vol. 31(4), pp. 429–440.

Snyder M., Cantor N. Understanding personality and social behavior: A functionalist strategy. In D. T. Gilbert, S.T. Fiske (Eds.), The handbook of social psychology (Vol. 2, 4-th ed.). New York: McGraw-Hill, 1998.

Spangler D. L. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: An illustration // J. Clin. Psychol., 1999, vol. 55, pp. 699–713.

Spiegel J. Differences between obese women in a relationship and obese women not in a relationship. Unpublished doctoral dissertation, California Graduate School of Marital and Family Therapy, 1988.

Spitz R. The First Year of Life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. – New York: International Universities Press, 1969.

Spitzer L., Rodin J. Human eating behavior: a critical review of studies in normal weight and overweight individuals // Appetite, 1981, vol. 2, pp. 293–329.

Spurrell E.B., Wilfley D.E., Tanofsky M.B., Brownell K. D. Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating? // *Int. J. Eat. Disord.*, 1997, vol. 21, pp. 55–65.

Steiner C.M. *Scripts People Live: Transactional Analysis of Life Scripts*. – New York, Grove Press, 1990.

Steinhausen H.C. Annotation: Outcome of anorexia nervosa in the younger patient // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997, vol. 38, pp. 271–276.

Steinhausen H.C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century // *Am. J. Psych.*, 2002, № 8, pp. 1284–1293.

Steptoe A., Pollard T. M., Wardle J. Development of a measure of the motives underlying the selection of food: The food choice questionnaire // *Appetite*, 1995, vol. 25, pp. 267–284.

Stewart T.M., Williamson D. A. Body Positive: A New Treatment for Persistent Body Image Disturbances in Partially Recovered Eating Disorders // *Clinical Case Studies*, 2003, vol. 2(2), pp. 12–19.

Stice E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action // *Clinical Psychology Review*, 1994, vol. 14, pp. 633–661.

Stice E., Agras W.S. Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affective dimensions // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, vol. 67, pp. 460–469.

Stice E., Nemeroff C., Shaw H.E. Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence of dietary restraint and affect regulation mechanism // *J. Soc. Clin. Psychol.*, 1996, vol. 15, pp. 340–363.

Stice E., Telch T.F., Rizvi S.L. Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Binge-Eating Disorder // *Psychological Assessment*, 2000, vol. 12(2), pp. 123–131.

Storr A. *The Art of Psychotherapy*. N.Y., Methuen, 1980.

Stotland S., Zuroff D.C. A new measure of weight locus of control: The Dieting Beliefs Scale // *J. Pers. Assess.*, 1990, vol. 54(1–2), pp. 191–203.

Strauman T.J., Vookles J., Berenstein V., Chaiken S., Higgins E.T. Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, vol. 61, pp. 946–956.

Strober M. Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm. In Johnson C.L. (Ed.), *Psychodynamic Treatment of Anorexia nervosa and Bulimia*. – New York, Guilford, 1991.

Strober M. The relation of personality characteristics to body image

disturbances in juvenile anorexia nervosa: a multivariate analysis // *Psychosom. Med.*, 1981, vol. 43(4), pp. 323–330.

Strober M., Humphrey L.L. Familial contribution to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1987, vol. 55(5), pp. 654–659.

Stryker S., Macke A. S. Status inconsistency and role conflict // *Annual Review of Sociology*, 1978, vol. 4, pp. 57–90.

Stunkard A.J., Wadden T.A. (Eds.). *Obesity: Theory and Therapy*. 2-nd ed. – New York: Raven Press, 1993.

Stunkard A. J., Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition, and hunger // *Journal of Psychosomatic Research*, 1985, vol. 29, pp. 71–83.

Stunkard A., Berkowitz R., Tanrikut C., Reiss E., Young L. Cf-Fenfluramine treatment of binge eating disorder // *Am. J. Psychiatry*, 1996, vol. 153, pp. 1455–1459.

Stunkard A., Coll M., Lindquist L., Meyers A. Obesity and eating style // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, vol. 37, pp. 1127–29.

Stunkard A.J. The case of obesity // *Psychosom. Med.*, 1979, vol. 37, pp. 195–236.

Stunkard A.J. *The Pain of Obesity*. – Palo Alto, CA: Bull Publishing, 1976.

Stunkard A.J., Foch T.T., Hrubec Z. A twin study of human obesity // *Jama*, 1986, vol. 256, pp. 51–54.

Stunkard A.J., Grace W.J., Wolff H.G. The night-eating syndrome. A pattern of food intake among certain obese patients // *Am. J. Med.*, 1955, vol. 19(1), pp. 78–86.

Stunkard A.J., Harris J.R., Pedersen N.L., McClearn G. E. The body-mass index of twins who have been reared apart // *N. Engl. J. Med.*, 1990, vol. 322, pp. 1483–1487.

Sullivan H. S. *The interpersonal theory of psychiatry*. – New York: Norton, 1953.

Suzuki K., Hiquchi S., Yamada K., Komiya H., Takaqi S. Bulimia nervosa with and without alcoholism: a comparative study in Japan // *Int. J. Eat. Disord.*, 1994, vol.16(2), pp. 137–146.

Taibi K., Hedges C. The Miniscript // *Trans. Anal. J.*, 1974, vol. 4, pp. 67–82.

Taylor G. J. Alexithimia: Concept, measurement and implications for treatment // *Am. J. Psychiatry*, 1984, vol. 141(6), pp. 725–732.

Taylor G.J., Ryan D., Bagby R.M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale // *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985, vol. 44, pp.

191–199.

Telch C.F., Agras W. S. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? // *Int. J. Eat. Disord.*, 1994, vol. 15(1), pp. 53–61.

Telch C.F., Agras W.S., Rossiter E.M., Wilfley D., Kenardy J. Group cognitive-behavioural treatment for nonpurging bulimic: An initial evaluation // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1990, vol. 58, pp. 629–635.

Telch C.F., Rossiter E. Binge eating increases with increasing adiposity // *International Journal of Eating Disorders*, 1988, vol. 7, pp. 115–119.

Thompson C., Stinson D., Smith A. Seasonal affective disorder and season-dependent abnormalities of melatonin suppression by light // *Lancet*, 1990, vol. 336, pp. 703–706.

Thompson J.K., Psaltis K. Multiple aspects and correlates of body figure ratings: A replication and extension of Fallon and Rozin (1985) // *International Journal of Eating Disorders*, 1985, vol. 7, pp. 813–817.

Thompson J.K., Smolak L. (Eds.). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001.

Treasure J., Todd G., Brolly M. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy as educational behavioural therapy for adult anorexia nervosa // *Behaviour Research and Therapy*, 1995, vol. 33, pp. 363–367.

Uexkull Th. von. *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. – Rowohit, Hamburg, 1963.

Uexkull Th. von. *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. – Urban Schwarzenberg: Munchen, 1990.

Van Praag H. M. Towards a biochemical typology of depression // *Pharmakopsychiatrie/Neuro-Psychopharmakologie*, 1974, vol. 7(6), pp. 281–292.

Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P. B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior // *Int. J. Eat. Disord.*, 1986, vol. 5(2), pp. 295–315.

Van Deth R., Vandereycken W. Food refusal and insanity: sitophobia and anorexia nervosa in Victorian asylums // *Int. J. Eat. Disord.*, 2000, vol. 29(4), pp. 390–404.

Vandereycken W., Depreitere L., Probst M. (1987). *Body-Orientated Therapy for Anorexia Nervosa Patients* // *American Journal of Psychotherapy*, 1987, N 4, pp. 252–259.

Vandereycken W., Meerman R. *Anorexia nervosa*. Berlin, 1984.

Vandereycken W., Vanderlinden J. Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders. – Bristol, PA: Brunner/Mazel, Inc., 1997.

Vandereycken W., Meermann R. Anorexia nervosa: A Clinician's Guide to Treatment. New York: Walter de Gruyter, 1984.

Villagomez L., Cortes J., Barrera E. et al. Comorbidity of obesity and eating behavior disorders // *Rev. Invest. Clin.*, 2003, N 5, pp. 535–545.

Vollrath M. Stressbewältigung und Persönlichkeit // *Swiss Journal of Psychology*, 1997, vol. 56, pp. 3-19.

Wadden T., Stunkard A. Social and psychological consequences of obesity // *Annals of Internal Medicine*, 1985, vol. 103, pp. 1062–1067.

Wadden T.A., Foster G.D. Behavioral treatment of obesity // *Med. Clin. North Am.*, 2000, vol. 84, pp. 441–461.

Wade T.D., Bulik C.M., Kendler K.S. Investigation of quality of the paternal relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.*, 2001, vol. 30(4), pp. 389–400.

Wakeling A. Physical treatments. In G. Szmukler, C. Dare, J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. – Chichester. England: Wiley, 1995.

Walsh B.T., Wilson G.T., Loeb K.L. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa // *Am. J. Psychiatry*, 1997, vol. 154, pp. 523-31.

Walsh T.B., Devlin M.J. Eating disorders: Progress and problems // *Science*, 1998, vol. 280(5368), pp. 1–8.

Walters G.D., Gilbert A. A. Defining addiction: Contrasting views of clients and experts // *Addiction Research*, 2000, vol. 8(3), pp. 211–221.

Wang G-J., Volkow N.D., Logan J. Brain dopamine and obesity // *Lancet*, 2001, vol. 357, pp. 354–357.

Wardle J., Waller J., Rapoport L. Body Dissatisfaction and Binge Eating in Obese Women: The Role of Restraint and Depression // *Obes. Res.*, 2001, vol. 9(12), pp. 778–787.

Wash B.T., Wilson G.T., Loeb K.L., Devlin M.J., Pike K.M., Roose S.P., Fleiss J., Watemau C. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa // *Am. J. Psychiatry*, 1997, vol. 154, pp. 523–531.

Waters A., Hill A., Waller G. Internal and external antecedents of binge eating episodes in a group of women with bulimia nervosa // *International Journal of Eating Disorders*, 2001, vol. 29, pp. 17–22.

Weiner H. *Psychobiology and human disease*. Eiesvier: New York, 1977.

Wesiak W. Anmerkungen zum Verstundnis und zur Behandlung der funktionellen Syndrome // *Therapiewoche*, 1976, 26: 989.

Weisz J., Balazs L. Hemispheric preference and obesity //

Neuropsychologia, 1990, vol. 28(8), pp. 883–887.

Weizsacker V. von. Psychosomatische Medizin // Verb. Dtsch. Ges. Inn. Med., 1949, 55: 13.

Westenhoefer J. Dietary restraint and disinhibition: is restraint a homogeneous construct? // Appetite, 1990, vol. 6, pp. 45–55

Westenhoefer J., Broeckmann P., Mь nch A.K., Pudel V. Cognitive control of eating behavior and the disinhibition effect // Appetite, 1994, vol. 23, pp. 27–41.

Westenhoefer J., Pudel V., Maus N. Some restrictions on dietary restraint // Appetite, 1990, vol. 14, pp. 137–141.

Westenhoefer J., Pudel V., Maus N. Some restrictions on dietary restraint // Appetite, 1990, vol. 14, pp. 137–141.

Wheeler K., Broad R. D. Alexithymia and overeating // Perspect. Psychiat. Care, 1994, vol. 30(1), pp. 7-10.

Wichstrom L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway // Psychol. Med., 1995, vol. 25, pp. 567–579.

Widaman K. F., Reise S. P. Exploring the measurement in variance of psychological instruments: applications in the substance abuse domain. In K. J. Bryant, M. T. Windle, S. G. West (Eds.), The science of prevention: methodological advances from alcohol and substance abuse research. – Washington, DC: American Psychological Association, 1997.

Wieder H., Kaplan E.H. Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacologic effect // Psychoanalytic Study of the Child, 1969, vol. 24, pp. 399–431.

Wilfley D.E., Agras W.S., Telch C.F., Rossiter E.M., Schneider J.A., Cole A.G., Sifford L., Raeburn S. D. Group cognitive-behavioral and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison // J. Consult. Clin. Psychol., 1993, vol. 61, pp. 296–305.

Williamson D. A. Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa. – New York: Pergamon, 1990.

Williamson D.A., Gleaves D.H., Watkins P.C., Schlundt D. G. Validation of self-ideal body size discrepancy as a measure of body size dissatisfaction// Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 1993b, vol. 15, pp. 57–68.

Williamson D.A., Cubic B.A., Cleaves D. H. Equivalence of body image disturbance in anorexia and bulimia nervosa // Journal of Abnormal Psychology, 1993a, vol. 102, pp. 177–180.

Wilson G.T., Nonas C.A. Rosenblum G.D. Assessment of binge eating in

obese persons // *Int. J. Eat. Disord.*, 1993, vol. 13(1), pp. 25–33.

Wilson G.T. Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems // *Behav. Res. Ther.*, 1999, vol. 37(suppl 1), pp. 79–95.

Wilson G.T., Eldredge K.L., Smith D., Niles B. Cognitive-behavioural treatment with or without response prevention for bulimia // *Behav. Res. Ther.*, 1991, vol. 29, pp. 575–583.

Wilson G.T., Fairburn C.G., Agras W.S. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In Garner D.M., Garfinkel P.E. (Eds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. – New York; Guilford Press, 1997.

Wilson G.T., Loeb K.L., Walsh B.T., Labouvie E., Petkova E., Liu X., Waternau C. Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: Predictors and processes of change // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1999, vol. 67, pp. 451–459.

Wilson G.T., Rossiter E., Kleifield E., Lindholm L. Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: A controlled evaluation // *Behav. Res. Ther.*, 1986, vol. 24, pp. 277–288.

Winnicott D. W. Ego distortion in terms of true a false self. London: Heinemann, 1960.

Wirsching M., Stierlin H. *Krankheit und Familie. Konzepte-Forschungsergebnisse-Therapie*. – Stuttgart: Klett-Cotta, 1982.

Witkin H.A., Dyk R.B., Faterson H.F., Goodenough D.R., Karp S. A. *Psychological Differentiation*. – Wiley, New York, 1962.

Wittich G.H. Der hysterische Patient im sozialen Feld und in der therapeutischen Gruppe // *Praxis d. Psychother.*, 1974, vol. 19, pp. 274–280.

Wolf D. *Übergewicht und seine seelischen Ursachen*. – Mannheim: Palverlag, 1993.

Wolf N. The beauty myth: How images of beauty are used against women. – New York: W. Morrow, 1991.

Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. – New York: Pergamon Press, 1969.

Wurmser L. The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment // *Internat. J. Psychoanal. Psychother.*, 1984, vol. 10, pp. 227–258.

Wursmer L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. // *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1974, vol.18, pp. 820–843.

Wurtman J. J. *Managing Your Mind and Mood through Food*. – New York: Rawson Associates, 1986.

Wurtman R.J., Wurtman J. J. The use of carbohydrate-rich snacks to modify mood state: A factor in the production of obesity. In: Anderson, G. H., Kennedy, S. H. (Eds.). *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders*. –

San Diego: Academic Press, 1992.

Wurtman R.J., Hefti F., Melamed E. Precursor control of neurotransmitter synthesis // Pharmacol. Rev., 1981, vol. 32, pp. 315–335.

Wurtman R.J., Wurtman J.J. (Eds). Human obesity. – Annals of the New York Academy of Sciences: New York, 1987.

Yager E.K. Subliminal Therapy. – San Diego: Subliminal Training Institute, 1985.

Yager J., Anderson A., Devlin M. Practice guideline for eating disorders // Am. J. Psychiatry, 1993, vol.150(1), pp. 209–225.

Yager J., Rorty M., Rossotto E. Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating-disordered control subjects // Journal of Nervous and Mental Disease, 1995, vol. 183, pp. 86–94.

Yanovsky S. Z. Biological correlates of binge eating // Addict. Behav. 1995, vol. 20, pp. 705–712.

Yanovsky S. Z. Binge eating disorder: Current knowledge and future directions // Obes. Res., 1993, vol. 1, pp. 306–324.

Young S.N., Smith S.E., Pihl R.O., Ervin F. R. Tryptophan depletion causes a rapid lowering of mood in normal males // Psychopharmacology (Berlin), 1985, vol. 87, pp. 173–177.

Ziolko H.U. Hyperorexia-anorexia. (On phenomenology and psychodynamics of neurotic eating disorders) // Hippokrates, 1967, vol. 38(13), pp. 522–526.

Ziolko H.U., Schrader H.C. Bulimie // Neurol. Psychiatrie, 1985, vol. 53, pp. 231–258.

Zwaan M., Nutzinger D.O., Schoenbeck G. Binge eating in overweight women // Compr. Psychiat., 1992, vol. 33(4), pp. 256–261.

Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2004.

Аграс В. Расстройства пищевого поведения // Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. – М., 1998. – С. 88–98.

Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002.

Александров А. А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. – СПб.: Речь, 2000.

Александров А. А. Современная психотерапия. Курс лекций. – СПб.: Речь, 1997.

Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2004.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1993.

Амбрумова А. Г. Течение шизофрении по данным отдаленного катамнеза. – М.: Высш. шк., 1962.

Аммон Г. Психосоматическая терапия. – СПб.: Речь, 2000.

Андерсен-Уоррен М., Грейнджер Р. Драматерапия. – СПб.: Питер, 2001.

Андреев А.С, Ковалев А.И., Бухановский А.О., Перехов А.Я., Бухановская О.А., Дони Е. В. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход. / Материалы 3-й международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия». – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 252–262.

Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М., 1975.

Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – СПб.: Речь, 2002.

Аугустинавичюте А. О дуальной природе человека. //А. Аугустинавичюте. Соционика. Введение. – СПб., 1998.

Аугустинавичюте А. Теория интертипных отношений. – Челябинск, 1991.

Балаболкин М. И. Ожирение. // Диагностика и лечение внутренних болезней: руководство для врачей. В 3 томах. Под общей ред. Ф. И. Комарова. Т. 2 – М.: Медицина, 1991.

Баранов В.Г., Зарипова З.Х., Тихонова Н. Е. О диабетогенной роли ожирения // Клин. Медицина. – 1981. – № 8. – С. 22–25.

Баскаков В. Телесно-ориентированная психотерапия и психотехника: обобщение и сравнительный анализ существующих подходов / Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М.: Philosophical society USSR, 1993.

Бастиаанс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // Журнал практической психологии и психоанализа, № 3, 2000. – С. 34–46.

Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества. – М., 1979. 424 с.

Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. (ред.). Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003.

Бек А., Фримена А. (ред.). Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2002.

Белинский В. П. Клиническая характеристика пищевой мотивации у

больных алиментарным ожирением // Вопросы питания, 1986, № 6. – С. 24–27.

Белый П., Швед Т. Тай-бо, ки-бо, каратэбика. Боевой фитнес для женщин. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003.

Березин С.В., Исаев Д. С. Трансактный анализ в терапии психосоматических расстройств. Конференция с международным участием «Психиатрические аспекты общемедицинской практики», 26–27 мая 2005 г. СПб научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005.

Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988.

Березкина-Орлова В. Актерские телесно-ориентированные психотехники / Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. Под ред. В. Баскакова. – М.: Ин-т общегуманитарных иссл., 2001.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. Пер. с англ. – СПб.-М.: Университетская книга, АСТ, 1998.

Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М.: Прогресс, 1986.

Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение: профилактика, диагностика и лечение. – М.: Бином, 2004.

Беюл Е.А., Оленева В.А., Шатерников В. А. Ожирение. – М.: Медицина, 1986.

Беюл Е.А., Попова Ю. П. Борьба с ожирением // Клиническая медицина. – 1990. – Т. 68, № 8. – С. 106–110.

Бирюкова И. Танец – как путь познания и творческого самовыражения. 1998. <http://www.chat.ru/~bodywork/dance1.htm>

Благосклонная Я.В., Красильникова Е.И., Бабенко А. Ю. Проблемы лишнего веса. – СПб.: Невский проспект, 2001.

Блейлер Е. Руководство по психиатрии / Пер. с нем. А. С. Розенталя. – Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993.

Блум Г. Психоаналитические теории личности / Пер. с англ. – М.: Изд-во «КПС», 1996. – С. 248.

Бобровский А.В., Гаврилов М.А., Дремов С. В. Как похудеть и сохранить стройность? – СПб.: ИК «Невский проспект», 2006.

Бобровский А., Гаврилов М., Ромацкий В. Как победить аппетит? – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.

Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком. – М.: МГУ, 1982.

Бодров В А. Психологический стресс: развитие учения и современное

состояние проблемы. – М.: Ин-т психологии РАН, 1995.

Брагина Е.А., Менделевич В.Д., Узелевская А.Э., Боев И. В. Сравнительные особенности прогностической компетентности (антиципационной состоятельности) лиц с наркотической и алкогольной зависимостями. / Материалы 1-й международной конференции памяти Б.В. Зейгарник «Клиническая психология». – М., 2001. – С. 272–274.

Братусь Б. С. Аномалии личности. – М., 1988.

Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М., 1984.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Краткий учебник / Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999.

Булюбаш И. Д. Руководство по гештальт-терапии / Сер.: Золотой фонд психотерапии. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2004.

Бурлачук Л.Ф., Грабская И.А., Кочарян А. С. Основы психотерапии. – Киев-Москва, Ника-Центр – Алетея, 1999.

Бутрова С.А., Плохая А. А. Лечение ожирения: Современные аспекты// Рус. мед. журн. – 2001. – № 24. – С. 1140.

Бухановский А.О., Гайков В.Т., Байбаков Ю. Г. Серийные сексуальные преступления: психолого-психиатрические и криминологические сопоставления. / Материалы 3-й международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия». – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 92–97.

Бухарова Э.А., Менделевич В. Д. Особенности самооценки и образа «Я» у девушек с нарушениями пищевого поведения. / Конгресс по детской психиатрии. – М., 2001 – С. 173–174.

Бухарова Э.А., Узелевская А.Э., Менделевич В.Д., Боев И. В. Личностные особенности и специфика прогностической деятельности больных с аноректическим и булимическим поведением. / Материалы Всеросс. симпозиума «Психосоматические расстройства: системный подход». – Курск, 2001. – С. 60–62.

Быховская И. М. Homo somaticos: Аксиология человеческого тела. – М.: Эдиториал УРСС, 2000.

Вайнер И. Психотерапевтический контракт // Журнал практической психологии и психоанализа, 2003, № 4. – С. 12–21.

Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е. Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. (Пособие для врачей и психологов). – СПб., Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1998.

Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С. И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении //

Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001, № 12. – С. 19–24.

Вахмистров А. В. Клинико-психологический анализ различных форм эмоциогенного пищевого поведения // Альм. клин. мед. – 2001. – № 4. – С. 127–130.

Вахмистров А. В. Нарушения пищевого поведения при церебральном ожирении: (Клинико-психол. и электрофизиол. исслед.): Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2001.

Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С. И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2001, № 12. – С. 19–24.

Ващенко Ю. А. Личность и психосоматические заболевания // Журнал практического психолога. – 1999. – № 1. – С. 35–43.

Вейн А.М., Соловьева А.Д., Вознесенская Т. Г. Церебральные и вегетативные аспекты патогенеза ожирения. Клиническая медицина. 1979. – Т. 57, № 1. – С. 64–70.

Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О. А. Вегетососудистая дистония. – М.: Медицина, 1981.

Вознесенская Т. Г., Сафонова В.А., Платонова Н. М. Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000. – № 12. – С. 49–52.

Вознесенская Т. Г. Невротические аспекты церебрального ожирения // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1989. – № 11. – С. 33–37.

Вознесенская Т. Г. Церебральное ожирение и истощение: (Клинич., нейроэндокрин. и психофизиол. исслед.): Автореф. дис... докт. мед. наук. – М., 1990.

Вознесенская Т.Г., Дорожевец А. Н. Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения // Советская медицина. – 1987. – № 3. – С. 28–32.

Вознесенская Т.Г., Рыльцова Г. А. Психологические и биологические аспекты нарушений пищевого поведения // Обозрение психиатрии и мед. психологии. 1994. – № 1. – С. 29–37.

Вознесенская Т.Г., Соловьева А.Д., Фокина Н. М. Психоэндокринные взаимоотношения у больных в состоянии эмоционального напряжения при церебральном ожирении. // Проблемы эндокринологии. – 1989. – Т. 35, № 1. – С. 3–7.

Вознесенская Т.Г. Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование): Дис... д-ра мед. наук. – М., 1990. – С. 344.

Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н. М. Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000. № 12. – С. 49–52.

Волков А.М., Микадзе Ю.В., Солнцева Г. Н. Деятельность: структура и регуляция. – М., 1987.

Гаврилов М. А., Дремов С. В., Бобровский А. В. Эффективная программа похудения за 7 дней. – СПб.: ИК «Невский проспект», 2006.

Гаврилов М. А. Взаимосвязь психологических и физиологических особенностей при нормализации массы тела у женщин, имеющих избыточный вес: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Томск, 1998. – С. 23.

Газенко О. А. (отв. ред.) Словарь физиологических терминов. М.: Наука, 1987.

Гериш А.А., Иовчук Н. М. Детские эндогенные «маскированные» депрессии // Рос. психiatr. журн., 1999. № 6. – С. 39–43.

Герус Л.В. Особенности психогенных расстройств у больных алиментарно-конституциональным ожирением, прошедших хирургическое лечение: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1995.

Герус Л.В., Козырева И.С., Кузин Н. М. Невротические расстройства у больных алиментарно-конституциональным ожирением, оперированных методом формирования малого желудка // Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию Московской клинической психиатрической больницы № 1. – 1994.

Гинзбург М.М., Козупица Г.С., Котельников Г. П. Ожирение. Этиология и патогенез. Роль образа жизни. – Самара.: Б.и., 1997.

Гинзбург М.М., Козупица Г.С., Крюков Н. Н. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение. – Самара, 1999.

Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. – М.: ЧеРо, 1988.

Гиршон А. Кинесфера: пространство движения. 2000. <http://www.chat.ru/~bodywork/dance4.htm>

Гиршон А. Танцевальная импровизация: за пределами терапии. Применение техник танцевальной импровизации в психотерапевтическом контексте. 2000б, <http://pristen.nm.ru/articles>

Годфруа М. Что такое психология: В 2 т. Т. 2. – М.: Мир, 1992.

Горноста́й П. П. Ролевой конфликт и проблема выбора // Психологія на перетині тисячоліть: Зб. наук. праць учасників 5-х Костюківських читань: В 3 т. – К.: Гнозис, 1998. – Т. 1. – С. 319–326.

Горшкова Е. Выразительные движения. Танец души // Свободное тело. Хрестоматия. Ред. – сост. В. Баскаков. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2001.

Грачева Л. В. Тренинг внутренней свободы. – СПб.: Речь, 2003.

Гренлюнд Э., Оганесян Н. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2004.

Гронский А. В. Гештальт-подход и клиническая медицина: проблемы интеграции. // Российский гештальт (выпуск 3) / Под ред. Н. Б. Долгополова, Р. П. Ефимкиной. – Новосибирск: Научно-практический центр психологии НГУ, 2001. – С. 70–82.

Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения: Теория и практика – М.: Незав. фирма «Класс», 1997.

Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 1999.

Дереча В. А. Человек в поисках острых ощущений. О видах и механизмах личностной зависимости. – Оренбург, 2001.

Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. Трансакционный анализ с гештальт-упражнениями: Пер. с англ. / Общ. ред. и послесл. Л. А. Петровской. – М., Издательская группа «Прогресс», «Прогресс-Универс», 1993.

Диниц Е. В. (авт. – сост.) Джазовые танцы. – М.: ООО «Издательство АСТ»; Донецк, Сталкер, 2004.

Дорожевец А. Н. Искажение восприятия своей внешности у больных ожирением // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1987. – № 1. – С. 21–29.

Дорожевец А.Н., Соколова Е. Т. Исследование образа физического Я: некоторые результаты и размышления// Телесность человека: междисциплинарное исследование. – М., 1991. – С. 67–70.

Дресвянников В.Л., Семке В.Я., Терентьев Е. И. Особенности аддиктивного поведения у психических больных на модели алкогольной аддикции // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии: Новосибирск. – 1996. – С. 27–32.

Дунаевский В. В. Психотерапия и психосоматика. – СПб., 1999.

Егоров А. Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // В кн.: Наркология и аддиктология. Сб. науч. тр./ Под. ред. проф. В. Д. Менделевича. – Казань: Школа. – 2004. – С. 80–88.

Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология, 2005, № 1. – С. 65–77.

Егоров М.Н., Левитский Л. М. Ожирение. Изд. 2-е. – М.: Медицина, 1964.

Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск, 1988.

Зайчик А.Ш., Чурилов Л. П. Основы патохимии (Учебник для студентов медицинских ВУЗов) – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2001. – С. 688.

Закиров И.З., Мордухович В. И. Ожирение и беременность // Акушерство и гинекология. – 1986. – № 4. – С. 9–12.

Закревский В.В., Лифляндский В. Г. Ваш идеальный вес: полное руководство для тех, кто хочет быть стройным. – СПб.: Весь, 2003.

Зеленский В. В. Аналитическая психология. Словарь. – СПб.: Б.С.К., 1996.

Зенков Л. Р. Бессознательное и сознание в аспекте межполушарного взаимодействия // Бессознательное. Многообразие видения. – Новочеркасск, 1994. Т. 1. – С. 201–212.

Змановская Е. В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). – М.: Академия, 2003.

Зубцова Т.Н., Князев Ю. А. Психологический портрет детей с ожирением и его значимость в процессе реабилитации// Проблемы эндокринологии. – 1992. – № 4. – С.57.

Изард К. Э. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2000.

Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб., 2000.

Калина Н.Ф., Тимощук И. Г. Основы юнгианского анализа сновидений. – М.: Рефлбук, К.: Ваклер, 1997. – С. 304.

Калинина А.М., Чазова Л.В., Щепкин В. В. и др. Прогностическая значимость массы тела и возможность диетической коррекции избыточной массы тела у мужчин 40–59 лет, живущих в Москве. / Вопросы питания. – 1991. -№ 2. – С. 22–27.

Каменская А.И., Радченко А.Ф. Современная психотерапия и лечение зависимостей // Методы современной психотерапии. Учебное пособие / Составители Л. М. Кроль, Е. А. Пуртова. – М., Независимая фирма «Класс», 2001.

Камерон-Бандлер Л., Гордон Д., Лебо М. Знание – жизнь // Психосоматика. Хрестоматия. / Сост. К. В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 1999.

Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1998.

Карвасарский Б. Д. (общая редакция). Психотерапевтическая

энциклопедия – СПб.: Питер Ком, 1999.

Карсон, Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. – СПб., Питер, 2004.

Кемпнер Дж. Телесный процесс. 1996 <http://www.kulichki.com/inkwell/special/psyho/gestalt.htm>

Кендыш И. Н. Регуляция углеводного обмена. – М.: Медицина, 1985.

Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. – М.: НФ «Класс», 2000.

Кинг М., Цитренбаум Ч. Экзистенциальная гипнотерапия. – М.: Класс, 1998.

Киселева Л. Телесно-ориентированная психотерапия: теория и практика. 2004. <http://www.gilbo.ru>

Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. – М., 1999.

Кислова Е. К. Булимические расстройства при нервной анорексии: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2004.

Клиническая психиатрия. Пер. с англ. / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР, 1998.

Клиническая психология. Под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2003.

Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб., 1994. – С. 77–82.

Кнастер М. Мудрость тела. – М.: ЭКСМО, 2002.

Ковалев С. В. Семь шагов от пропасти. НЛП-терапия наркотических зависимостей. – М.: КСП+, 2003.

Ковалев С. В. Исцеление с помощью НЛП. Нейролингвистическое программирование психосоматических исцелений. – М.: КСП+, 1999.

Кожина Е. Проблемы середины жизни. Искусство быть счастливой. – СПб.: Невский проспект, 2001.

Кон И. С. Категория «Я» в психологии // Психол. журн. 1981. Т. 2. № 3. С. 25–38.

Кон И. С. Открытие «Я». – М., 1978.

Кон И. С. Этнография детства. Историографический очерк // Этнография детства. Традиционные формы воспитания детей и подростков у народов Восточной и Юго-Восточной Азии. – М., 1983. – С. 9–50.

Конев С.Ф., Зыкова Т.А. Разгрузочная диета в лечении тяжелых форм ожирения. // Клиническая медицина. – 1988. – Т. 66, № 8. – С. 120–122.

Коньшев В. А. Питание и регулирующие системы организма / АМН

СССР. – М.: Медицина, 1985.

Корешкин И. А. Все способы похудения. – СПб.: ВНУ – Санкт-Петербург, 1998.

Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В. В. Булимические расстройства при нервной анорексии // Журн. невропат. и психиатр. – 1991. – т. 91, № 5. – С. 43–47.

Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В. В. Нервная анорексия. – М., 1986.

Коркина М. В. Клинические варианты нервной булимии // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1990. № 2. С. 86–91.

Коркина М. В. Нервная анорексия и нервная булимия – две болезни? // Вопросы диагностики и лечения психических заболеваний. – М., 1988. – С. 173–180.

Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 1991. – № 1. – С. 8–15.

Короленко Ц. П. Работоголизм: Приветствовать или лечить // ЭКО: Экономика и организация промышленного производства. 1992. № 11.

Короленко Ц.П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000.

Короленко Ц.П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. – Новосибирск, Наука. 1990.

Коростелева И.С., Вознесенская Т.Г., Рыльцова Г. А. Психофизиологические особенности больных церебральным ожирением в контексте проблем алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 1. – С. 29–36.

Коростелева И.С., Ротенберг В. С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств / Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М.: Философское общество СССР, 1993.

Косенков Н. И. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний // Юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. 14–16 июня 2000 года – СПб.: ВМА, 2000.

Косенков Н. И. Физиологические механизмы психологической адаптации при психосоматической патологии: Автореф. дис... д-ра мед. наук. СПб., 1997.

Коссаковский А. Психическое развитие личности в онтогенезе //

Психология личности в социалистическом обществе. Активность и развитие личности. – М.: Наука, 1989.

Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М., Академический проект, 1999.

Красильников Г.Т., Гирич Я. П. Существует ли предрасположенность к аддикциям (факторы риска) // Консилиум. – 1999. – № 2 (5). – С. 21–22.

Красноперова Н. Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Томск, 2001.

Красноперова Н.Ю., Красноперов О. В. Пищевая зависимость как форма аддиктивного поведения // Актуальные вопросы пограничных и аддиктивных состояний. – Томск – Барнаул, 1998. – С. 86.

Креславский Е. С. Избыточная масса тела и образ физического Я. // Вопр. психологии. – 1987. – № 2. – С. 113–117.

Креславский Е. С. Психосоциальные аспекты ожирения. / Социально-гигиенические аспекты ожирения: Сборник научных трудов. – Л.: ЛСГМИ, 1981.

Креславский Е. С. Клинико-психологические особенности больных алиментарно-конституциональной формой ожирения // Психиатрические аспекты педиатрии. – 1985. – С. 43–48.

Кречмер Э. Строение тела и характер. – М.: Педагогика-Пресс, 1995.

Кроник А.А., Ахмеров Р. А. Каузометрия: методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. – М., Смысл, 2003.

Крылов В. И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. – СПб.: ООО "Издательский дом «Шанс», 1995.

Крылов В. И. Атипичные депрессии (клиника, диагностика, терапия) // Рос. психиатр. журн. 1999. № 6. – С. 16–19.

Кулаков С. А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. – СПб., 2002.

Кулаков С. А. Основы психосоматики. – СПб., Речь, 2003.

Куликов Л.В., Ладатко Н.А., Орлова Н. П. Апробация анкеты внешности // Социальная психология: диалог СПб. – Якутск: Материалы науч. конф. – СПб., 2002. – С. 114–120.

Кушнер Р., Кушнер Н. Ваша индивидуальная диета. – М.: АСТ: Транзиткнига, 2005.

Кэмпбелл Д. Эффект Моцарта. – Мн.: Попурри, 1999.

Кэхеле Х. От психоанализа Фрейда до терапии цветами по Баху (Где сегодня находится психоанализ) // Herbstakademie-1995. С. 179–87.

Лабунская В. А. Введение в психологию невербального поведения

(методические указания). – Ростов-на-Дону, 1994.

Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб.: Речь, 2001.

Лазарус А. Мультимодальная психотерапия // Зейг Д. К., Мьюнион В. М. Психотерапия – что это? – Москва: Независимая фирма «Класс», 2000. С. 228–232.

Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Морено. – М.: Прогресс, Универс, 1994.

Леонгард К. Акцентуированные личности. Пер. с нем. – Ростов н/Д.: изд-во «Феникс», 1997.

Леоненко Е.Л., Тимошенко Г. В. Знакомство с собой. Как чувствует себя ваше тело? – М.: ФОРУМ-ИНФРА-М., 2006.

Леоненко Е.Л., Тимошенко Г. В. Знакомство с собой. Как общается наше тело? – М.: Форум-ИНФРА-М., 2006.

Либин А. В. Стилиевые и темпераментальные свойства в структуре индивидуальности человека: Автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1993.

Либин А.В., Либина Е. В. Стиль реагирования на стресс // Психологический словарь / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1996.

Либина А., Либин А. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными ситуациями? // Стиль человека: психологический анализ. А. Либин (ред.). – М., Смысл, 1998.

Либина Е. В. Изучение стилей совладания человека со сложными жизненными ситуациями с позиций интерактивного подхода // Мир индивидуальности. – Смоленск, 1996.

Либина Е. В. Психология совладания с жизненными кризисами и сложными ситуациями (Чтобы не осталась женщина одинокой). – М., 1996.

Лисина М.И., Силвестру А. И. Психология самопознания у дошкольников. – Кишинев, 1983.

Лисицкая Т. С. Аэробика на все вкусы. – М.: Просвещение-Владос, 1994.

Лисицкая Т. С. Ритм. Пластика. – М.: ФиС, 1988.

Лоуэн А. Биоэнергетика. Терапия, которая работает с телом. – СПб.: Речь, 2000.

Лоуэн А. Предательство тела / Пер. с англ. – Екатеринбург: Изд. – во «Деловая книга», 1999.

Лоуэн А. Психология тела. Телесно-ориентированный биоэнергетический психоанализ. – М.: Независимая ассоциация психологов-практиков, 1997.

Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера. – М.: Издательская фирма «Компания ПАНИ», 1996.

Лоуэн А. Язык тела. – СПб. – Ростов-на-Дону, Академический проект – Феникс, 1998.

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача // СПб. – НИПИ им. В. М. Бехтерева. 1994.

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., 2000.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. – М., НФ «Класс», 1998.

Мак-Дермот Я., О'Коннор Дж. НЛП и здоровье. – Челябинск, 1998.

МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. – СПб., Речь, 2001.

Мак-Нили Д. Прикосновение: глубинный анализ и телесная терапия. – М.: Институт гуманитарных исследований, 1999.

Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы. – М.: Эксмо, 2004.

Малкина-Пых И. Г. Гендерная терапия. – М.: Эксмо, 2006.

Малкина-Пых И. Г. Климакс – не диагноз. – СПб.: Питер, 2004.

Малкина-Пых И. Г. Психология поведения жертвы. – М.: Эксмо, 2006.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2004.

Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия. – М.: Эксмо, 2005.

Малкина-Пых И. Г. Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2004.

Малкина-Пых И. Г. Телесная терапия. – М.: Эксмо, 2005б.

Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Эксмо, 2005.

Марилов В. В. Частная психопатология: Учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений. – М., 2004.

Марова Е. И. Влияние различных методов лечения ожирения на гипоталамо-гипофизарную и тиреоидную функции // Советская медицина. – 1981. – № 3. – С. 13–18.

Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МедПресс-информ, 2005.

Менделевич В. Д. Новые проблемы психологии и психопатологии девиантного поведения в период социальных перемен. / Материалы н-пр. конференции «Психиатрия и общество». – М., 2001. – С. 144–151.

Менделевич В. Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения? // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 6. – С. 16–20.

Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учебн. пособ. – М., МЕДпресс. – 2001. – С. 432.

Менделевич В. Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 1. – С. 5–9.

Менделевич В.Д., Менделевич Б. Д. Наркотическая зависимость как семейный аддиктивный паттерн. / Тезисы докладов респ. н-пр. конференции «Современные проблемы клинической и социальной психиатрии». – Казань, 1999. – С. 99–101.

Менделевич В.Д., Садыкова Р. Г. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестник клинической психологии. – 2003. – Т. 1. – № 2. – С. 153–158.

Менделевич В.Д., Садыкова Р. Г. Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов. – Казань, РЦПНН при КМРТ, 2002. – 240 с.

Менделевич В.Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 608.

Менделевич В.Д., Харлампиди Э.Х., Узелевская А.Э., Боев И. В. Прогностическая деятельность и волевая регуляция агрессивного поведения у наркозависимых вне абстиненции. / Материалы 3-й международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия». – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 332–336.

Меннингер К. Война с самим собой. – М., 2000.

Мерлин В. С. Проблемы экспериментальной психологии личности. – Пермь, 1970. Т. 77. – С. 103–156.

Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. – М.: Педагогика, 1986.

Мизерне Р. В. Психическая зависимость от еды как объект психотерапии // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1993. – № 2. – С. 64–73.

Минабутдинов Ш. Р. Клинический и психофизиологический анализ при церебральном ожирении: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1996.

Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – М. Независимая фирма «Класс». 1998.

Михайлова Е. Л. Работа с семейной историей // Методы современной психотерапии. Учебное пособие. Кроль Л.М., Пуртова Е.А. (сост.). – М., Класс, 2001.

МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз. Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб.: Адис, 1994.

Монтиньяк М. Метод похуждения Монтиньяка. Особенно для женщин.

Пер. с фр. – М.: Издательский Дом ОНИКС, 1999.

Назмутдинов А. Р. Особенности коррекции невротических расстройств в сочетании с нефармакологическим аддиктивным поведением // Мат-лы конф. Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств / Под ред. Н. Е. Буториной. – Челябинск – 2000.

Наранхо К. Техники гештальт-терапии. Практическое руководство для профессионалов. – СПб., 1995.

Наранхо К. Характер и невроз. – СПб. – Минск, Диалог-Лотаць, 1998

Нарицын Н. Психология счастья. Книга 1-й серии «Доверительный разговор», 1999–2000, <http://www.naritsyn.ru/biblio.shtml>

Небылицын В. Д. Основные свойства нервной системы. – М., 1991.

Неймарк М. С. Психологическое изучение направленности личности: Автореф. дисс... докт. психол. наук. – М., 1972.

Немиринский О. В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств: от симптома к контакту // Московский психотерапевтический журнал, 1997, № 1.

Никитин В. Н. Психология телесного сознания. – М., Алетея, 1998.

Норбеков М., Хван Ю. Уроки Норбекова. Дорога в молодость и здоровье. – СПб.: Питер, 1999.

Обозов Н. Н. Мир нашего «Я» в рисунке и почерке. – СПб., АППМ, 1997

Обозов Н. Н. Психодиагностика личности. – СПб., 1998.

Обухов Я. Л. Символдрама и современный психоанализ. Сборник статей. – Харьков: Регион-информ, 1999.

Олейников А. Н. Особенности сексуального поведения у больных нервной анорексией и булимией // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2000. – № 5. – С. 19–22.

Орлов Ю.М., Гройсман А.Л. Философия гипертонической болезни (Саногенное мышление для больных гипертонической болезнью.) – М.: Импринт-Гольфстрим, 1998.

Павлов И. П. Общие типы высшей нервной деятельности животных и человека // Психология индивидуальных различий: Тексты / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. – М., 1980. С. 21–23.

Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – М., 1951.

Палуди М. Психология женщины. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003.

Панферов В. Н. О роли внешности в регуляции отношений // Человек и общество. – Л., 1968. Вып. III. – С. 235–240.

Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. – СПб., А.В.К.,

2002

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1996.

Перлз Ф. Гештальт-подход и Свидетель терапии. – М.: Издательство «Либрис», 1996.

Перлз Ф., Гудмен П. Теория гештальт-терапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.

Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. – М.: Издательство Института психотерапии, 2001.

Перлз Ф. С. Эго, голод и агрессия: Пер. с англ. – М.: Смысл, 2000.

Петров Д.П., Назаренко Л. И. Ожирение: психосоматический и диетологический аспекты лечения. – СПб.: СПбМАПО, 1999.

Петровский А. В. Проблема развития личности с позиций социальной психологии // Вопросы психологии, 1984, № 4.

Петровский В. А. Психология неадаптивной активности. – М., 1992.

Пиаже Ж. Теория Пиаже. История зарубежной психологии. 30-е – 60-е годы: Тексты. М., 1986.

Пищевое поведение. Ожирение. Словарь терминов. – Б.м.: Б.и., 1997.

Покровский А. А. Роль биохимии в развитии науки о питании. – М., Наука. 1974.

Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: контуры теории и практики. – М.: Класс, 1999.

Попов Ю.В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000.

Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. – М., Изд-во Ин-та психотерапии, 2000.

Радченко А. Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств // Методы современной психотерапии. Учебное пособие. Кроль Л. М., Пуртова Е. А. (сост.). – М., Класс, 2001.

Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998.

Райгородский Д. Я. Психология и психоанализ характера. – Самара: Издательский дом «Бахрах», 1998а.

Райх В. Анализ характера: пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.

Райх В. Функция оргазма. – Санкт-Петербург-Москва, 1997.

Робин Ж.-М. Гештальт-терапия. М., Мир гештальта, 1998.

Романова Е.С., Потемкина О. Р. Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1991.

Ротенберг В.С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. – М., 1984.

Ротов А. В. Зависимость снижения избыточной массы тела в процессе психотерапевтической коррекции от гипнабельности пациентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 4. – С. 69–71.

Ротов А.В., Гаврилов М.А., Бобровский А.В., Гудков С. В. Агрессия как форма адаптивной психологической защиты у женщин с избыточной массой тела // Сиб. вестн. психиатрии и наркол. – 1999. – № 1. – С. 81–83.

Ротов А.В., Ротов В. А. Роль гипнабельности в психотерапии ожирения // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса / Под редакцией академика РАМН, профессора В. Я. Семке. Т. 2. – Томск: МГП «РАСКО», 2001.

Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Питер Ком, 1998.

Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983.

Русалов В. М. Психология и психофизиология индивидуальных различий: Некоторые итоги и ближайшие задачи системных исследований // Психол. журн. 1991. № 5. Т. 12. – С. 67–78.

Савенко Ю. С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология // Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний. – М., 1974. – С. 95–112.

Савенков Ю. И. Избыточный вес – угроза здоровью. – Барнаул: Алт. Кн. Изд-во. 1985.

Савчикова Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса. Дисс... канд. псих. н. – СПбГУ, Санкт-Петербург, 2005.

Садовская А. В. Понятие враждебности. Основные направления и методы исследования враждебности // Интернет-журнал «Ломоносов», 2000.

Саймонтон К., Саймонтон С. Восхождение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни – СПб., 1996.

Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб., Питер, 1999.

Сельвини-Палаццоли М. и др. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. – М., 2002.

Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960.

Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979.

Семенова Н. Д. Возможности психологической коррекции алекситимии. / Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М.: Философское общество СССР, 1993.

Семина Т.И. Риск развития расстройств пищевого поведения у

школьников и студенток // Вестн. СибГМУ. 2000. № 2. – С. 81–82.

Семке В. Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999.

Семке В.Я., Аксенов М. М. Пограничные состояния (региональные аспекты). – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1996.

Сергеева Л. С. Телесно-ориентированная психотерапия. Хрестоматия. – СПб.: СПб РОФ «Практическая психотерапия», 2000.

Синцова Н. В. Пищевая мотивация у больных алиментарным ожирением. / Вопросы питания. – 1991. – № 5. С. 18–21.

Скворцов В.В., Чекчурин Ю.А., Литвинов И. А. О взаимосвязи мотиваций алкогольной аддикции и мотиваций на терапию. Медико-фармацевтический сибирский журнал, № 2. – 1999 – С. 23–25.

Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения: клинко-биологический подход. <http://www.msmi.minsk.by/bmm/01.2002/23.html>

Скугаревский О. А. Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления // Психотерапия и клиническая психология. 2003. – № 2 (7). – С. 25–29.

Собчик Л. Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики. – СПб., Речь, 2003.

Соколова Е. Т. Особенности самосознания при невротическом развитии личности: Автореф. дис... докт. мед. наук. – М., 1991.

Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: Изд-во МГУ, 1989.

Соколова Е.Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SVR-Аргус, 1995.

Соколова Е.Т., Чечельницкая Е. И. Психология нарциссизма. Уч. Пособие. – М.: Психология, 2001.

Соловьева С. Л. Справочник практического психолога. – СПб., Сова; М., АСТ, 2005.

Старостина Е.Г., Древаль А. В. Проблема ожирения глазами врача и глазами потенциального пациента. // Терапевт. арх. – 2001. – 73, № 10. – С. 14–20.

Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. – М., Изд-во Ин-та психотерапии, 2005.

Стойнев А.Г., Икономов О. Х. Циркадианный паттерн потребления пищи у лабораторных крыс: характеристики и гипоталамическая регуляция. // Успехи физиологических наук. 1989. – 20. – № 2. – С. 96–112.

Столин В. В. Самосознание личности. – М., 1983.

Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. – М.:

Прогресс, 1982.

Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю., Чернова Л. А. Ожирение у подростков. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003.

Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. – СПб., Социально-психологический центр, 1996.

Судаков К.В. Новые аспекты классической концепции стресса // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1997. – № 2 – С. 124–129.

Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса. / АМН СССР. – М.: Медицина, 1981.

Таланов В.Л., Малкина-Пых И. Г. Справочник практического психолога. – М., Эксмо, 2002.

Татонь Я. Ожирение: патофизиология, диагностика, лечение. – Варшава: Польское медицинское издательство, 1981.

Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами. Пособие для врачей. – СПб., 1992.

Теплов Б. М. Избранные труды. В 2 т. – М., 1986.

Терещенко И. В. Современные проблемы лечения ожирения. // Проблемы эндокринологии. – 1993. – № 3. – С. 57–61.

Ткаченко А. А. Сексуальные извращения – парафилии. – М., 1999.

Томэ Х. О психотерапии пациентов, страдающих нервной анорексией. // Моск. психотер. журнал. – 1998. – № 2.

Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 2. – М., 1996.

Тополянский В.Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.

Уголев А. М. Эволюция пищеварения и принципы эволюции функций. – Л.: Наука, 1985.

Узелевская А.Э., Менделевич В.Д., Боев И. В. Прогностическая деятельность пациентов с личностными расстройствами с повышенной склонностью к психосоциальной дезадаптации. // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 6. – С. 17–20.

Урсано Р., Зоненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. Вып. 3. / Пер. с англ. Рос. Психоаналитическая ассоциация. – М., 1992.

Усков А. Ф. Неистребимая аддикция к жизни. / Психология и лечение зависимого поведения. – М.: Класс, 2000. – С. 5–8.

Ухтомский А. А. Собр. соч. – Л., 1951. Т. 2.

Файн С., Глассер П. Динамика коммуникации в терапевтическом интервью // Журнал практической психологии и психоанализа № 2, 2003.

Фанч Ф. Преобразующие диалоги. – «Ника-Центр», «Вист-С», Киев, 1997а.

Фанч Ф. Пути преобразования. Общие модули процессинга. – «Ника-Центр», «Вист-С», Киев, 1997б.

Фаст Дж. Язык тела. – М.: Вече-Аст, 1997.

Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002.

Федоров Я. О. Мотивационный анализ пищевого поведения больных с экзогенно-конституциональной формой ожирения // Актуальные проблемы внутренней медицины и стоматологии: Сб. науч. тр. – СПб., 1997, Ч. 1. – С. 269.

Федорова Г.М., Бажурина В. Б. Наше тело – наш учитель // Журнал практического психолога. – № 7–8, 1999.

Фельденкрайз М. Осознание через движение. – М.-СПб.: Университетская книга, 2000.

Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. – М.: Академический проект, 2004.

Филатова Е. С. Искусство понимать себя и окружающих. – СПб.: Дельта, 1999.

Филатова Е. С. Соционика для всех. – СПб.: Б К, 2001.

Филозоф А. А. Психокоррекционные возможности танцевальной терапии в работе с лицами пожилого возраста // Психология зрелости и старения. – № 1 (17), 2002.

Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. – М.: Педагогика, 1993.

Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности. 1905.

Фролова А.В., Менделевич В. Д. Лексико-семантические особенности речи наркозависимых. / Сборник Межрегиональной н-пр. конференции «Наркозависимость: профилактика, лечение, реабилитация». Казань, 2001. – С. 65–71.

Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М., 1994.

Фрэнкин Р. Е. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. – 5-е изд. – СПб.: Питер, 2003.

Хейзинга И. Homo ludens. В тени завтрашнего дня. – М.: Прогресс, 1992.

Хломов Д. Феноменология телесности // Гештальт, 2000. Сб. материалов Московского гештальт-института. – М., 2000. – С. 51–55.

Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / Психоанализ и культура. Избранные труды Карен Хорни и Эриха

Фромма. – М.: Юрист, 1995.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М.: Прогресс, Универс, 1993.

Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). – СПб.: Питер Пресс, 1997.

Цивилько М.А., Коркина М.В., Брюхин А.Е., Бушенина С.Д., Линева Т. Ю. Обсессивно-фобические расстройства при нервной анорексии и булимии // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – № 3. – С. 16–19.

Цивилько М.А., Дмитриева Т.Н., Занозин А. В. Распространенность нервной анорексии в городской популяции школьников // Журн. невропат. и психиатр. – 1999. – № 3. – С. 24–26.

Циркин С.Ю., Гладышев О.А., Бабин А. Г. Нервная булимия: критерии и типология // Социал. и клинич. психиатрия. – 2000. – № 1. – С. 68–72.

Циркин С. Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатр. журн. – 1998. № 4. – С. 5–8.

Циркин С.Ю., Гладышев О.А., Бабин А. Г. Нервная булимия: критерии и типология // Соц. и клинич. психиатрия. – 2000. Т. 10. № 1. – С. 68–72.

Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У. Гипнотерапия вредных привычек. – М.: Класс, 1998. С. 192.

Чернобровкина Т.В., Аркавый И. В. Роль эйфории в клинике и лечении наркологических заболеваний. Клинико-биохимический и социальный аспекты // «Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии» (материалы республик. совещания врачей психиатров-наркологов) – Москва, 1992. – С. 113–122.

Чеснокова И. И. Проблема самосознания в психологии. – М., 1977.

Чурилов Л. П. Новое о патогенезе ожирения // Мир медицины. – 2001. – № 3–4. – С. 19–20.

Шабалина В. В. Зависимое поведение школьников. – СПб., 2001.

Шванева И. Танец на языке вдохновения // Vita. Традиции. Медицина. Здоровье. 2000. <http://www.ptpu.ru/Vita/Rubrika/>

Шейдер Р. (ред.) Психиатрия. – М., Практика, 1998.

Шерман Р. Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии. – М. Независимая фирма «Класс». 1997.

Шкурко Т. А. Танцевально-экспрессивный тренинг. – СПб., Речь, 2003.

Шостак В.И., Лытаев С. А. Физиология психической деятельности человека. – СПб.: Деан, 1999.

Шостакович Б.В., Ткаченко А. А. Эксгибиционизм. – Таганрог, 1991.

Шурыгин Д.Я., Вязицкий П.О., Сидоров К. А. Ожирение. – Л.:

Медицина, 1980.

Шутс В. Глубокая простота. – СПб., 1993.

Шутценбергер А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001.

Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. – СПб., 2002.

Эндрюс Т. Магия танца. – М.-Киев, REFL-book/Ваклер, 1996.

Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности // Архетип, 1995, № 1.

Эриксон Э. Идентичность: Юность и кризис. – М., 1996.

Юнг К. Архетип и символ. – М., 1991.

Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени. – М.: Практика, 1993.

Юнг К. Г. Психологические типы. – М., 1995.

Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. – СПб.: Питер, 2000.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 1999.

Япко М. Боль жизни. Техники эриксоновского гипноза и НЛП для краткосрочной психотерапии депрессий. – М.: 1999.

Яременко Л.Н. Психоэмоциональная коррекция в комплексном лечении ожирения // Рос. семейный врач. – 1999. – № 2. – С. 35–39.

Яффе М., Фенвик Э. Секс в жизни женщины. – М.: Медицина, 1991.