

Н.Д.Семенова, М.Малевич, С.Периц

**ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
(НА МАТЕРИАЛЕ КЛУБА ДЛЯ БОЛЬНЫХ АСТМОЙ).
ЧАСТЬ II: ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ**

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Кафедра медицинской психологии Московского государственного университета им.М.В.Ломоносова

PSYCHOTHERAPY IN A COMPLEX REHABILITATION SYSTEM FOR PATIENTS
SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA (USING THE MATERIALS OF THE ASTHMATIC CLUB)
PART II: MAIN ISSUES OF PSYCHOTHERAPY

N.D.Semionova, M.Malevich, S.Perits

S u m m a r y

A place of psychotherapy in the rehabilitation system for bronchial asthma patients is described. The article consists of two parts. Part II presents a psychotherapy model. Psychotherapy of alexithymia and psychotherapy of the asthma's secondary psychological symptoms are considered.

Р е з ю м е

Описывается психотерапия в системе реабилитации больных бронхиальной астмой. Статья состоит из двух частей. В части II представлена модель психотерапии. Рассматривается психотерапия алекситимии и психотерапия вторичных психологических симптомов при астме.

Психотерапия в рамках Астма-Клуба

Основываясь на проработке материалов литературы, а также опираясь на собственный опыт исследовательской и клинической работы с психосоматическими пациентами вообще и с больными БА в частности, мы полагаем, что среди факторов, предрасполагающих к возникновению психосоматической патологии и влияющих на течение и лечение заболеваний, выделяют прежде всего следующие: 1) алекситимия как стабильная преморбидная личностная черта; 2) вторичные психологические симптомы как результат патогенного влияния хронической болезни на личность. Соответственно строилось и основное содержание психотерапии, реализуемой в рамках Астма-Клуба: психотерапия алекситимии и психотерапия вторичных психологических симптомов.

Психотерапия алекситимии

Выделение и описание феномена алекситимии связывается с именем *Sifneos* [24]. Алекситимия характеризуется трудностями идентификации и вербализации человеком своего эмоционального состояния, неспособностью отличать чувства от телесных ощущений. Не получившие своего словесного выражения интенсивные эмоции "соматизируются", выражаются

в симптомах болезни. У лиц, характеризующихся алекситимией, отмечается бедность фантазии, в беседах с врачом они фокусируются преимущественно на событиях внешнего порядка и соматических жалобах [20]. Алекситимию связывают также со сдерживанием вербальных или моторных реакций на эмоциональную стимуляцию [22].

Оценка алекситимии, а также необходимость психологического воздействия на нее важны по многим причинам. Наделенные данной чертой больные БА требуют более частых и длительных госпитализаций [9]. Расцениваемая как психологическая переменная, способствующая поддержанию болезни, алекситимия затрудняет процесс диагностики, лечения, осложняет контакт "врач—больной" [6]. Алекситимия негативно влияет на точность оценки, адекватность восприятия больным БА степени обструкции воздухоносных путей, на тактику больного на предмет ингаляционной терапии [13,14].

Считается, что алекситимия весьма затрудняет процесс психотерапии, а в ряде случаев делает его и вовсе невозможным [10,19,23]. Характерный паттерн поведения алекситимического пациента в ситуации психотерапии может выглядеть следующим образом. Пациент, как правило, немногословен, ограничивается изложением соматических жалоб. В ситуациях эмоциональ-

ного напряжения ведет себя так, будто усиленно желает и пытается что-то сказать. При этом характерна напряженная поза, напряженный взгляд, горящие глаза. Однако при обращении к нему с вопросом о его чувствах на данный момент следует молчание или нечто неопределенное: "Да так... Не знаю..."

В целом, для таких пациентов характерно рассогласование между широким и богатым спектром невербального поведения и бедностью его вербальных значений. Мы называем это "алекситимическим барьером" между вербальным языком и языком тела. Неспособность к вербализации чувств приводит больного в состояние внутреннего напряжения, разрешающегося разного рода соматическими феноменами (при БА это приступообразный кашель, затрудненное дыхание, так называемое "шумное дыхание астматика" и т.п.).

Определенный терапевтический "прорыв" у данной категории больных может быть достигнут с привлечением невербальных, телесно-ориентированных методов [4,7,8]. Применение последних, открывая телесный и эмоциональный опыт и усиливая способность пациента к вербализации (чувств, телесных ощущений), прокладывает путь к собственно вербальным методам терапии. Эмоции, высвобождающиеся и интенсифицирующиеся данными приемами, могут поддерживаться и успешно прорабатываться далее, в ходе других видов терапии, продолжая единую нить терапевтического процесса.

Подход к преодолению алекситимических черт больного БА в условиях групповой психотерапии в рамках Астма-Клуба выстраивался нами следующим образом. Подготовку к вербальному терапевтическому взаимодействию обеспечивала актуализация невербальных способов общения и опора на них. Это предполагало широкое использование психогимнастических приемов и методик, в максимальной степени способствующих "растормаживанию" и актуализации чувств без характерной для больных тревоги, связанной с их вербализацией. Не "оречевленные" упражнения психогимнастики подготавливали почву для последующей вербализации высвобождавшейся богатой и интенсивной гаммы чувств. Психогимнастика служила своего рода "разминкой", релаксацией и "растормаживанием" чувств. Телесные ощущения при этом связывались с образами и словами. Использовались приемы, создававшие участнику группы условия для осознания внутреннего состояния, активного перевода небогатой вербальной продукции на более дифференцированный язык чувств. Использовались невербальные выражения чувств участников группы друг к другу посредством движений, прикосновений, тактильных контактов. Прикосновения и физический контакт как средства общения в группе повышали интенсивность переживаемых эмоций, становясь эффективной формой обратной связи.

Использовались как собственные конкретные техники (такие, например, как "Гравитационный стресс", "Подיום" и др.), так и техники, заимствованные из иных телесноориентированных подходов. Так, приемы, нацеленные на улучшение гармонии и свободы движений, на столь необходимую больному астмой

интеграцию движений с дыханием и голосом, брались из арсенала методов, предложенных *Ann Halprin* [15]. Приемы, способствующие осознанию ценности телесного опыта [25], были особенно показаны алекситимическим астматикам, у которых нарушена коммуникация с телом [6].

Задействованность невербальных средств общения создавала обходные пути преодоления алекситимии при опоре на сохранные стороны личности. Обходной характер преодоления алекситимии в данном случае определялся тем, что осуществлялось не прямое, а косвенное воздействие на "дефект", коим является неспособность больного к вербализации чувств и прочие алекситимические черты. Стимулирование невербальной коммуникации, овладение участниками невербальными способами общения, развивающими способность к идентификации с другим, к эмоциональному созвучию, приводили в конечном итоге к углублению эмпатического потенциала участника, к восприятию более широкого спектра коммуникативных стимулов и других "контекстуальных факторов", дополняющих слова. Безопасный климат группы помогал пациентам совладать с активизирующимися на этом этапе сильными чувствами. Более того, в теплой и принимающей атмосфере группы изначально снимался характерный для больных стереотип подавления и соматизации чувств.

Преодоление "алекситимического барьера" завершалось приемами, направленными на актуализацию скрытых, неполностью осознанных "внутренних диалогов" участников, их развертывание и вербализацию. Данные приемы представляются адекватными целям преодоления алекситимии, за конкретными проявлениями которой лежит диффузность и слитность переживаний соматопсихического дискомфорта, отражающая в свою очередь диффузность, смазанность и слитность внутреннего диалога пациента. В последнем, как в дымке тумана, трудноразличимы два его полюса, два внутренних собеседника. Внутренний диалог при этом вытесняется из сознания в силу неразрешимости его в том виде, в котором он актуально представлен. Вытесненные из сознания субъективно неприятные переживания приводят к росту напряжения и выливаются в те или иные поведенческие проявления, приводя в конечном итоге к обострению болезни.

Актуализация и проработка внутреннего диалога приурочивалась к наиболее зрелому уровню функционирования психотерапевтической группы, когда участники слышали в речи говорящего не один довлеющий контекст, а их полифонию, когда были важны не сами рассуждения, сколь бы значимыми и исповедальными они не были, а та "ритмическая волна", которую они создавали.

Психотерапия вторичных психологических симптомов

Психологическое воздействие на вторичные симптомы предполагало направленную дестабилизацию психологически устойчивого "стереотипа хронически боль-



Рис. Представления о БА с точки зрения больного и врача

ного” [3], обеспечение условий для повышенного самопринятия, создание средств для преодоления критической ситуации, обусловленной болезнью. Этому отвечал и методический арсенал психотерапии, направленный на оживление и актуализацию всевозможных жизненных сфер, потенциально важных в плане формирования установки на преодоление болезни, выявляющий потенциальные личностные компенсаторные возможности.

На основе сведений и представлений о болезни у больных формируется собственная, определенным образом структурированная “внутренняя картина болезни” [1,2,3]. Когнитивная репрезентация БА, существующая у больных (на рисунке обозначенная кругом БА*), может не совпадать с научно-медицинскими представлениями, которыми оперирует врач (круг БА на рисунке). Субъективные репрезентации болезни так или иначе проявлялись в спонтанных высказываниях участников в дискуссионных фрагментах “образовательных занятий”, более рельефно проступали при применении в группе техник тематического и свободного рисования. Использовался недирективный вариант арт-терапии. Руководители группы, а также ее участники старались избегать интерпретации представленных рисунков, тех художественных образов-символов, которые в них содержались. Устанавливалась безоценочная, доверительная атмосфера, поощряющая свободные ассоциации и поиск способов творческого самовыражения. Для большинства больных, привыкших рассказывать о своей болезни затверженными стереотипными фразами, будто взятыми из анамнестических записей истории болезни, такого рода задание — выразить не словесно, а художественно, языком образов, свое отношение к болезни, было несколько неожиданным и представляло поначалу определенные затруднения.

Опираясь на полученные таким образом сведения о “внутренней картине болезни”, психолог старался действовать как бы изнутри, находясь в “поле” субъективных репрезентаций болезни конкретного пациента, минимизируя психологический вред, исходящий от стихийного “обмена опытом” участников, а в ряде случаев и от ятрогенизирующих воздействий лекций врачей. Необходимость действовать, находясь в сфере БА* и постоянно на нее ориентируясь, подкрепляется еще и тем, что реальное следование медицинским рекомендациям, установка на преодоление болезни и т.п. — все это, как показывают исследования, явля-

ется скорее функцией от БА*, а не от БА [5,11,12,21]. Подобная смещенность позиции психолога к полюсу БА* (содержательно представленному ниже как выражение “чувства МЫ” больных астмой и некоторым противопоставлением этого МЫ позиции, занимаемой врачом) выглядела как разделенная с пациентом позиция восприятия болезни как “события жизни и как страдания” [2].

Вторичные психологические симптомы (к которым можно отнести выделенные *Kinsman et al.* [16,17,18] паттерны типа “паника—страх” при астме) могут способствовать дальнейшему развитию болезни, косвенно влияя на ее стойкость по отношению к медикаментозному воздействию, затрудняя лечение и снижая эффект ремиссии. В связи с этим в психотерапии использовались методы редукации страха (релаксационный тренинг и десенситизация), нацеленные на совладание с тревогой, идущей от хронизации болезни, на преодоление страха приступа удушья. Релаксирующими приемами служили аутогенная тренировка, специальные музыкотерапевтические сеансы, широкий арсенал вспомогательных психогимнастических приемов. Данные техники, бесспорно полезные для больных БА, использовались лишь на начальных этапах психотерапии, ибо в клинической практике астмы, как известно, не рекомендуется злоупотреблять фактором успокоения и релаксации [17,26].

В применяемых нами редуцирующих тревогу вмешательствах основную роль играли техники, основанные на активации.

Известен такой аспект влияния хронизации астмы на психику, как “генерализация страха приступа” [3], выражающаяся в относительно высоком уровне ситуативной тревожности и наличии разного рода фобий, по своему содержанию могущих быть и не связанными с симптомами астмы. Отсюда берут начало и самоограничительные тенденции больных: больные избегают пользоваться общественным наземным и подземным транспортом, опасаясь духоты и темноты, избегают людных мест, выходов на природу и т.п. Ограничения распространяются и на домашний уклад жизни. По мере хронизации болезни и “обрастания” ее вторичными психологическими образованиями, сфера ограничений (физических, психологических, социальных) может приобретать определенные черты самодвижения. Люди, окружающий мир — все это начинает восприниматься больным с точки зрения потенциальной “угрозы” здоровью. При этом полноценный контакт с людьми значительно обедняется и в крайних своих проявлениях эмоциональная окрашенность восприятия другого человека определяется тем, насколько он “опасен” как носитель алергизирующих или иных вредных воздействий. Вырабатывается так называемый “защитно-агрессивный стиль жизни”, формируя установку на угрожающий мир.

Все это так или иначе проявлялось в условиях Клуба. На занятия пациенты часто приходили переполняемые самыми разными чувствами, обусловленными широким социальным контекстом сегодняшнего дня. Одним из наиболее типичных случаев в повсед-

невной жизни больного астмой является ситуация, когда в вагоне метро (из-за каких-то неполадок вдруг остановившемся) от внезапно нахлынувшего страха возникает предвестник астматического приступа — приступообразный кашель. Чем сильнее больной стремится подавить кашель, тем в большей степени последний проявляется. Реакция окружающих при этом может быть самой непредсказуемой, чаще всего такой, что лишь усиливает страх приступа и установку больного на угрожающий мир.

Уже “разогретым” бурным обсуждением данного случая участникам предлагается специально построенная ролевая игра, в которой один из них играет роль “астматика”, мучимого кашлем, а другие, поставив стулья в два ряда лицом друг к другу, — пассажиров вагона метро.

Данный прием, использующий конструктивный потенциал агрессии и высвобождающий массу эмоций, позволял уйти от непродуктивной дискуссии в плоскость психодраматическую, спонтанную и творческую. Опора на широкий спектр эмоционально насыщенных средств обратной связи от других участников, произвольное экспрессивное поведение (состоящее из экспрессии, которую участники “выдают”, и из экспрессии, которая их “выдает”), — все это приносило существенный терапевтический эффект, не ограничивающийся очевидным эффектом десенситизации страха приступа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. — М., 1944.
2. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1992.
3. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. — М.: МГУ, 1987.
4. Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М., 1992. — С.89—96.
5. Bishop Y.D. Understanding the understanding of illness: Lay disease representations // Mental Representations in Health and Illness / Eds T.A. Skelton, R.T. Croyle. — New York: Springer-Verlag, 1991. — P.32—59.
6. Brown E.L., Fukuhara J.T., Feiguine R.J. Alexithymic asthmatics: The miscommunication of affective and somatic states // Psychother. Psychosom. — 1981. — Vol.36. — P.116—121.
7. Daldrup R.J., Engle D., Holiman M., Beutler L.E. The intensification and resolution of blocked affect in an experiential psychotherapy // Br. J. Clin. Psychol. — 1994. — Vol.33. — P.129—141.
8. Delley T. (Ed.). Art as Therapy. An Introduction to the Use of Art as a Therapeutic Technique. — London: Tavistock Publ., 1984.
9. Dirks J.F., Robinson S.K., Dirks D.L. Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma // Psychother. Psychosom. — 1981. — Vol.36. — P.63—71.
10. Freyberger H., Kunsebeck H.-W. et al. Psychotherapeutic interventions in alexithymia patients // Ibid. — 1985. — Vol.44. — P.72—81.
11. Haida M., Ito K., Makino S., Miyamoto T. Psychological profiles of patients with bronchial asthma. First report: Analysis according to the difference in severity of asthma // Jap. J. Allergol. — 1995. — Vol.44, № 1. — P.16—25.
12. Huchon G. Asthme et traitement inhale: le point de vue du patient et du thérapeute // Allergie et Immunol. — 1993. — Vol.25, № 8. — P.354—358.
13. Irie M., Kihara H., Kawamura H., Kubo C., Sogawa H., Teshima H., Nakagawa T. Psychosomatic study of inhalation therapy in patients with bronchial asthma. I. Evaluation by questionnaire // Jap. J. Allergol. — 1991. — Vol.40, № 10. — P.1297—1309.
14. Irie M., Kubo C., Sogawa H., Kihara H., Kawamura H., Teshima H., Nakagawa T. Psychosomatic study of inhalation therapy in patients with bronchial asthma. II. Relationship between subjective self assessment of dyspnea and peak expiratory flow rates // Ibid. — № 11. — P.1384—1390.
15. Jean N., Deak F. Anna Halprin's Theatre // Drama Rev. Theatre and Ther. — 1976. — Vol.20, № 1. (T-69). — P.50—55.
16. Kinsman R.A., Dirks J.F., Dahlem N.W., Heller A.S. Anxiety in asthma: Panic-fear symptomatology and personality in relation to manifest anxiety // Psychol. Rep. — 1980. — Vol.46. — P.196—198.
17. Kinsman R.A., Dirks J.F., Jones N.F., Dahlem N.W. Anxiety reduction in asthma: Four catches to general application // Psychosom. Med. — 1980. — Vol.42. — P.397—405.
18. Kinsman R.A., Luparello T., O'Banion R., Spector S. Multidimensional analysis of the subjective symptomatology of asthma // Ibid. — 1973. — Vol.35. — P.250—267.
19. Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment // Int. J. Psychoanal. Psychother. — 1982. — Vol.9. — P.53—78.
20. McDougall J. Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness. — London: Free Assoc. Books, 1989.
21. Osman L.M., Russell I.T., Friend J.A., Legge J.S., Douglas J.G. Predicting patient attitudes to asthma medication // Thorax. — 1993. — Vol.48, № 8. — P.827—830.
22. Pennebaker J.W., Traue H.C. Inhibition and Psychosomatic Processes // Emotion, Inhibition and Health / Eds H.C. Traue, J.W. Pennebaker. — Seattle: Hogrefe & Huber Publ, 1993. — P.146—163.
23. Schneider W., Beisenherz B., Freyberger H.J. Therapy Expectation in Different Groups of Patients with Chronic Diseases // Psychother. Psychosom. — 1990. — Vol.54. — P.1—7.
24. Sifneos P.E. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients // Ibid. — 1973. — Vol.22. — P.255—262.
25. Skatteboe U.-B. et al. Body Awareness Group Therapy for Patients with Personality Disorders: 1. Description of the Therapeutic Method // Ibid. — 1989. — Vol.51. — P.11—17.
26. Staudenmayer H., Kinsman R.A., Dirks J.F., Spector S.L., Wangaard C. Medical outcome in asthmatic patients: Effects of airways hyperreactivity and symptom-focused anxiety // Psychosom. Med. — 1979. — Vol.41. — P.109—118.

Поступила 22.01.97.