

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ.....	9
1.1 Психосоматика: определение понятия.....	9
1.2 Теории и модели возникновения психосоматических заболеваний.....	9
1.3 Роль психологических защит личности в формировании психосоматических заболеваний.....	15
1.4 Модель формирования психосоматических заболеваний с точки зрения гештальт-подхода.....	19
1.4.1 Основные принципы и понятия гештальт-подхода.....	19
1.4.2 Понятие цикла контакта в гештальт-подходе.....	26
1.4.3 Гештальт-подход как метод терапии психосоматических заболеваний..	31
ГЛАВА 2 ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	36
2.1 Методы и методики исследования.....	36
ГЛАВА 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	48
3.1 Сравнение напряженности типов психологической защиты пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями и участников контрольной группы.....	48
3.2 Обоснование применения гештальт-подхода у пациентов с психосоматическими заболеваниями	50
3.3 Примеры практического применения методов гештальт-терапии в ходе исследования.....	52
3.4 Анализ эффективности применения гештальт-терапии у пациентов с психосоматическими заболеваниями.....	60
ВЫВОДЫ.....	64
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	65
Библиографический список.....	66
Приложения	

ВВЕДЕНИЕ

Проблема психосоматических заболеваний - одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократ и Аристотеля. По данным различных авторов в психотерапевтической помощи нуждаются до 90% соматических больных. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1999 году выяснили, что от 30 до 40 % пациентов, обращающихся к врачам-терапевтам, нуждаются не в терапевтической, а в психотерапевтической помощи, и по их прогнозам количество таких людей возрастет к 2020 году вдвое [26]. Согласно одной из теорий формирования психосоматических заболеваний, эмоции и чувства, возникающие в ответ на какие-либо негативные события, являются настолько тягостными и травмирующими для психики, что человек бессознательно выбирает переживать их в виде телесного недуга [9]. Так как этот процесс происходит бессознательно, пациент не осознает (или осознает лишь частично) с чем связано его заболевание. К тому же недуг часто имеет для человека так называемую «вторичную выгоду», т.е. обеспечивает удовлетворение неосознанной потребности [5]. В процессе гештальт-терапии пациент исследует способ своего взаимодействия с окружающей средой, который приводит к возникновению психосоматического симптома, у него появляется возможность осознать что полезного есть в болезни и найти другой способ взаимодействия с окружающим миром.

Объект исследования.

Психологическая коррекция функционального состояния пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Предмет исследования.

Гештальт-подход как метод психологической помощи пациентам, страдающим психосоматическими заболеваниями.

Цель исследования.

Исследовать эффективность гештальт-подхода для коррекции функционального состояния пациентов, страдающими психосоматическими заболеваниями

Задачи исследования.

1. Выявить различия напряженности типов психологических защит у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями и у здоровых людей.

2. Выявить различия показателя алекситимичности у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями и у здоровых людей.

3. Обосновать возможность применения гештальт-подхода у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, основываясь на анализе взаимосвязей между ведущим типом психологической защиты, показателем алекситимичности и наличием психосоматического заболевания.

4. Оценить эффективность применения гештальт-подхода для коррекции субъективной оценки функционального состояния пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Актуальность проблемы коррекции психосоматических расстройств.

Проблема психосоматики на сегодняшний день теоретически и эмпирически подробно разработана в трудах российских и зарубежных ученых, однако лечение психосоматических заболеваний все еще не является достаточно эффективным [30]. Сложность этиологии психосоматических расстройств, связанная с влиянием на течение и развитие этих расстройств бессознательных процессов [32], определяет необходимость использования в комплексной терапии психосоматозов психологических методов, направленных на осознание пациентом подавленных потребностей, чувств, эмоций. Одним из таких методов, наряду с телесно-ориентированной терапией, трансовыми методами и арт-терапией, является гештальт-подход.

Новизна исследования.

В представленной работе впервые было обосновано применение

гештальт-подхода для лиц, страдающих психосоматическими заболеваниями, используя результаты эмпирического исследования напряженности различных видов психологических защит, уровня алекситимии и эффективности гештальт-терапии в отношении субъективной оценки функционального состояния данной группы пациентов.

Положения, выносимые на защиту.

1. Напряженность психологической защиты «вытеснение» выше у лиц, страдающих психосоматическими заболеваниями, чем у здоровых людей.
2. Уровень алекситимичности у пациентов с психосоматическими заболеваниями выше, чем у здоровых людей.
3. Гештальт-подход является эффективным методом психологической коррекции при психосоматических заболеваниях, т.к. через бессознательное обращается к зоне внутреннего конфликта пациентов с высокими показателями алекситимии и напряженности психологической защиты «вытеснение».

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ

1.1 Психосоматика: определение понятия

Психосоматика – междисциплинарное научное направление, в котором изучаются психологические, социальные и культурные факторы возникновения телесных заболеваний [30].

Согласно Международной Классификации Болезней (МКБ-10) главной особенностью психосоматических заболеваний или соматоформных расстройств является повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если у больного имеются какие-либо соматические заболевания, они не объясняют природы и степени выраженности симптомов или страдания или жалоб пациента [18]. Классический набор психосоматических заболеваний включает в себя бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, тиреотоксикоз, язвенную болезнь 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и ряд других болезней. Психологические факторы играют немаловажную роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях [1].

1.2 Теории и модели возникновения психосоматических заболеваний

Характерологически ориентированные направления и типологии личности.

В древности Гиппократ, а затем Гален описали людей с разными видами темпераментов - сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Эрнста Кречмера [13]. В современной медицине применение этого подхода приобрело большое значение в исследовании определенной типологии «личностей риска» [40].

Психоаналитические концепции.

Научная основа, на которой развивались психосоматические исследования, была заложена З. Фрейдом, создавшим конверсионную модель, согласно которой ущемленные эмоции порождают конверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму [2].

К теориям данного направления относятся также: теория де- и ресоматизации Шура [42] и модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале [34],

Интегративная модель.

Изначально по-другому ориентированная самостоятельная линия развития психосоматической теории происходит из изучения большого контингента больных с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы - биопсихосоциальная модель Иксюля и Везиака [44].

Концепция алекситимии.

Алекситимия – это неспособность к эмоциональному резонансу и «оперативного мышления» (конкретное мышление, свобода от сновидений), невозможность выразить собственные переживания, эмоции и ощущения, неспособности человека быть в контакте с собственным внутренним миром. Человек как бы отделен от всего того в себе самом, что не поддается строго логическому упорядоченному анализу. Все нюансы собственных душевных движений остаются для него скрытыми. Для людей с высоким уровнем алекситимии характерны следующие особенности в когнитивно-аффективной сфере: трудность в определении (идентификации) и описании собственных переживаний; сложность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; сниженная способность к символизации, бедность фантазии, воображения; сфокусированность в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Алекситимия свойственна людям, которые по тем или

иным причинам ограниченно перерабатывают эмоциональные впечатления, аллергия, а к 7-ми годам поставили диагноз нейродермит.

Т. Я попросил рассказать ее о том времени, чтобы проверить свое предположение, что уход отца из семьи повлиял на обострение болезни.

К. Клиент рассказывает о своем детстве, о том, что сильно переживала. Родители ссорились, мама и бабушка между собой ругались. Через некоторое время было сильное обострение.

Т. Как ты относишься к этому сейчас? Так же переживаешь.

К. Да нет, не переживаю. Я уже привыкла. В этот момент сцепляет руки в замок (предполагаю ретрофлексию проявления гнева в адрес отца, возможно – мамы и бабушки).

Работая с ретрофлексией на осознание, я обратил ее внимание на то, что она делает руками при словах «не переживаю». Попросил усилить это (использую прием амплификации).

Т. Что ты чувствуешь при этом?

К. Да нет, я абсолютно спокойна, просто мне так удобно сидеть.

Т. Я вижу, костяшки твоих пальцев побелели, так бывает всегда, когда ты абсолютно спокойна?(возвращение очевидного).

К. Нет, это получилось само собой.

Я попросил еще раз усилить, послушать себя.

Т. Расскажи, что ты делаешь и что при этом с тобой происходит (актуализация функции Id).

К. Я сжимаю руки и чувствую напряжение в груди (при этом у клиента почти не слышно дыхания).

Т. Что с твоим дыханием?

К. Трудно дышать (голос стал тише).

Чтобы клиент расслабился и снизил ретрофлексию, я предлагаю сделать несколько глубоких вдохов и выходов.

Клиент делает несколько глубоких вдохов и выдохов. На вдохе более короткие, чем на выдохе.

Т. Как тебе дышится? (интервенция к функции Id)

К. Я не могу вдохнуть полной грудью и у меня появился зуд на руках и в середине груди. Мне хочется почесаться.

Т. Но я вижу, что ты все еще сжимаешь руки, что будет, если ты их разомнешь?

К. (разжимает руки).

Т. Как теперь твое дыхание?

К. Дышать стало полегче.

Т. Как твой зуд?

К. Все еще чешется, хочу почесать.

Т. Что тебе мешает?

К. Я стесняюсь Вас?

Т. А что тут такого? (делаю вид, что чешусь)

К. Это неприлично. Меня даже наказывали за это. Я расчесывала до крови, оставались царапины. Бабушка меня била ремнем за это, ругала. Мне было обидно и, я злилась, плакала и кричала на нее.

Т. Тебя сейчас кто-то собирается побить?(расширение зоны осознания)

К. Нет, никто (сцепляет руки).

Т. Что сейчас делаешь руками?

К. Я держу их в замке.

Т. Что ты держишь в этом замке? (пытаюсь работать на осознание).

К. Я не даю волю руками.

Т. Для чего ты это делаешь?

К. Чтобы не чесаться.

Т. Как ты это делаешь? Попробуй усилить и озвучить. Скажи словами, как ты не даешь волю рукам.

К. (сильнее сжимает руки).

Не смей! Так нельзя! Терпи! Это некрасиво! Все подумают, что ты заразная!
Скажут – противная! ...(плачет)

Т. У тебя слезы. Что с тобой?

К. Мне жалко себя (говорит тихо). Обидно. Это бабушка так говорила: Не смей! (повторяет).

Т. Хорошо. А сейчас кто говорил это, - бабушки здесь нет.(работаю с интроецированным посланием)

К. Я говорилаБабушкины слова повторяла.

Для расширения зоны осознания:

Т. Когда ты еще говоришь эти слова?

К. Ну бывают такие моменты, когда приходится сказать себе нет, нельзя.

Т. Что это за моменты?

К. Да, разные. Иногда, бывают ситуации, когда хочется что-нибудь сделать или высказать, а нельзя.....

На этой терапии клиент осознает, что проявление зуда связано с запретами. Большую часть сеанса функция Id клиентом была высоко актуализирована. Ее ведущим сопротивлением является ретрофлексия, под которой лежит много интроектов запрещающего характера. Я пытался работать на раскрытие ретрофлексии, используя технику амплификации, возврата очевидного. Использовал интервенции, направленные как к функции Id, так и к функции Personaliti. Работая на расширение зоны осознания в ходе работы с интроектами клиентке удалось осознать фигуру, от которой были получены запрещающие послания – бабушка.

II сеанс происходит на следующий день.

Привожу с того момента, когда мы вернулись к истории с бабушкой.

Когда терапевт повторяет слова бабушки: «Не смей чесаться! Нельзя! Это некрасиво! Клиент сжимает кулаки.

Т. Обращаю внимание на руки.

Что с твоими руками? Что ты хочешь сделать? Попробуй отпустить себя, не сдерживайся, озвучь то, что ты сдерживаешь.(работаю на раскрытие ретрофлексии)

К. Мне больно! Не кричи на меня! Не ругай меня! (делает резкие движения рукой, сжатой в кулак, тело напряжено). Ты дура!

Чтобы ослабить ретрофлексию и дать возможность получения нового опыта, я предложил ей сформулировать свои слова без частицы «не».

К. Постепенно расслабляет тело, рука опущена, кулак разжимается не сразу, говорит тихо.

Мне больно, пожалей меня, бабуля. Помоги мне.

Т. Что сейчас с тобой? (интервенция к функции Id)

К. Какое-то бессилие. Боюсь, что она не слышит меня. И будет орать.

Т. Сейчас кто «орет» на тебя?

К. Никто. Но я узнала, что сама сдерживаю себя, торможу.

Т. Что можно сделать, чтобы этого не происходило?(интервенция к функции Ego, опирающейся на Personaliti)

Не знаю. Но если я не буду сдерживать себя, то действительно сделаю себе хуже. Буду вся в коростах, смогу занести инфекцию.

Т. Продолжай Саша, только скажи это так, если бы ты обращалась к ребенку, который расчесывает нейродермит. Пусть эта кукла побудет этим ребенком. Зовут ее Саша, ей 8 лет, она чешется.

К. Сашенька, я боюсь, что ты сделаешь себе хуже, будет еще больнее. Ты потерпи, надо просто помазать лекарством и оно успокоится. Хочешь я подую и сама тихонько поглажу? (Берет на колени куклу, прижимает к себе, гладит ее по волосам, дует на ручку). Если бы я была волшебницей, то в одну бы секунду избавила бы тебя от этой беды.

Т. Что сейчас происходит с тобой?

К.Очень хочется помочь этому ребенку, но не знаешь как. Если бы ко мне обращались так!

Т. Тогда, что...?

К. Тогда бы я видела, что мне хотят помочь, жалеют меня, любят.

Т. Скажи эти же слова в настоящем времени – «Я вижу.....».

После того, как клиент проговаривает в настоящем времени, начинает ровнее дышать, сидит расслабившись.

Т. Что теперь с твоим телом, ты заметила что-нибудь?(интервенция к функции Id)

К. В теле тепло, мягко. Хочется спать.

Т. Как твой зуд? Хочешь почесаться?

К. Зуда почти нет. Он успокаивается. Чесать не хочу. Пусть заживает.

На этом сеансе осознает, что сдерживает себя сама – сама себе запрещает, следовательно происходит напряжение, а затем – обострение.

III. Через два дня. Приведу работу, которая получилась спонтанно.

Вначале сеанса был разговор о неограниченных возможностях человека, я показал ей упражнение из семинара по менеджменту, но сие неважно (см. приложение № 1). Далее сеанс проходил так:

Т. Саша, помнишь, ты в прошлый раз говорила, что если бы была волшебницей, то избавила бы себя от болезни в одну секунду. А что, если ты побудешь этой волшебницей?

(Я решил проделать это для того, чтобы с помощью релаксации ослабить напряжение, чтобы она осознала, что сама может управлять своим состоянием и все зависит от того, как она это организует. А также для получения нового опыта).

Клиент соглашается. В этот раз ведет себя более свободно, не сопротивляется.

Я предложил клиенту сесть поудобней, расслабиться.

Т. Саша, закрой глаза, постарайся максимально расслабить свое тело, прислушайся к нему. Мысленным взором пройди по всему телу...

Представь, как в груди по всему телу разливается мягкое, бархатное тепло. Оно словно пуховое одеяло окутывает твоё тело, ты отдыхаешь...

...Представь, что та часть тебя, которая все может, которая является волшебницей, выходит из твоего тела и смотрит на тебя со стороны. Она любит тебя и очень хочет тебе помочь. У нее в руках волшебная палочка. Она нежно обходит вокруг тебя, с нежностью смотрит, видит все, что тебя беспокоит... Она поднимает свою волшебную палочку и под ее прикосновениями твоя кожа приобретает ровный цвет, становится чистой, шелковистой.

(В этот момент я увидел, как с ее кожи буквально в один момент стали исчезать пятна. Кожа разгладилась).

...И эта волшебница смотрит на твою кожу и радуется за тебя, она довольна своей работой и снова входит в твоё тело. Ты чувствуешь ее тепло. Еще раз мысленно пройдишь по своему телу, полюбишь своей кожей. Это сделала ты. А теперь постепенно, не спеша можешь открыть глаза.

Когда Саша увидела себя в зеркале, была удивлена не меньше меня.

Т. Саша, что с тобой сейчас? Ты хочешь что –нибудь сказать?

К. У меня нет слов. Как же это получилось?

Т. Это сделала волшебница. А эта волшебница...

К. Я сама себе помогла?

Т. Скажи это в утвердительной форме.

К. Я сама себе помогла!!!

На этом можно было бы закончить сеанс, но я решил показать ей еще раз, что она может делать и обратное и попросил ее вспомнить прежнее состояние (вместо того, чтобы закрепить новое. Я считаю, что это была ошибка). Дефекты кожи тут же проявились. Клиент осознала, что сама может управлять своим состоянием и сама делает выбор.

В конце терапии я попросил выполнить эту технику самостоятельно. (см. Приложение 2).

IV терапевтическая сессия происходила спустя 2 недели.

Саша рассказала о своих отношениях с молодым человеком, который запрещает ей общение с подругами, посещение дискотек в его отсутствие. Ставит свои условия, угрожает расставанием, постоянно ее контролирует. В результате ее проблема обостряется.

Привожу фрагмент терапии:

К. ...Например, когда он освобождается от работы позже чем я, я звоню и говорю что иду с подругами туда-то, он говорит: «Нет! Ты туда не идешь. Завтра сходим вместе». Я начинаю настаивать, спорить, уговаривать, объяснять ему то-то и то-то (идет долгий монолог).

Т. Чтобы прервать этот монолог и вернуть ее в настоящее, я задаю вопрос: Ты для чего это сейчас говоришь?

К. Я говорю ему.....

Т. Когда ты это говоришь, что ты делаешь?

(Этот вопрос я задаю для того, чтобы клиент осознал, что он делает каждый раз одно и тоже с одинаковым результатом).

К. Наверно, оправдываюсь.

(Действительно оправдывается, а о чувствах своих не говорит, копит свои эмоции, нагнетая напряжение)

Т. А для чего ты это делаешь?(расширение зоны осознания)

К. Я боюсь его потерять. Но мне хочется пообщаться с подругами... А когда он уезжает в командировку или едет с друзьями он просто звонит или присылает SMS-ку.

Т. И как тебе это?

К. Мне грустно, что его не будет в эти дни, волнуюсь, но не перечу, а когда он запрещает мне и я спорю с ним – у меня снова начинает чесаться.

По моему предположению, проблема Саши обостряется, когда она начинает сопротивляться, волноваться (история с молодым человеком сильно напоминает историю с бабушкой. Напряжение растет, а Саша ничего не говорит о своих

чувствах, эмоциях, которые ее переполняют в этот момент, ретрофлексируя их выражение).

Т. Саша, ты говорила до этого не «спорю», а.....(возвращаю факт)

К. Оправдываюсь. Да, оправдываюсь.

Т. Для чего это тебе нужно? Что это тебе дает?

К. Как будто отмываюсь (делает движение руками, как будто смахивает с себя что-то).

Т. От чего отмываешься?(интервенция к функции Personaliti, расширение осознания)

К. Как будто от грязи... Видите, опять чешусь.

Т. Итак, мы пришли к тому, что зуд начинается тогда, когда ты перед ним оправдываешься?(проверяю феноменологию)

К. Да.

Т. Я повторю твой «оправдательный» монолог, а ты посмотри и прислушайся к своим чувствам в этот момент.

Терапевт повторяет ее монолог...

Т. Ну и как? Что сейчас происходит с тобой?(интервенция к Id)

К. Я злюсь. Неужели я такая...

Фу, противно! Как будто изворачиваюсь, вру.

Т. Тогда научи меня, как я должен говорить, чтобы не было противно. Попробуй больше говорить о своих чувствах.

В этот момент я работаю на personality, опираясь на Id, чтобы клиент почувствовал и осознал, что ее состояние в этот момент полностью зависит от внутреннего дисбаланса – чувствует одно, говорит о другом. Эмоции переполняют, но не находят выхода. И тогда снова возникает напряжение, и как следствие – обострение.

К. (Расправляет плечи. Смотрит прямо в глаза, взгляд из под лобья, голос становится крепче).

Петя, ты знаешь, что я очень дорожу нашими отношениями, но когда ты не доверяешь мне, контролируешь каждый мой шаг, я чувствую себя униженной, грязной. Мне это не нравится и так больше продолжаться не может.

Я тебя очень люблю, но это не значит, что ты можешь обращаться со мной, как с рабыней. Если мне понравится другой, то твое присутствие этому не мешает, и если это произойдет, то ты об этом узнаешь первым (происходит раскрытие ретрофлексии проявления злости в адрес Пети).

Т. Что с тобой сейчас произошло? Что ты чувствуешь?(интервенция к Id)

К. Сначала я чувствовала себя уверенно, а потом появились опасения, что если я такое скажу, то он меня оставит.(проекция - и можно было работать с ней, но я предпочел проигрывание диалога с Петей со сменой ролей)

Т. Хорошо, тогда я предлагаю тебе побыть Петей, а я вместо тебя произнесу твою речь... Итак, ты Петя, любящий Сашу, но привыкший ставить свои условия, контролировать. Скажи, как Петя говорит Саше.

К. Нет! Я сказал, что ты туда не идешь. Я сам тебя туда свожу, без меня ты не пойдешь. Если я узнаю, что ты была там, больше меня не увидишь.

Т. (Произносит речь Саши). Теперь ты снова Саша, а я Борис.

Саша, расскажи, что с тобой происходило сейчас? Что ты чувствовала к Саше?

К. Когда я говорила за Петю, мне не хотелось ее отпускать одну, потому что она может найти другого. Я испытывала ревность, боязнь потерять любимого человека. А когда я услышала (как Петя) новые слова Саши, то сильно удивилась. В то же время появилось чувство, что она говорит серьезно и действительно меня бросит, если я не перестану давить.

Т. Саша, можем ли мы сейчас на этом остановиться? Я бы хотел, чтобы ты подвела итог по сегодняшнему сеансу. Что ты узнала? (работаю на ассимиляцию полученного опыта).

К. Я увидела себя со стороны и очень разозлилась. И еще поняла, что если я перестану оправдываться и начну говорить то, что думаю, чувствую, то перестану злиться на себя. Я почувствовала себя значимой, взрослой.

Т. Что сейчас с твоим зудом?

К. Я как-то забыла о нем. Нет, сейчас не чувствую.

Мое предположение о том, что ослабление внимания со стороны взрослых вызывает обострение не подтвердилось. Обострение происходит наоборот, в результате чрезмерного контроля давления. Когда клиент начинает сопротивляться, искать выход из положения с помощью оправданий и не говорит о своих чувствах, эмоции остаются неотрагированными, невысказанными. В результате чего происходит напряжение, которое влечет за собой обострение.

Клиенту было предложено использовать технику «волшебница» (которая велась во время терапии) и некоторые другие.

Случай 2

В. Таня, 38 лет, работает в сфере бизнеса на руководящей должности. Два раза была замужем, от каждого брака по одному ребенку. Второй брак распался за несколько месяцев до обращения. В момент начала работы с ней, ситуация с бывшем мужем была сильно напряжена. Он угрожал ей расправой, избивал, писал придуманные жалобы в милицию, что повлекло за собой большие неприятности, поджидал ее около дома и запугивал и т.д. Коллеги были вынуждены ее встречать и провожать и даже дежурить у нее.

Обратилась с сильными болями в спине.

Клиент рассказывает свою историю, при этом сидит сгорбившись, ищет удобное положение в кресле. В одной руке держит другую. Голос тихий, сдавленный. Дыхание неглубокое, временами вздыхает.

К. Борис, у меня проблемы со спиной, массаж не принес облегчения. Только на время, я не знаю, что с этим делать.

Я предположил, что боли появились в связи с последними событиями и решил работать в этом направлении.

Т. Когда у тебя появились боли?

К. Пол года назад. Сначала небольшие, а потом больше и больше, так что боли стали постоянными в районе лопатки.

Т. Ты обращаешь внимание на то, как сидишь?(интервенция к Id)

К. Я напряжена.

Т. Я покажу как ты сидишь, а ты понаблюдай и расскажи, что ты видишь. Начни со слов: «Я вижу человека, который...».

Терапевт принимает то же положение, что и клиент, повторяет ее движения.

Здесь я работаю на personality, пытаюсь расширить зону осознания, используя технику отзеркаливания.

К. Я вижу человека, который боится и пытается освободиться, спрятаться.

Т. Закончи фразу освободиться от...

К. Как будто огромный паук вцепился в его плечи и давит, а он пытается освободиться, но у него нет сил.

Т. (Возвращается на свое место). Что это за паук, ты что-нибудь знаешь о нем?

К. Я думаю, что это Ваня, он так давит на меня.

Т. Хочешь ли ты что-то сделать с этим.

К. Хотела бы.

Т. Ты готова это сделать прямо сейчас?

К. Я уже на все готова. Я уже не могу больше терпеть.

Т. Тогда я предлагаю тебе вот что. Научи меня, как на тебе сидит этот «паук». Покажи на мне (начинаю работу с метафорой)

Клиент показывает. Я предлагаю ей озвучивать то, что чувствует паук (работаю на Id на осознание собственных чувств клиента).

К. Я из тебя все высосу, я сильный, ты от меня никуда не денешься. Я раздавлю тебя. Тебе не уйти от меня.

После этого меняются местами. Терапевт давит клиенту на плечи руками, постепенно усиливается давление. Клиент не сопротивляется, пытается принять более удобное положение, сгибаясь все ниже и ниже. Это продолжается до тех пор, пока голова клиента не оказывается на кресле, рядом с ногами. При этом терапевт спрашивает – тебе тяжело?

К. Да.

Т. Ты можешь с этим что-то сделать.

К. Нет.

Т. Так значит тебе комфортно?

К. Нет, мне тяжело, трудно дышать.

Это повторялось несколько раз, терапевт усиливал давление (усиливая давление, я пытался добиться от клиента отреагирования эмоций, напряжение в мышцах спины).

К. Я устала уже.

Т. Но ты же не делаешь с этим ничего, значит не устала.

К. Мне больно.

Т. Видимо не так уж и больно. Я буду давить, мне это нравится, ты боишься, терпишь, а мне хорошо. Давай еще надавим; вопьемся лапами в твою душу.... В это момент клиент пытается стряхнуть, но делает это очень слабо.

Т. Видишь, какой я сильный, ты уже ничего не сделаешь со мной. Не уйдешь от меня.

К. Сделаю.

Т. Я осознанно провоцирую: Ты что! Да ну! Ты не сможешь! (клиент делает рывок посильнее).

Т. Нрав свой показываешь? Кишка тонка!

К. У меня?!

Делает сильный рывок и освобождается. Стоит прямо, глаза широко раскрыты, дышит глубоко, резко. Руки сжаты в кулаки.

Т. Что с тобой, Таня? Как твоя спина?(интервенция к функции Id)

К. Слушает. Боль исчезла. Дышу легко.

Дальше можно было поработать с ретрофлексией (сжатые кулаки), но я принял решение на этом остановиться, т.к. во время сеанса основной запрос был выполнен.

После небольшого перерыва

Т. Таня, что ты получила от этого сеанса. Скажи двумя словами.

К. Я все это время не понимала, что сама позволяла над собой издеваться.

Т. Что с твоей спиной?

К. Болей нет. Я удивлена. Большое спасибо.

Т. Тогда остановимся на этом.

VI. Следующая терапевтическая сессия через три дня.

У клиента частично вернулись боли.

К. У меня все еще есть боли в спине, но они не такие сильные как были раньше.

Т. Как твой «паук»?

К. Его нет. Но я еще боюсь его. Он где-то рядом и хочет напасть.

Т. Как у тебя дела с Ваней?(делаю челнок из метафоры в реальность)

К. Он позвонил, я послала его подальше матом.

Т. Как он отреагировал?

К. Стал угрожать, а я снова его послала.

Т. Теперь Ваня похож на паука?

К. Скорее на собаку, которая нападает на кошку.

Т. А кошка – это ты?

К. Да. Собака рычит, а кошка сопротивляется, шипит в ответ.

Т. Ты действительно готова дать отпор?

К. Да, я хочу чтобы он отстал от меня.

Т. Как ты собираешься это сделать?

К. Не знаю?

Т. Хочешь попробовать сейчас?

К. Хочу.

Т. Тогда сейчас ты будешь кошкой, а я собакой. Я буду угрожающе рычать, а ты отвечай (снова работа с неотрагированными эмоциями).

Дальше происходит действие при котором клиент изображает кошку, которая выпускает коготки, издает угрожающие звуки (шипение, истошное мяуканье).

Происходит диалог:

Т. Ну что, страшно? Боишься, не можешь. Дранная кошка, куда тебе против меня? Сейчас порву.

К. Я сама тебя сейчас порву. У меня тоже есть когти и зубы.

Т. Ты не выйдешь с этого угла, я сильнее, сейчас порву глотку.

К. Ах, ты так! (нападает и с силой царапает одежду).

Т. Стоп, Таня, достаточно.

У клиента решительный вид, жесткий взгляд, расширены ноздри. Успокаивается не сразу.

Т. Сделай несколько глубоких вдохов.

После того, как клиент успокаивается.

Т. Как ты сейчас?(обращение к чувствам в «здесь и теперь»)

К. У меня такой подъем энергии, силы. Я чувствую, что могу свернуть горы, а не только раздавить эту гниду.

Т. Как твоя боль?

К. Не чувствую (прислушивается к себе). А ведь не болит!

Т. Можем ли мы на этом остановиться?

К. Да, конечно.

Т. Хочу напомнить, я Борис, а ты – Таня.

Клиенту было предложено вести календарь радости. Техника – «Твое место в жизни» (приложение № 2)

Случай 3

VII. Люда, 28 лет. Единственная дочь у родителей. Не замужем. Обратилась с болями в спине и тянущими болями в ногах и низа живота. Принимала курс массажа по поводу сколиоза, проходила обследование у специалистов, после лечения получила облегчение, но боли частично остались.

Я предложил клиенту рассказать о себе, о том, что ее волнует.

К. Я очень хочу семью, детей. Мне уже 28 лет. Подруги давно замужем, с детьми.

Т. Что тебе мешает создать семью?

К. С теми молодыми людьми, которые мне не нравятся, я веду себя свободно и они ко мне «липнут», но если мне понравился молодой человек, я не могу первой сделать шаг на встречу. Я жду, когда он сам ко мне подойдет, и если это происходит, я теряюсь, замыкаюсь, не знаю, как себя вести, что говорить.

Т. Сейчас у тебя есть молодой человек.

К. Да, но мы с ним знакомы очень мало и общаемся очень редко. Иногда он присылает SMS-ки, но они ни о чем, я не пойму как он ко мне относится.

Т. Ты отвечаешь ему?

К. Только отвечаю, сама не пишу.

Т. Что тебя останавливает?

К. Боюсь быть назойливой и глупой (проекция под которой, возможно есть интроект типа «девушки не должны делать первый шаг»)

Т. То есть, если женщина делает первый шаг – значит, что она назойливая и глупая?

К. Девушка не должна подходить первой.

Т. Кто тебе это сказал?(ищу источник-фигуру, от которой получен интроект)

К. Все так говорят.

Т. Кто эти Все? Скажи кто именно тебе это сказал.

К. Ну все, родители, бабушка, тети. Девушка должна быть скромной и не должна подходить к парням первой, иначе о ней могут плохо подумать.

Здесь явно видно интроекцию, поэтому для того, чтобы клиент осознал, что присвоил чужое мнение я предлагаю поэкспериментировать (работая на осознание, опираясь на телесные ощущения).

Т. Люда, давай поэкспериментируем. Представь, что ты получила SMS, ответила и он замолчал на неделю. Что происходит с тобой сейчас, когда он не пишет?

К. Я жду, переживаю, накручиваю на себя.

Т. Покажи, как это происходит (задействую тело, предлагаю эксперимент)

К. Ходит по комнате, забирается в кресло, обхватив колени руками, устраивается поудобнее в позе эмбриона.

Т. Что происходит с твоим телом. Озвучь, пожалуйста (интервенция к Id)

К. Я в кресле, свернулась клубком, прижимаю к себе колени.

Т. Попробуй усилить и продолжай говорить, озвучивай (техника амплификации),

расскажи о своих ощущениях в теле.

К. У меня ноет спина, низ живота, немеют ноги.

Т. Представь, что в этот момент пришло SMS. Что ты дубеешь делать?

К. Читать.

Т. Что для этого нужно сделать?

К. Взять телефон.

Т. Делай.

К. Встает, берет в руки телефон.

Т. Давай представим, что ты прочитала, отправила ответ. Что с твоими ощущениями.

К. Облегчение.

Т. Опиши это чувство, обрати внимание на свое тело.

К. Мне легко дышится, поднялось настроение, в теле тепло.

Т. Как твои боли?

К. Стали немного меньше.

Т. Теперь я предлагаю тебе побыть на мете своего парня. Представь, что ты хочешь с пи попереписываться, отправил ей SMS, она ответила, как обычно (ты знаешь, как ты отвечаешь ему. Что ты думаешь о ее ответе?

К. У меня такое ощущение, что она занята, а я ее прервал. А может ей неприятно, как то сухо отвечает.

Т. Что с твоим телом?

К. У меня похолодели ноги. Хочется снова свернуться в кресле.

Т. Теперь снова встань на свое место (ты – Люда). Что думаешь обо всем этом?

К. Наверное, он тоже боится быть назойливым....

Т. Люда, я предлагаю, сейчас ничего не делать. Остановимся на этом. Тебя что-нибудь беспокоит еще?

К. Я начинаю понимать его. Ему может быть неприятно, когда я так отвечаю.

Т. Хорошо, тогда подумай над тем, как ты можешь ему ответить, а остальное оставим до следующего раза.

VIII. Терапевтическая сессия - через неделю.

После первой терапии Люда в тот же вечер позвонила молодому человеку и была приглашена в ресторан.

К. После терапии, я обдумала свою ситуацию и поняла, что многое зависит от меня самой. Появилось желание сделать шаг навстречу самой. Опасения как будто отодвинулись на задний план и я решилась... (собралась рассказывать...).

Т. Люда, я очень рад, что у тебя дела сдвинулись с мертвой точки.(селективное самораскрытие) Но что тебя беспокоит сейчас?

К. Я уже говорила, что хочу семью, детей. И есть человек, который мне очень нравится, с которым я готова это сделать, но боюсь, что ничего не получится, потому что у меня несколько раз повторяется одна и та же история.

Как только все налаживается с тем, кого люблю, я начинаю бояться, что не получится и все как-то обрывается.

Т. Чего боишься?(интервенция на расширение осознания)

К. Мне как-то сказали, что надо выходить замуж за того, кто любит меня, а не за того, кого я люблю. Что если меня любят – это надежда, а если сама – то вряд ли, а чтобы обо любил – так не бывает. И приводили примеры.(похоже еще один интроект)

Т. Кто тебе это говорил?(ищу, от кого получен интроект)

К. Все те же родственники, подруги.

Т. А ты сама как думаешь?

К. Я считаю, что надо выходить замуж по любви, но боюсь, что они окажутся правы.

Т. Представь себе, что тебе сейчас это говорят, научи меня.

К. Так не бывает! Это только в сказках и книгах и т.д.

Терапевт повторяет.

Клиент строит прямо, одна нога впереди, руки сжаты в кулаки.

Т. У тебя не получится, так не бывает, это все сказки, чушь, только жизнь себе поломаешь...

Клиент продолжает стоять, немного раскачивается.

Т. Что с тобой происходит, Люда? Я вижу что-то с твоими руками, что-то происходит с твоим телом?(возвращаю очевидное)

К. Не знаю.

Для того, чтобы клиент почувствовал (здесь явно неотрагированные эмоции, ретрофлексия) я предлагаю ему усилить движения (амплификация).

Т. Усиль эти движения.

Клиент выполняет, раскачивается сильнее, руки сжаты в кулаки.

Т. Люда, что означают эти движения?

К. Как в детской игре, знаете, в кандалы закованы. Я будто готовлюсь разбежаться и разорвать сцепившихся за руки людей.

Т. А в настоящий момент ты что собираешься разорвать? Перенеси все это на свою ситуацию. (челнок в реальность)

К. Я хочу растолкать всех, кто меня поучает и сказать, что мне наплевать на их слова, что я буду жить так, как я хочу.

Т. Что тебя сдерживает?

К. А вдруг они правы, вдруг обижу их, вдруг не смогу.

Т. Что для тебя из этого более важно?

К. Боюсь их обидеть.

Т. Покажи с помощью предметов, поставь их как они стоят относительно тебя.

Клиент ставит вокруг себя диванные подушки, стулья, сама стоит в центре.

Т. А теперь, давай поменяемся местами и ты будешь говорить их слова мне.

Клиент проделывает, задумывается.

Т. Что происходит, Люда? Ты о чем задумалась?

К. Я увидела, как я их расположила относительно «себя». Между мной и ними существует небольшое пространство. Это моя территория, но когда я была сейчас на их месте, я поняла, что пытаюсь установить там порядки (клиент увидел свои границы).

Т. Теперь встань на свое место и скажи от своего лица об этом.

К. Они хотят навязать свои порядки.

Т. Давай попробуем сказать это лично им. предложение говорить прямо о них)

К. Вы хотите навязать мне свое. На моей территории я решаю все...

Т. Не получится! Так не бывает! Ты ничего не знаешь! Выходи за того, кто тебя любит, а сама полюбишь – пропадешь, жизнь поломаешь.

К. Это моя жизнь! Не лезьте сюда! Это мое. Ваше там. У меня все получится, как я хочу! У Вас не бывает, а у меня будет.

Терапевт берет подушку, приближается, продолжает говорить: так не бывает, Людочка, это все сказки, спустись на землю!

К. Толкает подушку, которую держит терапевт: иди в своей жизни, указывай. Уйди отсюда, выталкивает терапевта с подушкой, вырывает ее из рук терапевта, бросает на диван.

Т. Люда, что произошло сейчас?

К. Я поняла, что потеряла много времени... И пусть даже что-то вышло бы не так, как я хочу, но это моя жизнь, моя территория, я вправе решать сама, вправе получать какой-то опыт.

Т. Как твои боли?(интервенция к Id)

К. Сейчас нет?

Т. Я рад за тебя, Люда. Остановимся на этом?

К. Да. Я поражена тем, сколько времени потеряли и может быть осталась бы в этом положении.

Т. Ты намерена что-то сделать?

К. Мне надо все обдумать, отделить «мое» от «чужого».

В работе с Людой я использовал психодраматические проигрывания, была раскрыта ретрофлексия проявления гнева в адрес тех, от кого клиенткой были получены интроекты. Начата работа на разведение собственного мнения и мнений других людей.

Клиенту была предложена техника по И.А. Шемет «Твое место в жизни» и вести календарь радости. (приложение № 4) для осознания собственных потребностей и для того, чтобы клиентка находила позитивные моменты от своих самостоятельных шагов, не «оглядываясь» на свои интроекты.

Случай 4

IX. Лена 29 лет. Обратилась по поводу проблем диатеза у ребенка 4 лет. Диатез с грудного возраста. Ничего не помогает. У самой подобных проблем не было.

Необычная терапия, работаем не с ребенком, а с матерью (привожу фрагмент).

Я предположил, что проблема связана с беременностью и предложил рассказать о том, как она протекала. Из ее рассказа выяснилось, что беременность протекала без осложнений, ребенок родился в срок. Семейных проблем не было. Оставалось одно предположение, что во время беременности она недополучала какой-то важный пищевой компонент для развития ребенка. Поэтому я решил сначала поработать с ней.

Лена рассказала, что в общем-то не ограничивала себя ни в чем, ела все, что хотелось.

Я предложил клиенту еще раз рассказать подробнее о протекании беременности, акцентируя на чувствах (работа с Id) для того, чтобы усилить ощущения и тем самым помочь осознать или хотя бы понять для себя, что могло повлиять на ребенка.

Т. И все-таки Лена, давай попробуем вспомнить. Вот ты узнала, что беременна. Как отреагировала сама, как отреагировал муж, когда ты ему сказала, как менялось твое душевное состояние.

К. Мы все очень обрадовались, я стала осторожнее, меня все берегли, угождали. И муж и родители покупали всякие вкусности, муж бросил курить, сильно помогал по хозяйству. Мы часто выезжали на природу... (возникла пауза).

Т. Ты замолчала, Лена (возврат очевидного). Ты говорила, что тебе во всем угождали, оберегали. От чего тебя оберегали?

К. От работы по дому, не давали поднимать тяжести, но однажды мне сильно-сильно захотелось пива, но мне его не дали, потому что боялись, что это алкоголь, и категорически запретили.

Т. Ты любишь пиво?

К. Никогда не любила.

Т. А сейчас ты хочешь пиво?

К. Когда я рассказывала и вспоминала то свое состояние, мне правда сейчас захотелось пива, как тогда (сглатывает).

Затем я сделал необычный шал – позвал мужа и попросил принести немного пива. Далее клиент с жадностью пьет пиво. Недопив стакан ставит его.

Т. Что ты испытываешь, Лена? (интервенция к Id)

К. Когда пила испытывала наслаждение.

Т. Но ты недопила стакан.(возвращение очевидного)

К. Все, больше не хочу.

Т. Что ты чувствуешь?(интервенция к Id)

К. Как будто получила то, что хотела.

Т. Назови это одним словом.

К. Удовлетворение.

Терапия показала, что организм женщины во время беременности испытывал пищевой дефицит, т.е. недополучил компонента, который находится в пиве, не удовлетворил свою потребность.

Работа с ребенком не велась, т.к. в этом случае это не связано с психологией и с этим должен работать врач. Врач прописал ребенку пивные дрожжи и проблема решилась.

Случай 5

Х. Фарид 30 лет, женат, двое

детей, сельский житель, занимается торговлей. Проблема бронхиальная астма. Каждый год проходит стационарное лечение.

Сам Фарид маленького роста, примерно 160 см, но в хозяйстве у него все большое – большой дом, чересчур высокие потолки, огромные комнаты, большой двор, большая баня, очень много скотины, две машины, два мотоцикла. Во всем чувствуется гигантомания. Такое наблюдается у мужчин маленького роста, и я предположил, что создавая свое пространство он пытается компенсировать то, что ему не доставало в связи с его отношением к своему росту – силы, внимания и т.д.

Приведу фрагмент терапии.

Клиент рассказывает о своем детстве.

Он младший из 5 братьев. Старшие его подавляли, командовали им. Родители воспитывали в строгости. Вспоминает, как они боролись с братьями и ему никогда не удавалось быть победителем. Оживленно переживал, но не плакал, боялся насмешек. Злился, если с ним никто не хотел бороться.

Терапия произошла спонтанно, на природе, во время рыбалки. С его согласия мы решили исследовать источники его болезни. Я решил работать на отреагирование эмоций путем усиления давления.

Т. Фарид, ты сказал, что с тобой не хотят бороться. Попробуй проиграть эту сцену. Что они тебе говорили, научи меня. Я буду тебе это говорить, а ты будешь настаивать как тогда.

К. Да ну тебя, че с тобой бороться. Ты еще слабак.

Т. Повторяет.

К. Давай поборемся, ну давай!

Т. Повторяет слова.

К. Поборемся, давай, поборемся (переходит на башкирский язык). Курашик! Курашик! При этом идет на терапевта, широко расставив руки. Курашик! Курашик! Происходит борьба. При этом клиент проявляет невероятную силу.

В результате он поборол терапевта, который по комплекции и весу намного превосходит его (в 2 раза).

После победы, клиент вскакивает с победными возгласами, подпрыгивает:

К. Я сильнее тебя! Я поборол тебя! У меня сила» Видал?!

Т. Я не ожидал, что у тебя такая сила?

К. Я всегда был сильным, мне не давали, они не знали, а я доказал!

Т. Фарид, давай вернемся в настоящее время. Что с твоим дыханием?

К. Дыхание легкое, воздух проходит свободно, глубоко (находится в перевозбужденном состоянии, бросает ингалятор в костер).

Т. Ну вот и хорошо. Я рад за тебя.

К. Борис, я тебя поборол!(селективное самораскрытие)

Рекомендовано упражнение накорми свой живот воздухом.

На сегодняшний день проблемы психосоматики в психологии являются одной из самых популярных тем. Многие психологи и медики придерживаются мнения о том, что возникновение болезни связано не только с физическим и психическим состоянием человека, а находятся в тесном взаимодействии. Теория и методология гештальта возникла на основе психоанализа, гештальт-психологии, экзистенциализма и феноменологии, восточных духовных практик и гуманистической психологии [5, с. 56].

Так как наша страна является пограничной зоной между Европой и Азией, сознание наших людей находится под влиянием двух разных культур – Востока и Запада.

В течение длительного времени европейская медицина больше ориентировалась на физиологию человека, восточная медицина больше основ

выглядит как замена местоимения «я» на местоимение «ты» (или «они», если речь идет о целой группе людей). «Я им не нравлюсь», – думает волнующийся перед публичным выступлением докладчик, «Ты на меня злишься», – жалуется тот, кто не в силах признать и принять собственную агрессию. Зеркальная проекция – когда человек приписывает другим некие качества, мысли и чувства, которыми он обладает сам (осознанно или неосознанно, их принимая) или хотел бы обладать. Случается, этот механизм не дает человеку признавать за свои, самые ценные для него характеристики и качества: он приписывает их другим и остается вечно «недостойным».

Проекция катарсиса – когда человек приписывает другим некие характеристики, чувства и т.д., которые он не хочет признавать в себе. Дополнительная проекция – когда человек приписывает другим какие-то характеристики, установки, чувства и т.д., посредством которых он может оправдать свои собственные, особенно из числа тех, которые признавать не очень хочется.

Ретрофлексия – проекция наоборот. Субъект возвращает себе то, что было адресовано окружающей среде. Речь такого человека пестрит возвратными

глаголами с частицей «-ся», да и в поведении обычно есть характерные особенности – навязчивые движения, вредные привычки. Обращая на себя то, что хотел бы сделать другому, человек бьет себя по руке или пинает ногой стул, вместо того чтобы ударить кого-то, грызет ногти вместо того, чтобы укусить. Высшая форма ретрофлексии – самоубийство: человек убивает самого себя вместо того, чтобы уничтожить того или то, что заставило его страдать.

Дефлексия – человек избегает прямого контакта и достигает цели обходным путем. Действия, связанные с удовлетворением потребности, совершаются, но либо в отношении другого, более безопасного объекта, либо подменяются «вежливыми», обходными маневрами.

Профлексия – когда я делаю другому то, что хотел бы получить от него для себя. В «житейской мудрости» это: «относись к людям так, как ты хочешь, чтобы относились к тебе».

Эгоизм – гипертрофия эго, когда мои границы на замке и полностью раствориться, окунуться в происходящее с головой я не могу. Хрестоматийный пример человека, охваченного эгоизмом, – чеховский человек в футляре, человек, застегнутый на все пуговицы в психологическом смысле.

Девальдизация или обесценивание – когда человек обесценивает или отчуждает результат своей деятельности, игнорируя сами события или свой вклад в них. Все описанные типы прерываний характерны для любого «нормального» организма. Важно помнить, что они являются результатом поведения, когда-то ориентированного на выживание субъекта и, как правило, питаются страхом – страхом боли, потери, страхом быть покинутым, и т.д. Человек реагирует в данный момент старым способом, который был эффективным в прошлом, но сейчас перестал быть таковым [15].

1.4.3 Гештальт-подход как метод терапии психосоматических заболеваний

Благодаря целостному взгляду гештальт-подхода на человека, предполагающему единство его психологического, биологического и социального

существования, его парадигма оказывается весьма продуктивной для понимания и терапии соматических и психосоматических расстройств.

У человека, страдающего психосоматическим заболеванием, отмечается нарушение согласованности между отдельными физиологическими и психическими процессами, нарушение гомеостатического равновесия (когда жизненно важные потребности организма не удовлетворены в силу внешних или внутренних причин), и нарушение способности к творческому приспособлению (когда индивид использует собственные возможности и возможности среды для удовлетворения своих потребностей).

Гештальт-терапия ставит своей целью помочь пациенту обрести новое, удовлетворяющее его равновесие с окружающей средой – уникальное для данной личности и ситуации – уникальным подходящим для нее способом, а также научиться этому процессу творческого приспособления.

Важным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор. Ключевым аспектом терапевтического процесса является осознание и переживание своего контакта с самим собой и окружением. Внимание и активность терапевта концентрируются на том, чтобы помочь пациенту в расширении и обогащении осознания и способности переживания своего контакта с окружающим и внутренним миром. Много внимания уделяется повышению осознания различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом. Также важно раскрытие их значений и функций в настоящее время.

В основе всех нарушений лежит ограничение способности индивида к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организма. Эти нарушения можно определить, наблюдая и исследуя способ взаимодействия конкретного индивида в своём пространстве, которое его окружает.

Гештальт-подход уделяет особое внимание сопротивлениям, они расцениваются как проявление самого «Я», причём жизнеспособного «Я». Выраженное в виде сопротивления «Я» обычно не полностью осознанно и не полностью принимается клиентом, проявляясь автоматически и в частичной форме. Сопротивление не позволяет творчески приспособиться к условиям окружающей среды, удовлетворяя заключённую в нём потребность.

В терапии гештальт-терапевт знакомится с сопротивлением, исследует его, усиливает мышечное напряжение. Или предлагает закончить незаконченное (из-за мышечного напряжения) движение.

За каждым напряжением, стереотипным или незавершённым движением скрывается определённый аспект личности со своим смыслом и лежащей в его основе ситуацией. Сопротивление можно рассматривать как послание и клиенту и терапевту. Соответственно его лучше усилить, чтобы оно стало понятным и клиенту и терапевту. Задача терапевта – помочь клиенту в этом процессе, завершив незаконченную ситуацию которая лежит в основе отчуждённого аспекта личности.

Согласно гештальт-теории патологические симптомы возникают тогда, когда индивид находится в поле, в котором фрустрируются его значимые потребности – в материальном благополучии, социальном статусе, физической безопасности, удовлетворяющих межличностных отношениях и т.д. Гомеостатическое равновесие нарушено, организм испытывает стрессовое состояние и все его последствия, и в текущий момент времени личность не знает, как удовлетворить прерванные потребности и неспособна восстановить нарушенный баланс. В связи с этим в терапии первоочередно важно создать пациенту поле, в котором хотя бы частично могут быть удовлетворены некоторые потребности – в безопасности, внимании, уважении, принятии и т.д. Такую обстановку, в которой клиенту легко будет стать самим собой.

Несмотря на то, что гештальт-терапия не является технически ориентированной, в ней в первую очередь уделяется внимание построению

терапевтических отношений в формате экзистенциальной встречи двух человек, тем не менее, в ней используются различные технические приемы. Основные из них:

- Усиление внимания к чувствам.
- Внимание к телесным проявлениям.
- Расширение осознания.
- Интеграция противоположностей.
- Работа с фантазией, мечтами.
- Принятие ответственности на себя.
- Работа с сопротивлениями.

Учитывая, что в условиях поликлиники время психотерапевтической работы ограничено, важно сфокусироваться на наиболее актуальных проблемах пациента. Это может быть реакция на острое стрессовое событие, вызвавшее декомпенсацию психического и соматического состояния, или устойчивый дезадаптивный паттерн поведения, который приводит к состоянию хронического дистресса. Главными целями индивидуальной психотерапии становятся – совместное осознание пациентом и психотерапевтом наиболее значимых фрустрированных потребностей, которые привели к психосоматическим нарушениям, осознание и исследование тех привычных способов поведения и результата, к которым они приводят. Затем идёт работа по исследованию возможностей, которые есть у пациента, чтобы удовлетворить полностью или хотя бы частично наиболее важные на сейчас потребности, а также на присвоение ответственности за свои выборы. Кроме того работа может быть сфокусирована на отказе от потребностей, которые уже невозможно удовлетворить и проживании связанных с этим чувств. Таким образом, достигается феномен завершения «гештальта» и возникают условия для осознания жизненных возможностей, которые остаются для индивида доступными.

В. Гусев в своей работе по психосоматике описывает следующий алгоритм работы с психосоматическим пациентом. Пациенту предлагается подумать –

болезнь ли на него напала, привязалась к нему, или сам пациент что-то не так делает, в результате чего болеет. В зависимости от представления пациента о своей болезни строится дальнейшая работа.

Если пациент диссоциирован со своей проблемой, то предлагается работа по техникам – пустой стул (поговорить со своей болезнью, описать ее, чтобы в дальнейшем можно было с ней интегрироваться, можно побыть больным органом, или поговорить с ним, поменяться местами и т.д.), генерализации проекции (когда предлагается побыть своей болезнью и поговорить от ее имени), работа с энергией химического соединения (когда пациенту предлагается побыть в роли того химического соединения, которое принимается им – например энергией табака, алкоголя, лекарственного препарата, чтобы осознать что пациент получает и как он другим способом может получить желаемое). Эти приёмы дают возможность интеграции пациента со своей болезнью, расширяют зону осознания.

Если все-таки пациент понимает, что сам делает что-то не так, то тогда предлагается работа в режиме полной ответственности. В таком варианте работы клиенту предлагается изменить смысл фразы, например «Я задыхаюсь» на «Я не даю себе дышать» при нарушении дыхания, «Я сжимаю свое сердце», при проблемах в сердце и т.п. А затем исследовать для чего это пациент себе устраивает, чтобы затем была возможность поискать другой способ взаимодействия с миром, не так травматично для себя.

Другие возможные моменты работы – это проявление активной нереализованной потребности, стоящей за больным органом, осознание этой потребности. Следует делать акцент на позитивном аспекте болезни – что дает мне болезненное состояние, без чего я не могу обойтись. Выражение заблокированного чувства, осознанной потребности по отношению к личному окружению. Интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

Подытоживая данную главу, хочется отметить, что многочисленные теории психосоматических заболеваний сходятся в том, что заболевание развивается в том случае, когда возникает социальная дезадаптация личности, в основе которой лежит внутриличностный конфликт, который, в свою очередь ведет к подавлению потребностей и связанных с ними эмоций посредством психологических защит личности. Гештальт-терапия, базируясь на принципе холистичности, направлена на установление взаимосвязи между соматическими проявлениями заболевания и внутренним миром пациента, что позволяет ему осознать психологическую причину заболевания и сделать осознанный выбор в пользу здоровья.

ГЛАВА 2 ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Методы и методики исследования

Гипотеза исследования.

Применение гештальт-подхода оказывает положительное влияние на субъективную оценку функционального состояния пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Объект исследования.

Психологические методы коррекции функционального состояния пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Предмет исследования.

Гештальт-подход как метод психологической помощи пациентам, страдающим психосоматическими заболеваниями.

Цель исследования.

Исследовать эффективность гештальт-подхода для коррекции функционального состояния пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Задачи исследования.

1. Выявить различия напряженности типов психологических защит у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями и у здоровых людей.
2. Выявить различия показателя алекситимичности у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями и у здоровых людей.
3. Обосновать возможность применения гештальт-подхода у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, основываясь на анализе взаимосвязей между ведущим типом психологической защиты, показателем алекситимичности и наличием психосоматического заболевания.
4. Оценить эффективность применения гештальт-подхода для коррекции субъективной оценки функционального состояния пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

В исследовании участвовали 65 человек в возрасте от 27 до 45 лет, проходившие лечение и профилактические осмотры в НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД», МБУЗ «Городская клиническая больница №1», МБУЗ «Городская клиническая больница №9» г. Челябинска.

Экспериментальная группа № 1 состояла из 30 пациентов (18 женщин и 12 мужчин) с диагнозом «соматоформное расстройство». В контрольную группу № 1 вошли 25 человек (14 женщин и 11 мужчин) с диагнозом «здоров(а)» (по результатам профилактического осмотра).

У участников экспериментальной группы № 1 и контрольной группы № 1 определяли ведущий тип психологической защиты с помощью методики «Индекс жизненного стиля» (Опросник Плутчика- Келлермана-Конте) и показателем алекситимичности с помощью Торонтского алекситимического теста.

Пациенты с диагнозом «соматоформное расстройство» были разделены на две группы: в контрольную группу № 2 вошли 20 пациентов (12 женщин и 8 мужчин), с которыми проводилось психологическое консультирование с использованием методов рациональной психотерапии; в экспериментальную группу № 2 – 20 пациентов (11 женщин и 9 мужчин), с которыми проводилась гештальт-терапия.

Результаты психологического консультирования оценивались через 1 месяц после его окончания.

Психодиагностические методики (методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте, Торонтский алекситимический тест, методика субъективной оценки функционального состояния «Самочувствие. Активность. Настроение»). Психологическое консультирование (гештальт-подход, рациональная психотерапия).

Опросник «Индекс жизненного стиля».

Опросник «Индекс жизненного стиля» разработан в 1979 году Р. Плутчиком, Х. Келлерманом и Х. Р. Конте на основе психозволюционной теории Роберта Плутчика и структурной теории личности Келлермана. Методика позволяет

диагностировать систему механизмов психологической защиты, выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого [14]. Русскоязычная адаптация сделана Л. И. Вассерманом с коллегами в НИПНИ им. Бехтерева [3].

Опросник предназначен для диагностики механизмов психологической защиты «Я» и включает 97 утверждений, требующих ответа по типу «верно – неверно». Измеряются восемь видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, гиперкомпенсация, проекция, интеллектуализация (рационализация) и регрессия. Каждому из этих защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях.

Подсчитывается количество положительных ответов по каждой из 8 шкал, в соответствии с ключом (приложение А). Затем сырые баллы переводятся в проценты.

На основе процентных показателей составляется профиль эго-защит.

Напряженность каждой психологической защиты подсчитывается по формуле 1:

$$\frac{n}{N} \times 100\% \quad (1)$$

где n – число положительных ответов по шкале этой защиты, N – число всех утверждений, относящихся к этой шкале. Тогда общая напряженность всех защит (ОНЗ) подсчитывается по формуле 2:

$$\frac{n}{97} \times 100\% \quad (2)$$

где n – сумма всех положительных ответов по опроснику.

Торонтская алекситимическая шкала (Торонтский алекситимический тест, TAS) создана G.J. Taylor с соавторами в 1985 г. [43], адаптирована в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [7].

Представляет собой опросник, предназначенный для диагностики уровня алекситимии. Оригинальная методика состоит из 41 утверждения, с помощью которых пациент может характеризовать себя, применяя Лайкертовскую шкалу

(от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен»), при этом половина пунктов имеет положительный код, а другая половина – отрицательный, чтобы избежать однонаправленного согласия в ответах. Адаптированная версия опросника представляет перечень из 26 утверждений, которые испытуемый должен также оценить по шкале, выбрав наиболее предпочитаемый ответ из ряда предложенных. Окончательная шкала имела высокую тест-ретестовую надежность за периоды, равные 1 неделе, 5 неделям и 3 месяцам. Факторный анализ шкалы с извлечением главных факторов и ротацией дал в итоге факторную структуру, конгруэнтную построению концепции алекситимии. Последующие исследования показали, что факторная структура TAS обладает стабильностью и надежностью. Структурная валидность TAS получила подтверждение в работах, изучавших соотношение данной шкалы с рядом других методик исследования личности и психопатологических расстройств, позволивших подтвердить ее конвергентную и дивергентную валидность (Старостина). Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше. «Неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже [7].

Тест САН. Самочувствие. Активность. Настроение.

Тест САН – разновидность опросников состояний и настроений. Разработан сотрудниками 1 Московского медицинского института имени И.М.Сеченова В. А. Доскиным, Н. А. Лаврентьевой, В. Б. Шараем и М. П. Мирошниковым в 1973 г. Конструктивная валидность САН устанавливалась на основании сопоставления с результатами психофизиологических методик с учетом показателей критической частоты мельканий, температурной динамики тела, хронорефлексометрии. Текущая валидность устанавливалась путем сопоставления данных контрастных групп, а также путем сравнения результатов испытуемых в разное время рабочего дня. Разработчиками методики проведена ее стандартизация на материале обследования выборки 300 студентов. (Тест дифференцированной самооценки функционального состояния) [6].

Целью данной методики является диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемых просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемые отмечают степень выраженности той или иной характеристики своего состояния.

Обработка данных. Подсчитывается сумма баллов по шкалам:

– Самочувствие: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

– Активность: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

– Настроение: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. средний балл шкалы равен 4. оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже четырех свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0 – 5,5 баллов. При анализе функционального состояния важно соотношение значений отдельных его показателей.

Методы психологического консультирования.

Методы гештальт-терапии, примененные в ходе исследования.

1. Расширение осознания.

Используются упражнения, направленные на расширение осознания того, что входит в понятия внутренняя и внешняя зоны. Руководитель группы просит участника закрыть глаза и, соблюдая принцип здесь и теперь, сконцентрироваться на внутреннем мире своего тела. Свое осознание внутренней зоны участник начинает словами: «Сейчас я ощущаю...» и далее описывает свои ощущения, возникающие на поверхности кожи, в мышцах, во внутренних органах и т. д. Затем участник получает задание открыть глаза и сфокусировать свое внимание на внешней зоне. Осознание окружающего мира также сопровождается словами: «Сейчас я осознаю...» и т. д. (идет информация об ощущениях, которые вызывают у пациента различные предметы, звуки, запахи и т. п.). Далее фокус внимания снова перемещается на внутреннюю зону, и так по очереди.

2. Интеграция противоположностей.

Формирование и завершение гештальтов зависит от способности личности четко определять свои потребности и умение вступить в контакт со средой для того, чтобы удовлетворить эти потребности. Контакт со средой во многом зависит, во-первых, от способности разграничивать окружающую среду и свое «Я» и, во-вторых, от способности разграничивать отдельные аспекты своего Я, например свои ощущения, их истинность и полярность.

В диалектике существует закон единства и борьбы противоположностей. Он одинаково применим как к окружающей среде, так и к нашему внутреннему миру. В нас самих постоянно идет борьба двух или нескольких противоположных желаний и тенденций. Борьба этих противоположных личностных качеств нередко формирует конфликт внутри нас самих.

Для гештальт-терапевта важно, чтобы человек осознал свои противоречивые качества, а главное – осознал чувства, которые сопровождают борьбу этих противоположностей.

3. Усиление внимания к чувствам.

Осознание своих чувств должно быть непрерывным, но многие люди прерывают процесс осознания, как только дело доходит до неприятных переживаний, до тех чувств, которые пациент избегает осознавать.

В подобных случаях психотерапевт должен помочь участнику терапии завершить незавершенный и травмирующий его гештальт. Это важно, во-первых, потому, что та энергия, которая тратится на сокрытие «неприятного» чувства, после его отреагирования может быть направлена на более продуктивные цели, и, во-вторых, это может прояснить противоположности, вовлеченные во внутренний конфликт, и интегрировать их в единое целое.

Иногда для того, чтобы легче осознать свои чувства, нужно усилить их или даже несколько утрировать, сделав более гротескными.

Фредерик Перлз справедливо считал, что полностью подавить наши стремления и чувства невозможно. «Язык тела, – подчеркивает К. Рудестам, – не

является единственным видом невербального поведения, позволяющим вплотную изучить эмоции, тембр голоса также содержит некоторую информацию о скрытых чувствах». Свои чувства участники могут выразить через рисунки, песни, танцы и т.п.

Таким образом, необходимо помочь человеку завершить незавершенный и травмирующий его гештальт для того, чтобы уменьшилась власть прошлого и он смог бы более адекватно вести себя в настоящем. Это важно, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, та энергия, которая тратится на сокрытие травмирующего чувства, может быть направлена на продуктивные цели после отреагирования скрытых эмоций и завершения незаконченного действия. Во-вторых, это может прояснить противоположности, вовлеченные в конфликт, и интегрировать их в единое целое. Когда мы полностью переживаем свои чувства, то в действительности осознаем, чего же хотим и к чему стремимся. Многие из методик помогают усилить внимание человека к чувствам. Поскольку осознание неизбежно приводит к действию, то и тщательное выполнение действия приводит к расширению осознания самого себя [20].

4. Работа с фантазией.

Фредерик Перлз считал, что фантазии представляют собой наиболее спонтанную продукцию, которая несет в себе уникальную информацию, те фрагменты нашего Я, которые при обычном рассказе подавляются или от которых мы отказываемся. При гештальт-терапии фантазии не анализируются и не интерпретируются психотерапевтом. Участник терапии сам исследует свои фантазии. Работа эта включает в себя как минимум два компонента:

- перенос фантазии на реальную почву;
- идентификацию фантазии со своей личностью.

Перлз считал, что каждый фрагмент мечты представляет собой отчужденный фрагмент собственной личности. Для того чтобы вновь «присвоить» их себе, индивидуум должен идентифицировать объект мечты со своей личностью. Также нет необходимости работать со всей фантазией, достаточно отдельного ее

фрагмента. Мечты представляют собой наиболее спонтанную продукцию в нашем опыте, те фрагменты нашего Я, которые подавляются или от которых мы отказываемся. Таким образом, они несут уникальную информацию для того, кто их создает [21].

В гештальт-терапии фигуры и объекты в мечтах не анализируются и не интерпретируются руководителем группы, поскольку мечты здесь не имеют того универсального значения, которое они имеют в психоанализе, где, например, оружие, пуля или башня, а также любой длинный объект интерпретируется как образ мужской сексуальности. Вместо этого работа с мечтами в гештальт-терапии включает в себя два процесса: перенос мечты на реальную почву и повторное присвоение отчужденных фрагментов личности.

Каждый объект или фигура мечты представляет собой отчужденный фрагмент личности. Для того чтобы вновь присвоить их, необходимо выявить их, идентифицируясь с каждым объектом своей мечты. Руководитель группы направляет внимание участника на тот объект мечты, который является самым важным, или переводит его внимание с объекта на объект, заставляя пережить все чувства, связанные с ними.

5. Принятие ответственности за самих себя.

Сторонники гештальт-терапии считают, что причиной невроза часто является неспособность индивидуума полностью принять на себя ответственность за свои чувства, мысли и поступки, иными словами, неспособность принять ответственность за свое «Я».

Люди очень часто склонны перекладывать ответственность за негативные поступки и чувства на других, многие искренне считают, что в их пороках и неудачах виноваты не они сами, а другие люди или обстоятельства.

Причиной любого невротического механизма является неспособность индивидуума принять ответственность за свое «Я». Интроецирующий индивидуум не может различать свои чувства, убеждения и чуждые идеи, которые были усвоены им, но не ассимилированы и не сделаны своими собственными.

Проецирующий индивидуум переносит свои импульсы на других. При патологическом слиянии человек не может развести свое Я и более объемное Мы, то есть дифференцировать Себя и Других. Ретрофлексирующий индивидуум объективирует и отторгает важные аспекты своего «Я».

Гештальт-терапевтический подход помогает преодолеть невротические механизмы с помощью изменения средств коммуникации и структуры языка.

Принятию ответственности за самих себя также способствует осознание того, на кого мы возлагаем ответственность за самих себя, как прерываем самих себя, как мешаем самим себе ощущать все в полной мере.

6. Преодоление сопротивления.

В гештальт-терапии сопротивлением обозначается такая ситуация, при которой участник группы не выполняет те упражнения, которые предлагает ему терапевт. Но гештальт-терапевты, в отличие от аналитиков, не рассматривают сопротивление в качестве барьера, который обязательно нужно разрушить и преодолеть. Перлз рассматривает сопротивление, прежде всего, как нежелание индивидуума осознать свои негативные чувства [21].

Вопросы «Что вы сейчас чувствуете?», «Что вы хотите сейчас?» могут помочь ему сфокусироваться на самом себе. Чувства, вызванные такими вопросами, дают возможность не идти на поводу у общепринятых стандартов. Первым шагом становится разговор о его собственных потребностях и желаниях – сначала с терапевтом, а затем и с тем человеком, с которым связаны его ожидания. Проговаривая свои потребности, человек может понять, чего он хочет на самом деле, и найти способы достичь желаемого. Когда есть свои собственные цели, не надо искать слияния с другими, можно быть свободным в движениях и больше не соблюдать «соглашения», заключенного много лет назад.

Работа по преодолению интроекции основана на стимуляции различий между «Я» и «Ты» и созданию у человека чувства, что выбор возможен. Любой опыт, усиливающий чувство собственного «Я», – важный шаг на пути освобождения от

интроекции. Это позволяет освобождаться от представлений, не являющихся ассимилированными, то есть результатом собственного опыта.

Психотерапевтическая техника работы с проекцией основана на предположении о том, что мы сами создаем свою жизнь и, восстанавливая свою причастность к ней, обретаем силу для изменения мира. Когда проективный человек сможет представить себе, что ему свойственны некоторые качества, которые он прежде не осознавал, а замечал в других, это расширяет и поддерживает его подавленное чувство идентичности.

В гештальт-терапии разработаны общие принципы построения психотерапевтического воздействия. Они касаются прежде всего определенных речевых конструкций.

Употребление местоимения «я» вместо «мы», «он», «они». Использование местоимения «я» позволяет восстановить границу, почувствовать «территорию», на которой человек может распоряжаться сам (а не «они» или другие «мы»). Изменение фразы позволяет сделать шаг в принятии ответственности на себя, а не делегировать ее кому-либо.

Замена глагола «не могу» на «не хочу», «должен» на «предпочитаю». Если человек говорит «не могу», «должен», он чувствует ограничение. Фразы с «не хочу» и «предпочитаю» показывают возможность свободы выбора. В последнем случае человек ясно осознает желания, выстраивает приоритеты и, следовательно, может найти средства удовлетворения потребностей.

Выяснение того, что стоит за словом «это».

Использование прямого обращения вместо описания кого-то в третьем лице.

Замена вопроса «почему» на вопрос «как». Это не позволяет уйти в рассуждения, а обращает к чувствам.

Замена вопроса на утверждение.

В гештальт-терапии создана сложная метафора, описывающая изменения. Это одно из немногих направлений, в котором введены понятия, характеризующие не только невротическое, но и здоровое функционирование. Для описания здоровой

личности используются понятия контакта, осознания, интеграции частей. Интеграция означает, что человек осознает все свои потребности и жизненные функции, находится в контакте со средой для их удовлетворения, погружен в процесс жизнедеятельности, а не живет прошлым или ожиданием будущего. Различные понятия не скрывают, не запутывают, а проясняют смысл этого подхода – помочь проявлению в личности глубинной сущности, которая позволит ей действовать в соответствии с собственной мудростью.

Большое внимание уделяется в гештальт-терапии работе со сновидениями пациентов. Перефразируя Фрейда, Перлз говорит, что «сон – это королевская дорога к интеграции личности» [21].

В отличие от психоанализа, в гештальт-терапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Автор считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются о сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Технические процедуры в гештальт-терапии называются играми или упражнениями. Это разнообразные действия, выполняемые участниками терапии по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры предоставляют возможность экспериментирования с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр участники «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов – достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание («ага-переживание») – это такой момент самопостижения, когда человек говорит:

«Ага!» По Перлзу, «ага» – это то, что происходит, когда что-нибудь защелкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрывается» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные [28].

Методы рациональной психотерапии, примененные в исследовании. Основатель рациональной психотерапии, швейцарский невролог Поль Дюбуа считал, что в основе неврозов и ряда других психических расстройств лежат ошибки восприятия действительности, неправильные представления, нелогичные умозаключения и вытекающая из всего перечисленного неточная интерпретация происходящего. Основной задачей психотерапевтического воздействия является избавление пациента от заблуждений и обучение его правильному поведению. При этом в зависимости от личностных особенностей пациента, могут использоваться методы разъяснения, переубеждения, убеждения, отвлечения и одобрения, а также приемы дидактики и риторики. Конечной целью психотерапевтической работы является обучение пациента эффективному логическому мышлению и создание в его сознании адекватных представлений об окружающих людях и происходящих событиях [11].

Методы статистической обработки данных. Для сравнения показателей контрольных и экспериментальных групп применялись критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента.

ГЛАВА 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Сравнение напряженности типов психологической защиты пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями и участников контрольной группы

Экспериментальная группа № 1 состояла из 30 пациентов (18 женщин и 12 мужчин) с диагнозом «соматоформное расстройство», контрольную группу № 1 – 25 человек (14 женщин и 11 мужчин) с диагнозом «здоров(а)» (по результатам профилактического осмотра).

У участников экспериментальной группы № 1 и контрольной группы №1 определяли ведущий тип психологической защиты с помощью методики «Индекс жизненного стиля» (Опросник Плутчика – Келлермана – Конте). Для сравнения показателей контрольной и экспериментальной групп применялся критерий Манна –Уитни.

При статистическом анализе выявлены значимые различия $p \leq 0,01$ уровня напряженности психологической защиты «вытеснение» у участников контрольной группы №1 и экспериментальной группы № 1 (таблица 1).

Таблица 1 – Уровень напряженности психологических защит у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями и участников контрольной группы

Вид психологической защиты	Уровень напряженности психологических защит, %, $M \pm \sigma$		Значение критерия U Манна-Уитни	Значение p
	Контрольная группа № 1, n = 25	Экспериментальная группа № 1, n = 30		
Регрессия	29,1 ± 1,1	28,8 ± 2,5	426,0	0,72
Вытеснение	15,7 ± 0,6	42,1 ± 2,1	51,0	≤ 0,001
Замещение	22,8 ± 1,9	23,2 ± 2,6	423,0	0,69
Отрицание	31,1 ± 3,2	33,9 ± 1,9	422,5	0,67
Проекция	28,6 ± 2,4	27,9 ± 1,7	434,0	0,81
Компенсация	40,2 ± 2,6	39,8 ± 0,9	437,0	0,78
Гиперкомпенсация	35,3 ± 1,6	35,7 ± 2,2	469,5	0,83
Рационализация	40,5 ± 3,1	41,3 ± 2,5	431,0	0,78

Уровень значимости различий экспериментальной группы №1 и контрольной группы № 1 $p \leq 0,01$.

Таким образом, группа пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, значимо отличалась от группы здоровых людей по напряженности психологической защиты «вытеснение». Данный вид психологической защиты приводит к переходу нежелательного эмоционального импульса в область бессознательного, однако психо-вегетативный эффект подавленной эмоции сохраняется и приводит к возникновению соматических симптомов.

Сравнение показателей алекситимичности у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями и участников контрольной группы № 1.

Для сравнения показателей контрольной и экспериментальной групп применялся критерий Манна – Уитни.

При статистическом анализе выявлены значимые различия ($p \leq 0,01$) показателей алекситимичности у участников контрольной группы №1 и экспериментальной группы № 1 (рисунок 2).

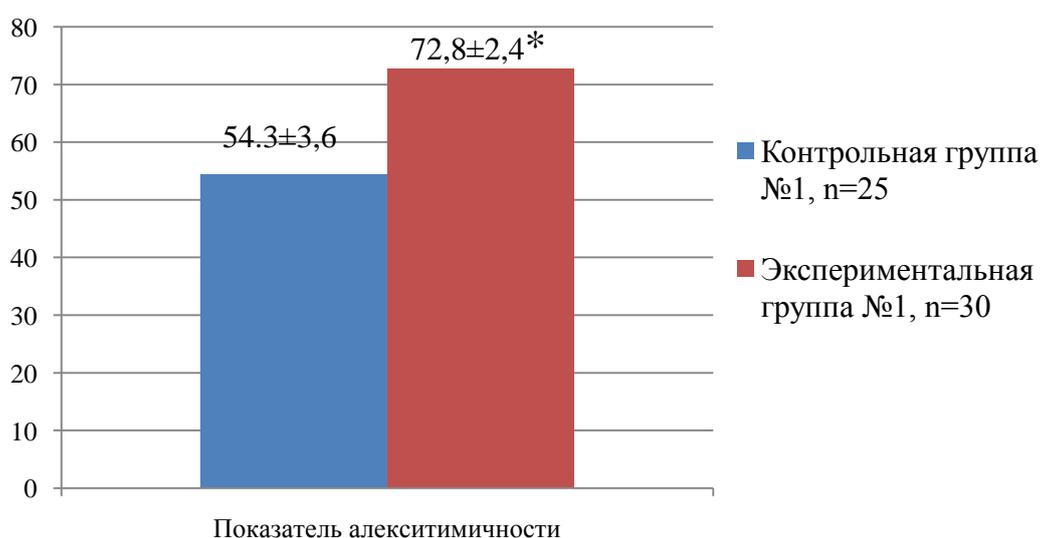


Рисунок 1 – Показатели алекситимичности у участников экспериментальной группы № 1 и контрольной группы № 1.

Таким образом, у пациентов, страдающие психосоматическими заболеваниями, показатель алекситимичности был значимо выше, чем у здоровых людей. Ограничение способности осознавать свои эмоции приводит к тому, что неидентифицированный источник тревоги, как проявление неосознанного внутреннего конфликта, сохраняется длительное время, приводя к функциональным нарушениям работы органов и систем.

3.2 Обоснование применения гештальт-подхода у пациентов с психосоматическими заболеваниями на основе выявленных взаимосвязей между ведущим типом психологической защиты личности, показателем алекситимичности с наличием психосоматического заболевания

По результатам проведенного исследования уровень напряженности психологической защиты «вытеснение» значимо выше в группе пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями по сравнению с контрольной группой. Вытеснение – механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными. По мнению большинства исследователей, этот механизм лежит в основе действия и других защитных механизмов личности. Подавленные импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои психо-вегетативные компоненты, проявляясь в виде психосоматических расстройств. Одним из механизмов такого проявления подавленных эмоций с точки зрения гештальт-подхода является ретрофлексия - вид сопротивления контакту, при котором импульс, предназначенный окружающей среде, направляется вовнутрь, проявляясь мышечным спазмом скелетных мышц или гладкой мускулатуры внутренних органов. Ретрофлексия может возникать на любом из этапов цикла контакта. Такие приемы гештальт-терапии, как обращение внимания к телесным проявлениям (особенностям положения тела в пространстве, напряжениям в теле, неосознанным движениям), амплификация этих проявлений, позволяют пациенту осознать эмоцию (а также

потребность, связанную с этой эмоцией), которая была подавлена. Ретрофлексируются, как правило, непринимаемые пациентом эмоции и потребности. Такое неприятие может быть следствием усвоенного без осознания убеждения – интроекта - одного из способов получения опыта, характерного для детского возраста. Путем интроецирования многие жизненные установки передаются от родителей к детям. Когда человек взрослеет, эти установки могут становиться неактуальными, но бессознательный их характер препятствует мешая переосмыслению их. Гештальт-подход направлен на осознание и «ревизию» таких установок, в результате чего у человека появляется осознанный выбор – следовать этой установке в дальнейшем или нет. Независимо от этого выбора, осознанная эмоция со временем перестает вызывать явления «вторичной физиологии», приводившие к развитию психосоматического заболевания.

Также по результатам данного исследования в группе пациентов с психосоматическими заболеваниями показатель алекситимичности значимо выше, чем в контрольной группе. С точки зрения гештальт-подхода невозможность выразить собственные переживания, эмоции и ощущения, неспособность человека быть в контакте с собственным внутренним миром рассматривается как конфлюэнция 1 рода – сопротивление контакту с окружающей средой, при котором человек не слышит собственных внутренних сигналов, не отличает одну эмоцию от другой, потребность в общении от желания поесть. Когда-то ребенка не вовремя кормили, или обижали родители, переживания доставляли боль, и он научился не слышать, не осознавать их, он слит с ними. Это сопротивление возникает в самом начале цикла контакта, на этапе преконтакта. Фигуры потребностей не осознаются, они заменяются потребностями, которые человек считает «правильными». Обычно это потребности, одобряемые референтной группой, к которой человек принадлежит или хочет принадлежать. Неудовлетворенные же потребности и связанные с ними эмоции, присутствуя в теле в виде психо-вегетативного компонента, служат

причиной нарушения работы органов и систем. Работа с конфлюэнцией 1 рода в гештальт-подходе начинается с обучения пациента чувствовать свое тело, «сбора мозаики ощущений» [15]. После того, как человек научился распознавать сигналы своего тела, амплифицируя самые сильные ощущения, можно воссоздать «вторичную физиологию», связанную с неосознанной потребностью. Далее проводится работа, направленная на принятие этой потребности и выбор социально приемлемых способов выражения эмоций с ней.

3.3 Примеры практического применения методов гештальт-терапии в ходе исследования

Пример 1.

Вера страдает ревматоидным артритом и у неё очередное обострение. Придя на сеанс, она много плакала, говорила, что у неё очень тяжелый период сейчас в жизни. И «тянется он уже 2 года, с тех пор как она потеряла своих мужа и брата, и сейчас остался ещё один брат, но и с ним последнее время испортились отношения. А теперь ещё и «руки все время болят». В ходе беседы выяснилось, что ревматоидный артрит стал беспокоить около года назад.

Ещё в самом начале беседы, когда пациентка рассказывала о своих умерших близких, я обратила внимание, что она постоянно потирает свои руки, мнёт их.

Терапевт: Вы замечаете, что вы делаете руками?

Вера: Да, я их переминаю.

Примечание: Предполагаю, что эти движения связаны с ретрофлексией.

Терапевт: Попробуйте делать эти движения руками ещё, только старайтесь делать это медленно, что это будут за движения.

Примечание: Привлечение внимание пациентки к имеющейся несознательной телесной реакции, когда она говорит о своих близких, здесь я использую проявления тела, чтобы попробовать сразу попасть в проблемную ситуацию пациентки.

Вера мнет руки, постепенно эти движения становятся похожими на поглаживания и сжимания своих же кистей.

Пациентка начинает плакать.

Вера: Вы знаете, мне прямо кажется, будто я глажу и обнимаю своих любимых – мужа и брата. Как же мне их не хватает. Мне так стало без них тяжело.

Терапевт: Выберете какие-то игрушки, которые сейчас в сеансе станут вашими мужем и братом.

Вера выбирает двух собачек, и очень крепко сжимает их в своих руках, так что костяшки пальцев белеют.

Терапевт: Теперь продолжайте проделывать те же движения, только обращайтесь их уже вашим близким, о которых вы говорите.

Вера: Мои хорошие, мои любимые, за что же вы меня покинули.. (плачет несколько минут, при этом руками, а именно кистями, очень сильно сжимает и разжимает игрушки, гладит их, прижимает к себе). Если бы вы только знали, как я вас люблю, как мне вас не хватает, мне очень без вас плохо. (плачет)

Примечание: Предполагаю, что у пациентки «зависла» эмоция горя. Несмотря на то, что близких уже давно нет, она не может расстаться с ними.

Терапевт: Я вижу как вам больно и горько о них говорить. Осознаете ли вы, что несмотря на то, что этих людей – вашего мужа, брата, их нет с вами, но вы продолжаете очень крепко держать их в своих руках. (Возвращаю её в сеанс).

Вера: Перестает плакать. Да, я их держу, это плохо, наверное, да? (Интроект).

Терапевт: Не думаю, что это плохо или хорошо, это просто так есть. Ещё один факт, что ваши руки страдают от ревматоидного артрита. Если вы постоянно мысленно несознательно крепко «держите руками своих близких», то, возможно, что ваши кисти находятся постоянно в напряжении. А если напряжены мышцы – это ухудшает циркуляцию в них крови, а соответственно и здоровье рук хуже.

Вера: Так что же мне тогда отпустить их?

Терапевт: А как вы хотите? (обращение к «Эго» пациентки)

Вера: Не хочу их отпускать. (Обращается к ним и опять сжимает их, плачет.)
Не хочу вас отпускать, как же я без вас.

Терапевт: Тогда вы рискуете страдать болями в руках. (Пауза).

Побудьте с ними сейчас. Скажите им, что хорошего у вас с ними связано, что оставляете себе от них. Поблагодарите за то, что они вам сделали. Вера продолжает гладить, сжимать и прижимать к себе игрушки.

Вера: Игоречек, Ванечка! Вы даже не представляете, как я счастлива была, когда вы рядом были, когда вы всегда шли навстречу мне, помогали во всём. Всегда понимали и принимали меня. Я так хочу, чтобы вам там в том мире хорошо было. Чтобы вы и там счастливы были.

После этой фразы она кладет игрушек на кресло напротив, произнося, «Отпускаю вас, идите, не буду вас мучать больше, хоть и плохо без вас мне, спасибо вам за всё». Пациентка вздыхает, уже не плачет, сидит задумавшись несколько минут. Руки её не напряжены, лежат скрещенными на коленях.

Терапевт: Как вы себя чувствуете?

Вера: Ощущение пустоты какое-то.

Дальнейшая работа с Верой проводилась в направлении поиска внутренних ресурсов, на которые она сможет опираться, выстраивая жизнь без потерянных ею близких. Через 1 месяц после окончания терапии пациентка отмечала, что боли в кистях больше ее не беспокоят, улучшилось самочувствие и настроение.

Пример 2.

Валентина обратилась к терапевту с повышением артериального давления до цифр 200/130 мм.рт.ст. Была госпитализирована, однако даже на фоне получаемого антигипертензивного лечения, давление периодически поднимается до высоких цифр.

Показатели теста субъективной оценки функционального состояния Валентины: «Самочувствие» – 4,0 балла; «Активность» – 4,6 баллов; «Настроение» – 4,3 балла.

Пациентка связывает повышение давления с моментами эмоционального накала («Понервничаю и сразу в висках стучит, и давление соответственно высокое»). На моей консультации Валентина рассказала, что ещё с молодых лет мучается головными болями. Я предложила ей выбрать, с какой бы из проблем ей хотелось бы поработать – с головной болью или повышением артериального давления в момент эмоционального напряжения.

Примечание: интересуюсь, что больше актуально для пациентки на сейчас.

Валентина: Больше все-таки хочу от головной боли избавиться.

Терапевт: А сейчас она вас беспокоит?

Валентина: Сейчас нет, но вчера была.

Терапевт: Раз вы вспомнили сейчас про свою боль, давайте её сюда привнесём, пусть эта подушка будет вашей головной болью, где сейчас её расположим?

Валентина просит положить её на кресло рядом.

Терапевт: Посмотрите сейчас на свою головную боль, что вы можете мне про неё рассказать?

Валентина: Я очень хочу от неё избавиться. Она так давно меня мучает. Я устала от неё. Примечание: Отмечаю, что головная боль воспринимается пациенткой, как нечто напавшее на неё из вне, следовательно в терапии цель – помочь пациентке осознать, что это её собственная часть, для чего-то она ей нужна.

Терапевт: Скажите это, обращаясь напрямую к вашей головной боли. Вот она сидит рядом с вами.

Напрямую обратиться к своей головной боли у пациентки получается только раза с четвертого, её обращения каждый раз напоминали разговор о ней, но не обращение к ней.

Примечание: Я старалась донести разницу между прямым обращением и непрямым, поскольку предполагала, что ее боль связана с ретрофлексией. Прямой контакт – это уже направление энергии во внешнюю среду.

Валентина: Уходи, боль, я устала от тебя.

Замечаю, что пациентка краснеет, у неё увлажняются глаза.

Примечание: Начинается раскрытие ретрофлексии. Её движение к своей головной боли продолжается в виде притока крови к лицу, слёз к глазам – предполагаю, что её головная боль и повышение артериального давления тоже являются своеобразными движениями во внешнюю среду, однако это опасный способ для здоровья. В этом сеансе я планирую организовать ей условия, чтобы свои эмоции или переживания она выразила во вне другими способами. Она начинает активно дышать, произнося: «Сейчас, сейчас, подождите, все нормально». Вытирает слезы. Валентина заблокировала свои эмоциональные проявления.

Терапевт: Что с вами произошло – вы, когда обратились к вашей боли – я заметила, что у вас покраснело лицо, стали влажными глаза, а затем вы изменились.

Валентина: Все, я успокоилась.

Терапевт: А что вы успокоили?

Валентина: Когда я обратилась к боли, мне стало жалко себя, я так давно от неё мучаюсь, опять захотелось плакать. А я не хочу вам жаловаться, хочу сама справиться со своими проблемами.

Терапевт: Как ваши ощущения сейчас? Обратите внимание на своё тело – изменилось ли ваше состояние сейчас?

Примечание: У меня появляется предположение, что сдержав сейчас какое-то своё эмоциональное переживание, Валентина рискует почувствовать болезненные ощущения.

Валентина: Не очень хорошо сейчас себя чувствую. Не знаю, тяжесть какая-то в голове.

Примечание: Произошла ретрофлексия эмоции.

Терапевт: Заметили ли вы, что тяжесть появилась, когда вы себя успокоили?

Валентина: Я итак много плачу, часто плачу, зачем мне опять плакать.

Терапевт: А что помешало сейчас поплакать вам при мне?

Валентина: Зачем я буду вам жаловаться, я сама умею справляться со слезами, вы только помогите мне с головной болью.

Примечание: Предполагаю, что пациентка ретрофлексировала эмоциональные проявления под влиянием интроекта.

Терапевт: Я сама вряд ли что-то сделаю с вашей головной болью – помочь я смогу вам только в том, чтобы вы попытались осознать – как вы так организуете свою жизнь, что головная боль у вас появляется. В частности, мне известно, что если блокировать свои эмоции – это может привести к заболеванию организма. Предполагаю, что такой механизм сегодня уже сработал – когда вы почувствовали к себе жалость, у вас даже появились слёзы, но вы прервали этот процесс, а затем вы почувствовали тяжесть в голове.

Валентина: У меня и вправду всегда голова начинает болеть, когда мой муж начинает меня ругать.

Терапевт: Он вас ругает?

Валентина: Да, он очень плохо ко мне относится, всегда унижает, у меня все время угнетенное дома состояние.

Терапевт: Что вы чувствуете, когда он на вас ругается?

Примечание: Интервенция на раскрытие ретрофлексии.

Валентина: Мне очень обидно становится, но я молчу, а потом, когда он не видит меня – плачу.

Я вновь вижу, что у пациентки накатываются слезы, которые она пытается сдержать, но уже не так сильно, как в первый раз. Я решаю ей помочь побыть с этими чувствами и проявить их.

Терапевт: Вы сейчас рассказываете о вашем муже, чувствуете ли сейчас обиду на него?

Валентина: Да, мне очень обидно.

Пациентка начинает подрагивать, катятся слезы, почти не дышит.

Валентина: Он говорит, что я никто, что ничего не стою, что ничего нормально не могу сделать.

Отводит взгляд, дыхания не заметно.

Терапевт: Продолжайте рассказывать мне – постарайтесь смотреть мне в глаза – поддерживайте со мной контакт взглядом, когда рассказываете, как плохо относится к вам ваш муж, и осознавайте своё дыхание – пробуйте дышать глубже. Катятся слёзы, начинает вздыхать, и один раз даже издается какой-то едва уловимый звук «ох».

Терапевт: Что с вами происходит?

Валентина: У меня в груди как будто комок слёз, а я никак не могу его выпустить. При этом дышит и на выдохе повторяет «не могу, не могу».

Терапевт: Продолжайте дышать, повторяйте эти слова, когда выдыхаете – пусть это будет на каждом выдохе – «Ох!», «Не могу», жалуйтесь мне.

Помогаю ей дышать, сама вместе с ней произношу эту фразу громче и на выдохе. Замечаю, что лицо пациентки краснеет, она вновь отводит взгляд, задерживает дыхание,

Терапевт: Дышите, оставайтесь со мной в контакте взглядом. Передавайте свои чувства мне, через взгляд, голос. Вы можете держаться за мои руки, если это поможет вам быть со мной сейчас, когда вы переживаете.

Она крепко берет меня за руки, сжимает, ощущаю, что её руки холодные. Смотрит на меня, выдыхает с голосом «ох!», при этом сдавливая мои руки, замечаю, что её тело начинает подрагивать.

Терапевт: Вы подрагиваете?

Примечание: обращаю внимание пациентки на ее телесные проявления.

Валентина: Да, у меня дрожь в теле появилась.

Терапевт: Подрожите, усильте свою дрожь, и попробуйте мне передать свою дрожь руками, так чтобы я почувствовала вашу дрожь.

Примечание:

Постепенно дрожь исчезает, а Валентина трясёт мои руки. Через некоторое время я замечаю, что её лицо уже не красное, руки стали горячими, слёз нет.

Голос на выдохе больше напоминает не на жалобное оханье, а скорее бодрое «Ох!».

Терапевт: Вы заметили, что уже не дрожите, что ваши руки стали горячими?

Валентина: Я вообще чувствую, как изменилась. Мне жарко стало. Ещё даже хочется вас потрясти.

Терапевт: Потрясите (трясет, затем улыбается).

Валентина: Ну хватит уже наверное?

Терапевт: А вам хватит?

Валентина: Думаю, что да.

Отпускает мои руки.

Терапевт: Как ваша головная боль, комок в груди?

Валентина: Комка в груди не чувствую, вздохнуть даже глубже могу. Голова не болит.

Терапевт: Как вам кажется, вы сейчас поделились своими переживаниями со мной?

Валентина: Конечно. Обычно ко мне приходят знакомые, родные, и чем-нибудь со мной делятся, я их слушаю обычно. А сама стараюсь не жаловаться, у них и так своих проблем много. А сейчас вы меня выслушали и мне так радостно на душе стало.

Очевидно, что головная боль, повышение давления у пациентки появляется после появления вытеснения эмоций или переживаний, которые предназначены внешнему миру. Однако, под влиянием интроекта – «Не хочу вам жаловаться, хочу сама справиться со своими проблемами» её эмоции остаются в ней и приводят к болезненной реакции организма. В конце сеанса ей удалось вступить в более качественный контакт со мной не только словами, но скорее проживанием телесно, в результате чего через сжимание моих рук, взгляда, дыхания со звуком, ей удалось поделиться своими переживаниями со мной. В результате чего её состояние улучшилось. На следующем сеансе я предложила пациентке эксперимент - чем-нибудь поделиться со мной через тело – руки, взгляд, мимику,

движения. Для неё это было новым опытом. Когда у неё получилось, она сказала, что ей очень хочется обнимать своих друзей и знакомых, на что я предложила ей пробовать это делать в жизни с людьми, которым она доверяет, и во время контакта делиться чем-нибудь или брать что-то через тело.

Через 1 месяц пациентка сообщила, что артериальное давление доходило до цифр 110/80, 120/90 мм рт.ст. на фоне того же самого медикаментозного лечения, головная боль за прошедший месяц ее не беспокоила. Результаты теста субъективной оценки функционального состояния через 1 месяц после окончания терапии: «Самочувствие» – 5,1 балла; «Активность» - 4,9 балла; «Настроение» - 5,5 балла.

Таким образом, использование таких методов гештальт-подхода, как расширение зоны осознания, усиление внимания к чувствам и амплификация телесных ощущений позволяет пациентам осознать ретрофлексированные эмоции и связанные с ними потребности, что позволяет сделать осознанный выбор по изменению своего поведения в пользу здоровья.

3.4 Анализ эффективности применения гештальт-терапии у пациентов с психосоматическими заболеваниями

Для анализа эффективности применения гештальт-терапии сравнивались показатели субъективного функционального состояния пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, контрольной группы № 2 и экспериментальной группы № 2 по методике «Самочувствие. Активность. Настроение». В контрольную группу № 2 вошли 20 пациентов (12 женщин и 8 мужчин), с которыми проводилось психологическое консультирование с использованием методов рациональной психотерапии; в экспериментальную группу № 2 – 20 пациентов (11 женщин и 9 мужчин), с которыми проводилась гештальт-терапия.

Для статистической обработки результатов применялся t-критерий Стьюдента.

Таблица 2 – Субъективная оценка функционального состояния участников экспериментальной группы № 2 и контрольной группы № 2 до прохождения психологического консультирования.

Критерий оценки субъективного функционального состояния	Экспериментальная группа № 2 до психологической коррекции, n = 20, M ± σ	Контрольная группа № 2 до психологической коррекции, n = 20, M ± σ	Критическое значение t-критерия	Значение p
Самочувствие	3,9 ± 0,6	4,1 ± 0,4	2,0	0,63
Активность	4,9 ± 0,7	4,7 ± 0,3	2,4	0,47
Настроение	4,2 ± 0,5	4,0 ± 0,5	2,1	0,53

Значимых различий субъективной оценки функционального состояния экспериментальной группы № 2 и контрольной группы № 2 до проведения психологической коррекции не выявлено.

Таблица 3 – Субъективная оценка функционального состояния участников экспериментальной группы № 2 до и после прохождения психологического консультирования.

Критерий оценки субъективного функционального состояния	Экспериментальная группа № 2 до психологической коррекции n = 20, M ± σ	Экспериментальная группа № 2 после психологической коррекции n = 20, M ± σ	Критическое значение t-критерия	Значение p
Самочувствие	3,9 ± 0,6	5,2 ± 0,5	2,6	≤ 0,001
Активность	4,9 ± 0,7	5,3 ± 0,1	2,7	0,18
Настроение	4,2 ± 0,5	5,3 ± 0,1	2,7	≤ 0,001

В экспериментальной группе №2 через 1 месяц после проведения сеансов гештальт-терапии показатели субъективной оценки функционального состояния «самочувствие» и «настроение» значимо превышали ($p \leq 0,001$) аналогичные показатели до проведения сеансов гештальт-терапии. Показатель «активность» до и после проведения гештальт-терапии у пациентов экспериментальной группы №2 значимо не изменялся.

Таблица 4 – Субъективная оценка функционального состояния участников контрольной группы № 2 до и после прохождения психологического консультирования.

Критерий оценки субъективного функционального состояния	Контрольная группа №2 до психологической коррекции, n = 20, M ± σ	Контрольная группа №2 после психологической коррекции, n = 20, M ± σ	Критическое значение t-	Значение p
Самочувствие	4,1 ± 0,4	4,2 ± 0,2	2,0	0,73
Активность	4,7 ± 0,3	4,8 ± 0,4	2,1	0,49
Настроение	4,0 ± 0,5	4,3 ± 0,1	2,1	0,43

Значимых различий субъективной оценки функционального состояния контрольной группы №2 до и после проведения психологической коррекции не выявлено.

Таблица 5 – Субъективная оценка функционального состояния участников экспериментальной группы № 2 и контрольной группы № 2 после прохождения психологического консультирования.

Критерий оценки субъективного функционального состояния	Экспериментальная группа № 2 после психологической коррекции, n = 20, M ± σ	Контрольная группа № 2 после психологической коррекции, n = 20, M ± σ	Критическое значение t-критерия	Значение p
Самочувствие	5,2 ± 0,5*	4,2 ± 0,2	2,0	≤ 0,01
Активность	5,3 ± 0,1	4,8 ± 0,4	2,3	0,07
Настроение	5,3 ± 0,1*	4,3 ± 0,1	2,0	≤ 0,01

Таким образом, показатели субъективной оценки функционального состояния пациентов экспериментальной группы № 2 и контрольной группы № 2 до проведения психологической коррекции значимо не различались (таблица 2). После психологической коррекции с использованием гештальт-подхода у пациентов экспериментальной группы № 2 значимо повысились показатели «Самочувствие» и «Настроение» как по сравнению с аналогичными показателями в этой группе до психологической коррекции, так и по сравнению с

аналогичными показателями в контрольной группе после психологической коррекции. В контрольной группе показатели по методике «Самочувствие. Активность. Настроение» до и после проведения психологической коррекции с использованием методов рациональной психотерапии значимо не различались.

ВЫВОДЫ

1. Для лиц, страдающих психосоматическими заболеваниями характерно наличие таких особенностей индивидуально-личностной сферы, как более высокий уровень напряженности психологической защиты личности «вытеснение» и повышенный уровень показателя алекситимичности,
2. После проведения гештальт-терапии, у пациентов с психосоматическими заболеваниями повысились показатели субъективной оценки функционального состояния «настроение» и «самочувствие».
3. Гештальт-терапия является эффективным методом психологической коррекции при психосоматических заболеваниях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из актуальных проблем современной психологии является разрыв между психологической наукой, изучающей закономерности возникновения, развития и функционирования психической деятельности человека и групп людей, и практической психологией, разрабатывающей конкретные виды психологической помощи. Хочется надеяться, что данное исследование, наряду со многими работами, делает еще один маленький шагок в сторону преодоления этого разрыва путем нахождения точек соприкосновения научного исследования особенностей психологических защит и уровня алекситимичности пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, и практического применения гештальт-подхода у этой группы пациентов на основе выявленных закономерностей. Научное исследование эффективности практического использования методов гештальт-терапии для психологической коррекции при психосоматических заболеваниях в данной работе показало, что применение гештальт-подхода оказывает положительное влияние на функциональное состояние пациентов. Выдвинутая гипотеза подтвердилась.

В целом, результаты исследования позволяют говорить о том, что, более полное осознание своих эмоций, потребностей и внешнего мира, приобретение способности сознательно выбирать свое поведение помогает пациентам, страдающим психосоматическими заболеваниями избавиться от болезненных симптомов. Практическая значимость данной работы заключается в том, что гештальт-терапия, как метод психологической помощи, может быть использована и рекомендована для коррекции функционального состояния пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М.: Кафедра 1998. – С.99 – 162.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисл. В.Г. Остроглазова. - М.: ГЭОАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
3. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. – Спб.: Издательство СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. – 50 с.
4. Гингер С., Гингер А. Гештальт – терапия контакта / Пер. с фр. Е.В.Просветиной. – СПб.: Специальная Литература, 1999. – 287 с.
5. Гусев В.А. Средство от болезней. Лечение болезней средствами психотерапии. Научно-популярное издание. – Крым, Симферополь.: Терра Таврика, 2004. – 370 с.
6. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // Вопросы психологии. – 1973, – № 6. – С.141 – 145.
7. Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Карпова Э.Б. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие – СПб.: Издательство СПбНИПНИ, 2005. – 130 с.
8. Зинкер Дж. В поисках хорошей формы: гештальт-терапия с супружескими парами и семьями / Пер. с англ. А.Я. Логвинской. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 320 с.
9. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
10. Кайдановская Г.Л., Карвасарский Е.В., Карпова Э.Б. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических

расстройствах. Методическое пособие – СПб.: Издательство СПбНИПНИ, 2005. – 133 с.

11. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. С. 187 – 195.

12. 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. – 125 с.

13. Кречмер Э. Строение тела и характер. – М.: НО Научный фонд «Первая Исследовательская лаборатория им. акад. В.А. Мельникова», 2000. – 127 с.

14. Кружкова О.В., Шахматова О.Н. «Психологические защиты личности: учебное пособие». – Екатеринбург: Издательство Росгоспрофпедуниверситет, 2006. – 153 с.

15. Лебедева Н.М., Иванова Е.А. Путешествие в Гештальт: теория и практика. – СПб.: Речь, 2004. – 560 с.

16. Либина А., Либин А. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными ситуациями? // Стиль человека: психологический анализ // Под ред. А. Либина. М.: Смысл, 1998.– 235 с.

17. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.

18. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия url: /www.mkb10.ru

19. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом //Учебно-методическое пособие. – Казань, 2003. – 98 с.

20. Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: контуры теории и практики. – М.: Класс, 1999. –214 с.

21. Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии /Пер. с англ. М. Папуш. - М.: Изд. Института Психотерапии, 2003. – 652 с.
22. Перлз Ф., Гудмен П. Теория гештальттерапии. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2001. – 384 с.
23. Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии.– М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 214 с.
24. Робин Ж.М. Гештальттерапия. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2007. – 63 с.
25. Романова Е.С., Гребенников Л.Г. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика – М.: Талант. 1996. – 144 с.
26. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным. Медицинская психология в России. [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
27. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г.Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388 – 479.
28. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. и сост. У. Сахакиан. Пер. с англ. – М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 с.
29. Фрейд З. The neuro-psychoses of defence // The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud = Die Abwehr-Neuropsychosen (1894). –Лондон: Hogarth press and the Institute of Psychoanalysis, 1962. – Т. III
30. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / Ю.Г. Фролова. – Мн.: ЕГУ, 2003. – 172 с.
31. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006, 2007. – 256 с.
32. Янковская А.Е., Янковская А.Е., Майзел Д.С., Аметов Р.В. К вопросу создания интеллектуальной системы поддержки принятия диагностических и психокоррекционных решений по психосоматическим заболеваниям // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 7. – С. 57 – 61 с.

33. International Glossary of Gestalt Therapy / S.Ginger. – Paris: FORGE, 1995.
 34. Engel G. L., Schmale A. Jr. Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity, and the disease onset situation. J. Am. Psychoanal. Assoc., 1967, 15: 344.
 35. Fukunishi I., Kaji N., Hosaka T. et al. Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy. Psychosom 1997; 38: 1: 20-26.
 36. Lazarus R.S. Emotion and adaptation. New York, 1991.
 37. Neal A. National trauma and collective memory. Major events in the American century. N. -Y., 1998.
 38. Numata Y., Ogata Y., Oike Y. et al. A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm. Jpn Circ J 1998; 62: 6: 409 – 413.
 39. Roger D., Jarvis G., Najarian B. Detachment and Coping // Personality and Individual Differences. 1993. No 6. Vol. 15. P. 619 – 626.
 40. 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.
 41. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. A structural theory of ego defenses and emotions // Izard E. (ed.). Emotions in personality and psychopathology. N.Y.: Plenum Publ. Co, 1979. P. 229 – 257.
 42. Schur, M. Zur Metapsychologie der Somatisierung // Brede K. (hrsg.) Einführung in die psychosomatische Medizin. Fischer Athenäum, Frankfurt am Main, 1974.
 43. Toward R.M. the development of a new self-report alexithymia scale. // Psychotherapy and Psychosomatics, 1985. V.44. P.191 – 199.
 44. Wesiak W. Anmerkungen zum Verständnis und zur Behandlung der funktionellen Syndrome // Therapiewoche, 1999.
-

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Опросник «Индекс жизненного стиля»

Опросник предназначен для диагностики механизмов психологической защиты «Я» и включает 97 утверждений, требующих ответа по типу «верно – неверно». Измеряются восемь видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация (рационализация) и регрессия. Каждому из этих защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях. На основе ответов строится профиль защитной структуры обследуемого.

Инструкция

- Вам предложен ряд высказываний об определенных способах поведения и установках.
- Вы можете ответить да или нет (согласен или не согласен). Выбрав ответ, поставьте, пожалуйста, знак х (крест) в предусмотренном для этого месте на бланке для ответов.
- Не существует правильных или неправильных ответов, так как каждый человек имеет право на собственную точку зрения. Отвечайте так, как считаете верным для себя.
- Обратите, пожалуйста, внимание на следующее:
- Не думайте о том, какой ответ мог бы создать лучшее впечатление о Вас и отвечайте так, как считаете для себя предпочтительнее. Обработка результатов автоматизирована и при этом содержание утверждений не проверяется.
- Не думайте долго над предложениями, выбирая ответ, отмечайте тот, который первым пришел Вам в голову.
- Может быть, некоторые утверждения Вам не очень подходят. Несмотря на это, пометьте один из ответов, а именно тот, который для Вас наиболее приемлем.

Текст опросника:

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. Многие во мне восхищают 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 доказать ему 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 невожатанность 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 неудобно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не 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 испуган.
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 по чему-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 имеет большинство 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.

Ключ

№	Название шкал	Номера утверждений	n
A	Отрицание	1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94	12
B	Подавление	6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89	12
C	Регрессия	2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95	14
D	Компенсация	3, 10, 24, 29, 37, 45, 52, 64, 65, 74	10
E	Проекция	7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96	13
F	Замещение	8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 76, 83, 91, 97	13
G	Интеллектуализация	4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 62, 70, 80, 81, 87	12
H	Реактивное образование	5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79,	10

Обработка результатов теста. Восемь эгозащитных механизмов формируют восемь отдельных шкал, численные значения которых выводятся из числа положительных ответов на определенные, указанные ниже утверждения, разделенные на число утверждений в каждой шкале. Напряженность каждой психологической защиты подсчитывается по формуле $n/N \times 100 \%$, где n – число положительных ответов по шкале этой защиты, N – число всех утверждений, относящихся к этой шкале. Тогда общая напряженность всех защит (ОНЗ) подсчитывается по формуле $n/92 \times 100\%$, где n – сумма всех положительных ответов по опроснику. По данным В.Г. Каменской (1999), нормативные значения

Продолжение приложения А

этой величины для городского населения России равны 40 – 50 %. ОНЗ, превышающий 50-процентный рубеж, отражает реально существующие, но неразрешенные внешние и внутренние конфликты.

	Названия защит	Номера утверждений	n
1	Вытеснение	6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92	10
2	Регрессия	2, 5, 9, 13, 27, 32, 35, 40, 50, 54, 62, 64, 68, 70, 72, 75, 84	17
3	Замещение	8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76, 89	10
4	Отрицание	1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90	11
5	Проекция	12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 79, 82, 88	12
6	Компенсация	3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85	10
7	Гиперкомпенсация	17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86	10
8	Рационализация	4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91	12

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Методика «Торонтская шкала алекситимии».

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений. На каждое утверждение следует давать только один ответ: совершенно не согласен; скорее не согласен; ни то, ни другое; скорее согласен; совершенно согласен. Тестовый материал (вопросы).

1. Когда я плачу, то всегда знаю, почему.
2. Мечты – это потеря - времени.
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым.
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю.
5. Я часто мечтаю о будущем.
6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие.
7. Знать, как решать проблемы, важнее, чем понимать причины этих решений.
8. Мне трудно находить правильные слова для выражения моих чувств.
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам.
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам.
11. Мне недостаточно знать, что 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, то 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.
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, 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.

Ключ к Торонтской шкале алекситимии.

Подсчет баллов осуществляется:

1) ответы вопросов 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26 оцениваются следующим образом. «совершенно не согласен» – оценивается в 1 балл, «скорее не согласен» – 2, «ни то, ни другое» – 3, «скорее согласен» – 4, «совершенно согласен» – 5. 2) Иначе оцениваются пункты шкалы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24. В них ставим противоположную оценку в баллах по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов; 2 – 4; 3 – 3; 4 – 2; 5 – 1).

Сумма баллов, полученная в результате сложения по всем пунктам, есть итоговый показатель «алекситимичности». Результаты могут распределиться в интервале от 26 до 130 баллов. Нормы теста. «Алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше. «Неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже. Оказавшиеся в интервале от 62 до 74 баллов относятся к группе риска.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Тест субъективной оценки функционального состояния «Самочувствие.

Активность. Настроение»

Карта опросника теста.

№, п/п	Оценки	Баллы	Оценки	
1	Самочувствие хорошее	3 2 1 0 1 2 3	Самочувствие плохое	X
2	Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым	X
3	Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный	
4	Малоподвижный	3 2 1 0 1 2 3	Подвижный	
5	Веселый	3 2 1 0 1 2 3	Грустный	X
6	Хорошее настроение	3 2 1 0 1 2 3	Плохое настроение	X
7	Работоспособный	3 2 1 0 1 2 3	Разбитый	X
8	Полный сил	3 2 1 0 1 2 3	Обессиленный	X
9	Медлительный	3 2 1 0 1 2 3	Быстрый	
10	Бездеятельный	3 2 1 0 1 2 3	Деятельный	
11	Счастливый	3 2 1 0 1 2 3	Несчастный	X
12	Жизнерадостный	3 2 1 0 1 2 3	Мрачный	X
13	Напряженный	3 2 1 0 1 2 3	Расслабленный	X
14	Здоровый	3 2 1 0 1 2 3	Больной	X
15	Безучастный	3 2 1 0 1 2 3	Увлеченный	
16	Равнодушный	3 2 1 0 1 2 3	Заинтересованный	
17	Восторженный	3 2 1 0 1 2 3	Унылый	X
18	Радостный	3 2 1 0 1 2 3	Печальный	X
19	Отдохнувший	3 2 1 0 1 2 3	Усталый	X
20	Свежий	3 2 1 0 1 2 3	Изнуренный	X
21	Сонливый	3 2 1 0 1 2 3	Возбужденный	
22	Желание отдохнуть	3 2 1 0 1 2 3	Желание работать	
23	Спокойный	3 2 1 0 1 2 3	Взволнованный	X
24	Оптимистичный	3 2 1 0 1 2 3	Пессимистичный	X
25	Выносливый	3 2 1 0 1 2 3	Утомляемый	X
26	Бодрый	3 2 1 0 1 2 3	Вялый	X
27	Соображать трудно	3 2 1 0 1 2 3	Соображать легко	
28	Рассеянный	3 2 1 0 1 2 3	Внимательный	
29	Полный надежд	3 2 1 0 1 2 3	Разочарованный	X
30	Довольный	3 2 1 0 1 2 3	Недовольный	X

Продолжение приложения В

Эти пункты обрабатываются в обратном порядке: 7 6 5 4 3 2 1 балл.

При обработке эти цифры перекодируются следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 – за 2; индекс 1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов (учтите, что полюса шкалы постоянно меняются). Итак, положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные низкие.

Например:

	7 6 5 4 3 2 1	
Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
	1 2 3 4 5 6 7	
Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный

Производится расчет суммы баллов согласно ключа к тесту.

Ключ

Самочувствие: сумма баллов за вопросы: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность: сумма баллов за вопросы: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение: сумма баллов за вопросы: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученная по каждой шкале сумма находится в пределах от 10 до 70 и позволяет выявить функциональное состояние индивида в данный момент времени по принципу:

< 30 баллов – низкая оценка;

30 – 50 баллов – средняя оценка;

> 50 баллов – высокая оценка.

