



ЛЕКЦИЯ 21. ПСИХОТЕРАПИЯ СТРЕССА.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стадии стресс – реакций.....	2
Неосознаваемая передача опыта родителей находящимся с ними в симбиозе детям	3
Аутоноэтическое сознание	3
Синдром «ребенка выжившего»	4
Передача через «двойные транзакции»	4
Двойная, угловая транзакция.....	4
Дети – «контейнеры».....	4
Информирование: В-В; В-Ре.....	5
Вторичная травматизация у детей ветеранов Вьетнама	5
Концепция ТА и различные способы суицида на фоне стресса Covid-19	5
Классификация связанных со стрессом психических расстройств.....	5
Алгоритм психотерапевтической работы с последствиями стресса разной длительности	6
Дебрифинг («РАЗБОР ПОЛЕТОВ»)	6
7 фаз-этапов дебрифинга:	6
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	7
Психотерапия ПТСР	7
Цель и методы	7
Лечение ПТСР	8
Психотерапия ПТСР, осложненного приемом ПАВ и аутоагрессией	8
Диссоциативные расстройства МКБ-10.....	9
Интеграция прошлого диссоциированного опыта через «экранирующие воспоминания» .	
.....	11
Интегративный ТА и Интегративная психотерапия Ричарда Эрскина	13
ТА в лечении РМЛ.....	14
Посттравматическое расстройство ожесточения	15
Психотерапия гнева	15
Психотерапия прощением обидчика и самопрощением.....	16
Прощение	16
Самопрощение.....	17
Альтернативы прощению.....	17
Первая	17
Вторая.....	17



СТРЕСС

Стресс - (англ. stress – напряжение)

По Гансу Селье, 1982 г:

Совокупность стереотипных филогенетически запрограммированных реакций организма, которые вызываются любыми сильными, сверхсильными, экстремальными воздействиями и сопровождаются перестройкой адаптивных сил организма.

СТАДИИ СТРЕСС – РЕАКЦИЙ

1. ТРЕВОГИ

(St. Alarm reaction)



2. РЕЗИСТЕНТНОСТИ

(St. of resistance)



3. ИСТОЩЕНИЯ

(St. of exhaustion)

Стресс подразумевает очень широкий спектр влияний на психическую жизнь и расстройств:

- стресс и детский травматический опыт
- стресс и эпигенетическая наследственность

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

В исследовании Дрэйджер и Лэнгелэнд (Draijer N., Langeland W., 1999) под психической травмой понимался широкий спектр событий, происшедших в возрасте до 16 лет, и объединенных в 5 групп:

1. Пренебрежение было определено как родительская дисфункция и недоступность родительской опеки в результате частых соматических заболеваний, психических расстройств, злоупотребления алкоголем или седативными препаратами.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 21. Психотерапия стресса.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

2



2. Болезненная сепарация – утрата родителя в результате смерти, развода, заболевания на период более 6 месяцев.

3. Физическое насилие – как тяжелая родительская агрессия в отношении ребенка, при этом исключались факты наказания, характерные для культуральных особенностей испытуемых.

4. Сексуальное насилие – как любые сексуальные действия в отношении испытуемого, совершаемые без его согласия, с негативной оценкой происходящего.

5. Наблюдение физической или сексуальной агрессии между родителями.

ЭПИГЕНЕТИКА: ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ СРЕДЫ НА НАСЛЕДОВАНИЕ

Потомки переживших Холокост детей, помимо низкой самооценки, нарциссической уязвимости, проблем с идентичностью и нарушениями в межличностных отношениях имели эпигенетические метки в одной и той же части гена, связанного с регуляцией поведения и чувствительностью к стрессу

Потомки еврейских семей, которые жили за пределами Европы не имели таких генетических изменений

[https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(15\)00652-6/abstract](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(15)00652-6/abstract)

Принцип эпигенетической пластичности подразумевает, что изменения в эпигеноме могут быть сброшены, когда травматические вызовы (экологические повреждения) больше не присутствуют или когда мы достаточно изменились, чтобы решать экологические проблемы по-новому. Именно способность гибко реагировать на раздражители окружающей среды является фундаментальной адаптивностью и основой устойчивости человека. [Gapp K, Bohacek J, Grossmann J et al. Potential of environmental enrichment to prevent transgenerational effects of paternal trauma. *Neuropsychopharmacology* 2016;41:2749-58].

НЕОСОЗНАВАЕМАЯ ПЕРЕДАЧА ОПЫТА РОДИТЕЛЕЙ НАХОДЯЩИМСЯ С НИМИ В СИМБИОЗЕ ДЕТЯМ

АУТОНОЭТИЧЕСКОЕ СОЗНАНИЕ

В симбиозе Мать и Дитя используют единое психическое пространство, так что любой опыт матери одновременно принадлежит и малышу.



По мере развития собственного Я ребенок получает способность к проекции полученного негативного опыта в собственное будущее

СИНДРОМ «РЕБЕНКА ВЫЖИВШЕГО»

Чувство чрезмерной идентификации и слитной идентичности с родителями, снижение самооценки, проистекающее из минимизации собственного жизненного опыта ребенка по сравнению с родительской травмой

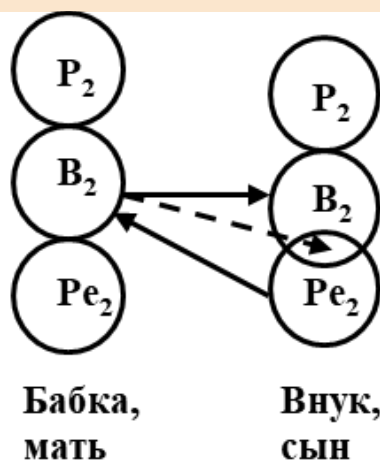
Склонность к катастрофизации последствий, беспокойство по поводу повторения родительских травм

Поведенческие нарушения: тревога, травмирующие кошмары, дисфория, чувство вины, повышенная бдительность

Трудности в межличностном взаимодействии.

ПЕРЕДАЧА ЧЕРЕЗ «ДВОЙНЫЕ ТРАНЗАКЦИИ»

ДВОЙНАЯ, УГЛОВАЯ ТРАНЗАКЦИЯ



ДЕТИ – «КОНТЕЙНЕРЫ»

Пережившие травму родители экстернализировали свои посттравматические симптомы посредством невербального поведения и бессознательного воспроизведения страха и горя, так что ребенок становился контейнером для нежелательных, тревожных переживаний родителей. [Barocas HA, Barocas CB. Separation-individuation conflicts in children of holocaust survivors. J Contemp Psychother 1980;11:6-14]

Kestenberg JS. Psychoanalyses of children of survivors from the holocaust: case presentations and assessment. J Am Psychoanal Assoc 1980;28:775-804]

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 21. Психотерапия стресса.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



ИНФОРМИРОВАНИЕ: В-В; В-РЕ

ВТОРИЧНАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ У ДЕТЕЙ ВЕТЕРАНОВ ВЬЕТНАМА

Вторичная травматизация – как стрессовая природа жизни с травмированным человеком, который может выражать симптомы, пересказывать их или заново переживать ужасные события в присутствии детей. [Rosenheck R, Nathan P. Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. Hosp Community Psychiatry 1985;36:538-9.

Figley CR. Catastrophes: an overview of family reactions. In: Figley CR, McCubbin HI (eds). New York: Brunner/Mazel, 1983:3-20.]

КОНЦЕПЦИЯ ТА И РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ СУИЦИДА НА ФОНЕ СТРЕССА COVID-19



КЛАССИФИКАЦИЯ СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

- F 43. Острая реакция на стресс
 - F.43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
 - F.43.2 Расстройства адаптации
- F.44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

Отметим, что указанные расстройства напрямую связаны с перенесенным острым или хроническим стрессом, однако одного лишь факта наличия стресса недостаточно для развития расстройства



АЛГОРИТМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СТРЕССА РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

Эмоционально-шоковые реакции	Обеспечение безопасности и защита, фармакотерапия по показаниям (например, судороги)
При сохранении ясного сознания сразу после травматического эпизода (несколько час – 48 час)	Снижение уровня или устранение стрессогенной ситуации Групповой дебрифинг
ПТСР (6 мес) (и «первичная диссоциация» (навязчивые воспоминания, флэшбэки, ночные кошмары) - «вторичная диссоциация» (феномены выхода из тела, дереализация, аналгезия и проч.) - «третичная диссоциация» вплоть до феномена множественной личности	Техника вскрывающих интервенций с целью интеграции травматических воспоминаний и психообразовательные техники Раскрытие травматических чувств в поддерживающем окружении Интеграция личности
Хроническая (детская) травма (травматическое развитие, личностное расстройство)	Симптоматическая психотерапия детской травмы

ДЕБРИФИНГ («РАЗБОР ПОЛЕТОВ»)

Цель – в безопасных, поддерживающих условиях отреагировать, разделить и нормализовать реакции, поведение, мысли и чувства, возникшие в ходе травматической ситуации

7 ФАЗ-ЭТАПОВ ДЕБРИФИНГА:

1. Вводная фаза
2. фаза описания фактов
3. фаза описания мыслей
4. фаза описания переживаний
5. фаза описания симптомов
6. фаза завершения
7. фаза реадаптации

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 21. Психотерапия стресса.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

6



М.М. Решетников

«..дебрифинг наиболее эффективен, если он проводится до введения транквилизаторов и до того, как пострадавшим предоставлена возможность сна (то есть — в первые сутки); естественно — если для этого имеются возможности и достаточное количество квалифицированных специалистов, способных проводить дебрифинг. В случаях, когда дебрифинг оказывается по тем или иным причинам отложенным, происходит консолидация следов памяти, сопровождаемая рядом психопатологических феноменов, хорошо известных специалистам...»

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): это расстройство возникает как отсроченная реакция на исключительно катастрофическое событие в жизни человека, такое как – стихийное бедствие, война, насилие, серьёзная авария и т.д. Симптомы ПТСР могут развиваться спустя 6 и более месяцев после психотравмирующего инцидента.

ПТСР характеризуется:

- Периодические навязчивые воспоминания стрессового события (flash-back) или сновидения о нём;
- Наличие чувства повторного переживания стрессового события;
- Избежание ситуаций, которые могли бы напомнить о стрессовом событии;
- Отчетливые симптомы тревоги;
- Частичная амнезия некоторых аспектов стрессового события;
- Ангедония.

Впервые ПТСР было описано в США на основе длительного изучения солдат американской армии, вернувшихся после войны во Вьетнаме (Figley Ch., 1978).

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР

ЦЕЛЬ И МЕТОДЫ

Цель: освобождение от преследующих воспоминаний о прошлом и интеграция пережитого чуждого, ужасного, «захлестывающего» эмоционального и событийного опыта в свое представление о себе



Методы: Техника вскрывающих интервенций (1), Техника десенсибилизации и переработки травматических переживаний посредством движения глаз (2), Ослабление травматического инцидента и др.

ЛЕЧЕНИЕ ПТСР

ПТСР – труднокурабельное расстройство. Позитивные симптомы (например, ночные страхи) легче лечить, чем негативные (например, социальное избегание). Для фармакотерапии применяют антидепрессанты (трициклические, ИМАО, СИОЗС). Из СИОЗС используют сертралин, пароксетин, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин. Для купирования тревоги или бессонницы кратковременно назначают бензодиазепиновые анксиолитики и снотворные средства. При резистентности к лечению назначают антипсихотики. При снижении активности и проявлениях апатии из антидепрессантов предпочтительнее пирлиндол, пипофезин, моклобемид, этифоксин, при выраженности или частых эпизодах тревоги – тианептин, миансерин, тразодон. Лечение длительное, обычно 6-12 мес (но не менее 8 нед).

Психотерапия включает: релаксационные методы; когнитивно-бихевиоральные методы; семейное консультирование; социальную поддержку (в виде семейной и групповой психотерапии).

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР, ОСЛОЖНЕННОГО ПРИЕМОМ ПАВ И АУТОАГРЕССИЕЙ

Терапия Поиск Безопасности проходит в 3 этапа (Najavits L., 2013): (1) безопасность, (2) горевание и воспоминание, и (3) воссоединение. Психотерапия на этапе безопасности ориентирована на настоящее и формирует навыки совладания с влечением, стрессовыми ситуациями, влиянием травмы на основе психообразовательного подхода. Горевание и воспоминание, наоборот, фокусируются на прошлом, приглашая клиентов к работе с горем, проживанию травмы и отреагированию связанных с ней аффектов. В отличие от пациентов с ПТСР, не осложненным аддикцией, глубокое проживание травмы зависимыми может способствовать большей частоте рецидивов и активному использованию «аварийных люков» – отказу от терапии, суициду, уходу в психическую или соматическую болезнь. Поэтому традиционные техники, такие как метод десенсибилизации и переработки движением глаз, экспозиции, когнитивной обработки,



будучи эффективными при ПТСР, широко не используются в лечении зависимостей. Этап воссоединения направлен в будущее. Он подразумевает построение прочных основ для социальной и профессиональной жизни и напоминает этап ресоциализации в терапевтических сообществах.

Учитывая прошлый и текущий травматический опыт, а также существование альтер-личностей, например, употребляющих ПАВ, преследующих или суицидальных, Л. Найавитц предлагает организовывать здоровый диалог между диссоциированными частями, чтобы все части были услышаны. Она предлагает также: (1) написать письмо с выражением принятия той части Я, которая была отвергнута, с обещанием уважать и прислушиваться к ней; (2) поразмышлять о последнем случае употребления алкоголя и определить, какая часть Я привела к опасному поведению, а какая часть Я отсутствовала в тот момент; (3) попытаться провести здоровый диалог между сторонами Я и отследить, может ли одна сторона успокоить другую?

ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА МКБ-10

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

G1. Отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы, характеризующие данное расстройство (но могут быть физические расстройства, которые дают развитие другим симптомам).

G2. Имеется убедительная связь во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями.

F44.0 Диссоциативная амнезия.

A. Должны быть общие критерии для диссоциативных расстройств (F44).

B. Амнезия, как частичная, так и полная, на недавние события или проблемы, которые были или в настоящее время остаются травмирующими или стрессорными.

V. Амнезия слишком обширная и постоянная, чтобы ее можно было объяснить обычной забывчивостью (хотя ее глубина и распространенность может варьировать от одного обследования к другому) или намеренной симуляцией.

F44.1 Диссоциативная fuga.

A. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).



Б. Неожиданный, но организованный отъезд из дома или с места работы или уход от социальной активности, когда больной продолжает в основном нормально обслуживать себя.

В. Амнезия либо частичная, либо полная на эти поездки, которая соответствует также критерию В для диссоциативной амнезии (F44.0).

F44.2 Диссоциативный ступор.

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи, а также нормального реагирования на свет, шум и прикосновения.

В. Поддерживание нормального мышечного тонуса, статической позы и дыхания (и часто ограниченные координированные движения глаз).

F44.3 Трансы и состояния овладения.

А. Должны выявляться общие расстройства (F44).

Б. Любое из двух:

1. Трансы. Имеются временные изменения сознания представленные любыми двумя из следующих трех проявлений:

а) потеря обычного чувства личной идентичности; б) сужение осознания непосредственного окружения или необычно узкая и избирательная концентрация на стимулы окружающей среды;

в) ограничение движений, поз и речи, и повторение их маленького набора.

2. Состояние овладения. Больной убежден, что в него вселился дух, сила, божество или другая личность.

В. Оба критерия 1) и 2) должны быть нежелательными и мучительными и возникать независимо или являться продолжением сходных состояний в религиозных или приемлимых для данной культуры ситуациях.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Отсутствие в это время шизофрении или связанных с ней расстройств (F20-F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30-F39) с галлюцинациями или бредом.

F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства.

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Любое из двух:



1. Полная или частичная утрата способности к произвольным движениям, которые в норме находятся под волевым контролем (включая речь);
2. Различные или различающиеся по степени нарушения координации или атаксия или неспособность стоять без посторонней помощи.

F44.5 Диссоциативные судороги.

- A. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).
- B. Внезапные и неожиданные спастические движения, напоминающие любые варианты эпилептических судорог, но без последующей потери сознания.
- V. Симптомы в критерии B не сопровождается прикусом языка, серьезными ушибами или повреждениями вследствие падения или непроизвольным мочеиспусканием

F44.6 Диссоциативная анестезия и потеря чувствительности.

- A. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).
- B. Любое из двух:
 1. частичная или полная потеря некоторых или всех видов кожной чувствительности участка или всего тела (указать: прикосновения, укол булавкой, вибрация, холод-жар);
 2. частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния (указать).

ИНТЕГРАЦИЯ ПРОШЛОГО ДИССОЦИИРОВАННОГО ОПЫТА ЧЕРЕЗ «ЭКРАНИРУЮЩИЕ ВОСПОМИНАНИЯ»

Дженни Мак-Намара и Кристин Листер-Форд (1995) - авторы замечательной статьи о психологии памяти, обращаются к анализу так называемых экранирующих воспоминаний. Экранирующие воспоминания впервые описал Фрейд (см. 1990), как ранние воспоминания, подчас незначительных событий, которые призваны скрывать, действительно важные с психопатологической точки зрения заряженные аффектом сцены.

«Например, когда женщина, которую мы назовем Katy, начала психотерапию, ее наиболее раннее и сильное воспоминание было о падении с велосипеда в возрасте «около четырех». С явным удовольствием она вспоминала сильное растяжение связок на ноге и своего улыбающегося и перевязывающего ее лодыжку отца. Для нее существенным аспектом было то, что отец дал ей физическую близость. Для нее также было важно, что хотя она сломала пряжку на своих сандалиях, ее взяли для покупки новой



пары «без наказания». Kate пришла на психотерапию «за комфортом». В действительности, главным элементом ее текущих взаимоотношений было то, что о Kate заботились родители, ее друзья и даже ее дети. Всю свою жизнь она обнаруживала себя в ситуации, когда она была ранена и нуждалась в присмотре. Эти инциденты всегда включали мужчину и обычно кульминировали физическим или сексуальным нападением.

Исследование ее экранирующего воспоминания было очень эффективным подходом для Kate. Хотя сначала она мало помнила о своей ранней жизни, глубокое исследование экранирующего воспоминания и его взаимоотношения с ее текущей ситуацией оживило темную сторону ее детства. По ходу терапии Kate стала медленно устанавливать связь между физическим повреждением и прикосновением, и она вспомнила, что ее часто оскорбляли. Долгое время она не могла себе позволить знать степень того, что она пережила. Однако по мере деконтаминации ее Взрослого, она начала вспоминать больше. Часть экранирующего воспоминания о покупке новых сандалий была значимой, поскольку в реальности Kate была босой большую часть своего детства. Она должна была прибегать к воровству одежды, которую стирали другие люди, и она все еще иногда делала это, когда начала терапию, хотя она «не знала почему» вела себя подобным образом. Постоянное возвращение к первому воспоминанию стимулировало память Kate. После каждой сессии она могла думать о том, что обсуждалось в экранирующем воспоминании, и затем вспоминать новые аспекты ее ранней жизни, которые способствовали ее пониманию, когда она соединяла кусочки своей истории. В других случаях за сессией следовали яркие сновидения, и через исследование снов в терапии она могла понять, что это были действительно части ее воспоминаний. Как и в случае Kate, мы обнаружили, что в целом ценность идентификации экранирующего воспоминания лежит в его исследовании, через которое открываются скрытые воспоминания клиента и взаимосвязи с текущей ситуацией клиента» [McNamara J., Lister-Ford C. Ego States and Psychology of Memory // TAJ.- 1995.- Vol.25,№2.- P. 141-149]



ИНТЕГРАТИВНЫЙ ТА И ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РИЧАРДА ЭРСКИНА

Интегративная психотерапия (ИП) опирается на клиент-центрированную терапию Роджерса, ТА Берна, гештальт-терапию Перлза, психологию Самости Кохута и работы Британских теоретиков объектных отношений.

ИП имеет 2 значения: «...мы помогаем клиенту интегрировать свое Я: вернуть осознание ощущений, реакций, способностей, надежд и мечтаний, страхов и фантазий, которые были отщеплены и глубоко спрятаны в результате острой или кумулятивной травмы. Интеграция означает возможность снова стать целым, с полным доступом ко всему, чем кто-либо является и может стать...Во-вторых, понятие «интегративный» относится к нашей теории терапевтического метода который объединяет концепции и техники из широкого спектра подходов» [Эрскин, Морсунд, Траутманн. За пределами эмпатии.-Киев, 2018, с.10-11]

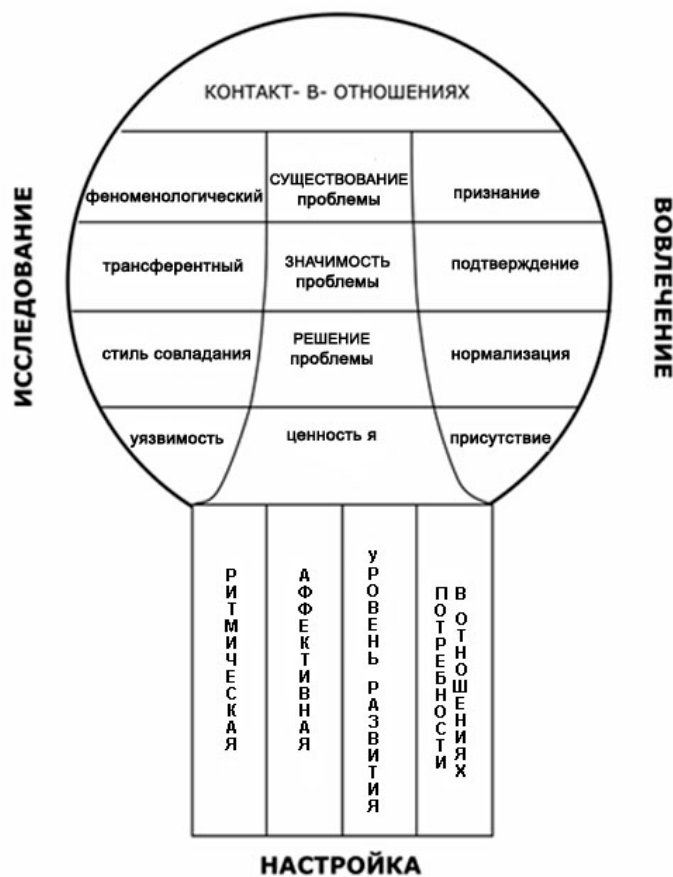
Интеграция осуществляется при предоставлении особого рода КОНТАКТА, базирующегося на *исследовании, настроенности и вовлеченности*.

«Все, что должен делать терапевт, -это помочь клиенту проработать и интегрировать старую травму, привнести отделенные аспекты себя обратно в осознание и восстановить полный внутренний и внешний контакт... Клиент не может проделать эту работу в одиночку, поэтому она основана на раскрытии осознания через отношения» (с. 27)

Особенно полезна ИП для клиентов с «кумулятивной травмой» контактной депривации (Kahn,1963)в результате пренебрежения и изоляции. «Эти люди не могут идентифицировать ни одного единичного или многократного события, которые они могли бы использовать, чтобы объяснить свое чувство дискомфорта, и они часто чувствуют себя виноватыми и стыдятся обратиться за помощью» (с.21).

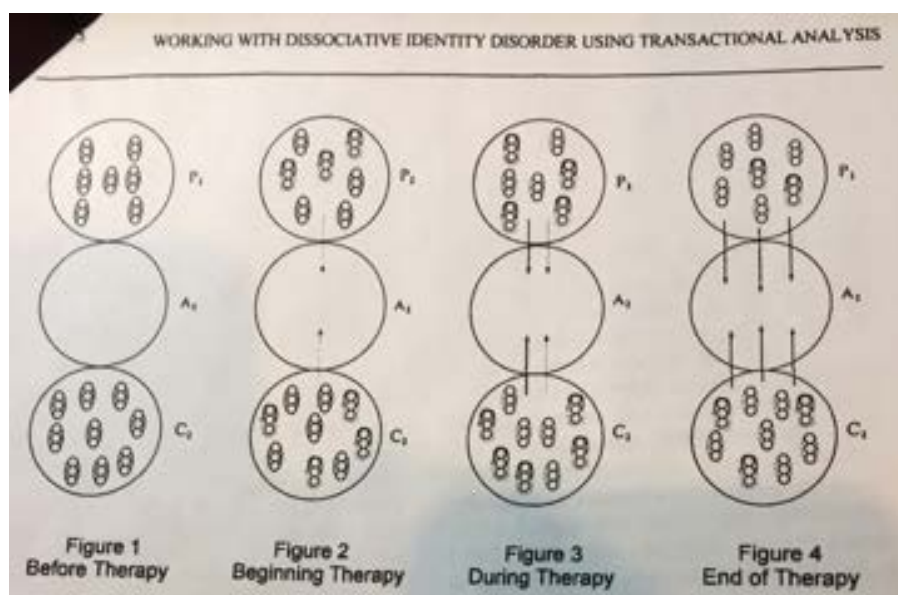


МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ



ТА В ЛЕЧЕНИИ РМЛ

Hudson S. Working with Identity Disorder Using Transactional Analysis // TAJ-2000.-№1.-P.91-93)



Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 21. Психотерапия стресса.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



«Рис.1 соответствует тому времени, когда моя клиентка пришла на терапию. В ее Взрослом не было знаний и памяти, когда другие эго-состояния проявлялись. Это было поистине «потерянное время».

Как только мы достигли доверительных отношений с каждым из ее алтер-Эго, я выслушала и нормализовала историю каждого (в технике «семейной» терапии), границы между эго-состояниями стали не такими ригидными (стали проницаемыми) и психическая энергия стала не такой связанной и более свободно переходить из одного эго-состояния в другое. И моя клиентка стала осознавать и другие части ее Я (рис. 2 и 3)

Рис. 4 показывает только одно частично связанное эго-состояние, что как я думаю, есть у большинства людей.

Последние части моей работы напоминали ТА-консультирование»

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ОЖЕСТОЧЕНИЯ

Накопление обиды, горечи и гнева сегодня описываются в виде самостоятельного заболевания – синдрома посттравматического ожесточения (Linden M. et al., 2007), возникающего в ответ на вопиющую несправедливость в ситуации объективной невозможности что-либо исправить. Синдром ожесточения лечится длительным вмешательством на когнитивном и поведенческом уровнях, получившим название «терапия мудростью».

ПСИХОТЕРАПИЯ ГНЕВА

Программы управления гневом (Kassinove H., Tafrate R., 2002), имеющие четкую структуру и терапевтические этапы. На **первом этапе** – «подготовке к изменению» – проводится оценка мотивации и повышение ее уровня, создаются основы прочного рабочего альянса, повышается степень осознания гнева.

На **втором этапе** – «изменения» – проводится психотерапевтическая работа по управлению гневом и минимизации его последствий, а именно: рассматриваются варианты избегания гнев-индуцирующих стимулов и уход («избегание как контроль над стимулом», «запланированное избегание ситуаций», «избегание путем временной отсрочки», уход); пациенты обучаются управлению физическим возбуждением через различные способы релаксации и молитвы; формируются жизненные навыки, моторные умения, вербальные умения, навыки социальных взаимодействий и общения, проводится



тренинг ассертивности и тренинг решения проблем; в «лабораторных» условиях происходит совладание и переживание ситуаций, вызывающих гнев, а затем ситуации переживаются «под контролем» в естественных условиях.

На **третьем этапе** – «принятия, приспособления и привыкания» – производится стимуляция когнитивных изменений в плане реалистичного видения мира и выстраивания более гибкой философии, проводится тренинг прощения.

На **четвертом этапе** – «сохранения изменений» – проводится противорецидивный тренинг.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРОЩЕНИЕМ ОБИДЧИКА И САМОПРОЩЕНИЕМ

ПРОЩЕНИЕ

Роберт Энрайт (Enright R., 2001) выделяет 4 фазы терапии прощением (ТП). Фаза раскрытия гнева (Uncovering Phase), напоминает дебрифинг, когда клиент в поддерживающих условиях группы рассказывает свою историю и делится своими чувствами и мыслями, реакциями и устремлениями. В фазе решения простить (Decision Phase) клиент подвигается терапевтом к осознанию того факта, что его обида и гнев значительно сказываются на качестве его жизни, жизни окружающих его близких. Раз за разом передавая свою историю и находя в ней новые содержания, клиент, ориентируясь на эмпатическую поддержку терапевта, может самостоятельно прийти к решению простить, «смириться с прошлым, не забывая о нем», чтобы начать новую жизнь в будущем. Важно, чтобы решение простить стало результатом свободного, а не навязанного выбора, даже если терапевт может «подсказать» выход через прощение. Клиент должен осознать, что он «болезненно устал быть больным и усталым» (sick and tired of being sick and tired) и готов начать процесс прощения. В фазе работы (Work Phase) или «реформации» прощающий может увидеть обидчика под новым углом зрения (рефрейминг), понимая, что тот находился «под давлением обстоятельств» - имел более-менее значимые причины (в том числе и болезнь зависимости), обусловившие срыв или нарушение режима.

Когнитивная реформация прокладывает дорогу аффективной реформации – эмпатии к обидчику и его эмоциональному пониманию.



САМОПРОЩЕНИЕ

Самопрощение – внутренний процесс расставания с обидой, отвращением и негативными упреками по отношению к себе, когда, сочувствуя себе, личность принимает решение относиться к себе, своему Я, как к оступившемуся, но раскаивающемуся человеческому существу, способному меняться, стремящемуся к личному росту и заслуживающему прощения (Baker M.E., 2007). Самопрощение подразумевает раскаяние за дурной проступок и неоправданный вред, причиненный другим, равно как и желание воссоединиться с собственным Я, поскольку личность должна обязательно примириться с собой. Таким образом, раскаяние и воссоединение Я – ключ к процессу самопрощения.

АЛЬТЕРНАТИВЫ ПРОЩЕНИЮ

ПЕРВАЯ

«Первая альтернатива хорошо всем знакома. Это то, чем занималась терапия на протяжении десятилетий – а именно, помощь клиентам в проработке чувства гнева в пространстве, где гнев не только разрешен, но ему позволяют раскрываться во всей силе. В гуманистической традиции и терапии Кохута (1977), писавшего о терапии пациентов с нарциссической яростью, благословение, данное терапевтом гневу, может восстанавливать у индивидуума чувство справедливости и самооценку, а также умение управлять собственным гневом; даже исследование фантазий о мести в этом убежище приватности и разрешения может со временем наделить клиента силой эго, чтобы дистанцироваться. Почему? Потому что спешные устремления «отпустить» гнев, «двигаться вперед» и «взбодриться» являются посланиями о том, что гнев или избыток гнева недопустим и что раненый не имеет права на весь тот гнев, который испытывает. В рамках такой терапии терапевт и клиент могут найти конструктивные способы осуществить символическую месть и выразить гнев с помощью общественной деятельности (активной гражданской позиции).

(Lamb, 2005)

ВТОРАЯ

Вторая альтернатива – помочь клиенту дополнительно научиться жить с печалью и гореванием так, чтобы они при этом не захлестывали клиента. Многие раны подразумевают утрату. Мы также можем выступить в защиту «отпускания» без прощения.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 21. Психотерапия стресса.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



«Отпускание» может занять время, и, вероятно, не будет столь чистым и безупречным, как нам хотелось бы. Однако клиенты могут дистанцироваться от старых ран на здоровое расстояние. «Отпускание», пережитое некоторыми, происходит благодаря друзьям, выступающим в роли утешителей (hand-holders – те, кто держат за руку, поддерживая и успокаивая), подобно тому, как это происходит в поддерживающем консультировании, а также благодаря выстраиванию «Я», отдельного от этой раны. Мы можем помочь клиентам работать над выстраиванием «Я», инвестируя в другие области, формируя самооценку, необходимую, чтобы «отпустить». Однако терапевты редко обещают, что «отпускание» – это конец истории. На самом деле, слова «простить и забыть» звучат в обратном порядке у Шекспира, когда Король Лир просит Корделию «забыть и простить» – ей действительно придется кое-что забыть, чтобы простить. Аналитик Генри Смит (Henry Smith) задает вопрос: «Может ли быть так что, чтобы простить, мы должны вначале позволить себе подзабыть, чтобы ослабить связь с актуальностью боли?» (р. 329). Наконец, психодинамическая терапия может выступить за принятие амбивалентности. Хотя ряд авторов утверждает, что прощение дает облегчение от «калечащего состояния амбивалентности» (Waldron-Skinner, 1998, р. 16), в моей собственной клинической практике и в описанных клинических примерах, самые сильные личности – это те, кто могут принять амбивалентность своих эмоций и установок. Терапевт, целью которого является прояснение всех эмоций, действующих у клиента одновременно, подготавливает клиента к многообразию эмоций, испытываемых людьми. Хаакен пишет: «Работа терапевта – расширить горизонты осознания и помочь пациенту «удержать» (holding) противоположные части своего Я с их соответствующими голосами и валентностями чувств» (Haaken 2002, р. 189). «Отпускание» в таком случае не очищает душу от всех «пятен» – старые чувства гнева, боли и мести могут вернуться в беспокойные времена или станут ощутимы, когда человек встретится с похожими обидами. И в то же время, более здоровый человек – не тот, кто говорит в этот момент: «Хм, я думал, я покончил с этой старой раной» или «Мне нужно проделать дополнительную работу, чтобы преодолеть эту рану», – а тот, кто говорит: «Да, эта боль – все еще часть меня» и встречает эту вскрывшуюся рану, обладая уже более сильным «Я» и большими знаниями о себе.

Это и есть альтернативы прощению. Есть виды терапии, эффективно работающие с этими целями, однако они не обещают обрести покой через 12 недель» (pp. 75-76).

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 21. Психотерапия стресса.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ