

ТАНАТОТЕРАПИЯ:

практическое применение

Москва, 2012

1. Предисловие

2. Танатотерапия как средство релаксации

2.1. Случай работы с больной ДЦП

3. Танатотерапия как средство личностного роста

3.1. Воронкина С.И. (г. Краснодар) Танатотерапия и ответственность

3.2. Устюжанина Е. Танатотерапия как средство личностного роста: проблемы и перспективы (дипломная работа) Москва 2011

3.3. Колиенко Н.С. Личностное развитие и танатотерапия: проблема преодоления кризиса потери творчества (на основе самоисследования и анализа клиентского случая), Дипломная работа, Москва, 2011

3.4. Биглер Н. Круг четырёх базовых проблем. Проблемы опор и сверхконтроля (дипломная работа) Екатеринбург 2008

3.5. Константинова Д..С. Механизм и возможности работы метода танатотерапии с внешними и внутренними границами тела (курсовая работа)

4. Танатотерапия как средство психокоррекции

4.1. Шубина Е.В. (г. Санкт-Петербург) Исследование эффективности метода танатотерапии с использованием проективного рисуночного теста

4.2. Баскаков В.Ю. (г. Москва) Танатотерапия посттравматического стресса

4.3. Шубина Е.В.(г. Санкт-Петербург) Танатотерапия (примирение со смертью)

4.4. Белая Е. (г. Владивосток) Случай применения танатотерапии

4.5. Золотова (Каткова) А.В. «Танатотерапия аддиктивных подростков из неполных семей» Дипломная работа Москва 2011

4.6. Иванова Е.А. Использование приемов и принципов танатотерапии в работе с подростками (дипломная работа) Москва 2011 г.

4.7. Герасимов М. Случай применения танатотерапии при помощи клиенту пережить болезненную ситуацию (курсовая работа), Москва 2006 г.

4.8. Задорожная О. В. Созависимость как проблема нарушения контакта с процессами смерти и умирания, Дипломная работа, Москва 2011

4.9. Гордеева С. Прикосновение в танатотерапии. Курсовая работа, Москва

2006

4.10. Якобсон П.Г. Кризисные состояния личности: специфика проявления и терапия (дипломная работа), Москва 2011

4.11. Климачева Е.С. Невротический статус личности как проблема нарушения контакта с процессами смерти и умирания, Дипломная работа, Москва 2011

5. Танатотерапия в лечении заболеваний

- 5.1. Альзоба Е. Н. (г. Минск) Применение танатотерапии в лечении больных с ампутациями нижних и верхних конечностей
- 5.2. Гусева Н. В. (г. Москва) Опыт применения танатотерапии в случаях лечения бесплодия
- 5.3. Опыт применения танатотерапии врачом О.Железновой (Прага, Чешская республика)
- 5.4. Пономарев А. А. (г. Екатеринбург) Клинические случаи лечения пациентов с применением танатотерапии по методике В.Ю. Баскакова.
- 5.5. Баранников К.В. (г. Екатеринбург) Применение танатотерапии в женском отделении Городской психиатрической больницы №12
- 5.6. Газарова Е. (г. Москва) Клинические аспекты танатотерапии
- 5.7. Воскресенская И. (г. Петрозаводск) Применение танатотерапии в случае психоэмоциональной травмы с тотальной аллопецией (облысением)
- 5.8. Замараева Е.В. (г. Москва) Случай применения танатотерапии
- 5.9. Баскаков В.Ю. (г. Москва) Применение танатотерапии в лечении бесплодия и привычного невынашивания
- 5.10. Евсеев И. В. Танатотерапия и диабет 2 типа (дипломная работа)
- 5.11. Евтушенко М.А. Использование метода танатотерапии при работе с клиентами, страдающими нейродермитом Дипломная работа Москва, 2011
- 5.12. Бабина О.А. Травма: интеграция тела и смысла. Ресурс травмы и танатотерапия (дипломная работа), Москва - 2011
- 5.13. Андреев Ю.В. Кома III – принятый переход (дипломная работа), Москва 2010

6. Танатотерапия как опыт трансперсональных переживаний.

- 6.1. Воронкина С.И., Агурина А.Е.(г. Краснодар) Трансперсональный опыт как путь повышения ценности бытия
- 6.2. Случай описания переживаний К.
- 6.3. Из Практической психологии

7. Танатотерапия в диагностике

- 7.1. Забродина В.С. (г. Екатеринбург) Апробация методики «ТТТ (Тематический Танатотерапевтический Тест)» в практической деятельности танатотерапевта

8. Прикладные аспекты танатотерапии

- 7.1. Абрамов В.А. (г. Волгоград) Роль запахов в танатотерапии.
- 7.2. Танатотерапевтическая олимпиада «Ниже,тише и слабее»

1. Предисловие

Ниже представлены выдержки из готовящегося к выходу сборника «Танатотерапия: практическое применение». Наряду с обширной апробацией метода танатотерапии на практических конференциях (в том числе, - международных), телерадиопередачах (см. раздел «Апробация» сайта www.tanatoterra.com), - самое ценное в Танатотерапии – это практический опыт ее использования участниками долгосрочных

обучающих программ Института танатотерапии, сертифицированными по этому методу танатотерапевтами-практиками. Об этом – данный сборник.

Мы также сохранили стиль и язык представленных работ, минимально осуществляя редакторскую правку, - считая, что в такой важной для каждого живущего теме, очень важен и сам язык, не «сухой» научный, а максимально живой.

2. Танатотерапия как средство релаксации

Танатотерапия оказывает мощное релаксационное воздействие, затрагивая и корректируя практически все психологические проблемы человека.

2.1. Случай работы с больной ДЦП

Ниже приводится самоотчет К.И., больной ДЦП, принявший участие в семинаре по танатотерапии (ведущий В.Ю.Баскаков).

«Не знаю, почему, но мне всегда было трудно рассказывать о своих ощущениях и импульсах, происходящих в теле, тем более описать их. Это своего рода сиюминутные, не вполне осознанные, скованные, хаотичные и насилиственные движения, которые я стараюсь с помощью своего же тела подавить, от чего еще больше зажимаюсь в себе, и которые раз на раз не приходятся. Это все равно, что постоянно живешь во внутреннем мышечном напряжении. Так можно рассказать о моей болезни, не касаясь ее терминологии (ДЦП, гиперкиническая форма). Можно это представить в форме замкнутого круга, в котором, тем не менее, ничего нет статического и постоянного. Если, говорить обо всех ощущениях и эмоциях, которые посетили меня за те три дня, и их постараться суммировать, то получится, что по силе воздействия и разнообразии ощущений и переживаний я прожила не три дня, а целый год. И однозначно ответить на вопрос, что со мной все - таки было и происходило - трудно. Столько много было для меня открытый в понимания своего тела, а по сути дела нового знакомства с ним, как бы ни парадоксально это звучало. Подкупала легкость действия техники, и одновременно непостижимая быстрота ее воздействия. Когда раскрыт сам механизм работы метода и, вместе с тем, я ничего не понимала, что происходит со мной, когда мое тело начинало становиться расслабленным на более продолжительное время, чем когда я занималась зарядкой, давая телу физическую нагрузку. И релаксация в теле была намного сильнее, нежели когда даже выходила после горячей ванны или душа. Несмотря на то, что в группе я смогла, так сказать, отпустить только нижнюю часть туловища, начиная с ног и заканчивая верхней половиной диафрагмы... Складывалось такое впечатление, что мое тело начинало жить самостоятельно, отдельно от меня и хотелось иногда потрогать себя и убедиться, что все его составные части на месте. Реагирование организма происходит сразу и с каждым разом все глубже и сильнее, я в этом неоднократно убеждалась на своем опыте. Это был мой первый опыт работы со своим телом через иньский подход, и он меня удивил и порадовал своей простотой, естественностью и своим эффектом. В этой технике есть, наверное, самое главное преимущество - то, что здесь каждый человек в роли клиента, может сразу быть арбитром и судьей своего измененного состояния, и отслеживать то, насколько удается достичь общего расслабления.

Наблюдая за своими ощущениями, я поняла за собой такую особенность, характерную для меня, - для того, чтобы быстро добиться сильной релаксации от моего тела, его надо только аккуратно приподнять за обе ноги и руки. Удивительно, сколько человеку порой мало надо, чтобы отключить его внутренний самоконтроль - только убрать у него его заземление. И был еще один момент, который поразил меня необычностью своего же ощущения, когда я на какое-то время ощутила, что дышу не только легкими, но и отдельными частями тела, в частности, ногами. Это происходило, когда вы в ритм моего дыхания стали оттягивать мои ноги или стопы ног на себя.

После вашего семинара, по-моему, на пятый день, я делала массаж, и массажист мой был удивлен, и сказал, что такой расслабленной мышечной мускулатуры он еще не наблюдал у меня.

Хочу немного похвастаться своими маленькими успехами в самостоятельном проведении занятий по вашей методике. В моей пока небольшой практике еще не было ни одного фиаско. В роли моих клиентов выступают родители, знакомые и друзья. У мамы в процессе занятия проходит усталость, мигрень, боль в пояснице. У отца, в связи с полученной им производственной травмой очень давно образовалась контрактура плечевого сустава. И я на втором занятии с ним совсем безболезненно завела его руку на выпрямлении вверх, за голову. Всем остальным просто нравится ощущения свободного тела, состояние глубокой релаксации.

3. Танатотерапия как средство личностного роста

3.1. Воронкина С.И. Танатотерапия и ответственность (г. Краснодар)

Сб. Основные направления развития региональной системы социально-психологической поддержки населения/ Материалы XIII региональной научно-практической конференции/Краснодар, 27-28 октября 2000г., стр. 21-23.

В последние годы менталитет российского человека все более меняется в сторону осознавания собственной ответственности за происходящее в его личной, профессиональной, общественной жизни. Вместе с таким осознанием актуализируется дефицитарность именно в принятии ответственности, которое должно проявляться в движении от понимания к реализации, к воплощению: недостаточно знать и выражать согласие, необходимо принять на себя ответственность за осуществляемые выборы и их результаты в каждодневности своей жизни. Бесспорную категорию людей, которые, признав за собой авторство собственной жизни, и, зачастую, коренным образом изменив ее, составляют индивиды, получившие глубокий опыт утраты кого-то (чего-то) чрезвычайно ценного. Безусловно, наибольшую ценность представляет сама жизнь. Поэтому, оказавшись, как правило, неожиданно, в ситуации "перехода", "встречи лицом к лицу" со смертью, человек получает уникальную возможность оценить собственную жизнь с позиции приоритета ценностей желаемого и достигнутого, степени собственных усилий и направленности активности в достижении целей.

В соответствии с вышеозначенным можно предположить, что профессионально грамотное предоставление индивиду безопасно и эффективно смоделированного опыта умирания создает условия для изменения отношения к собственной жизни. При этом контекст неизбежности конечности бытия способствует более эмоционально острому, оценочному восприятию "жизни сегодняшней". Как правило неудовлетворенность качеством ее проживания в большой мере связывается с собственным вкладом. Обретение

возможности пережить подобный инсайт, минуя реальный, глубоко травматичный, опыт, реальную жизненную драму, дает тренинг танатотерапии.

С этой целью предлагается моделирование естественной, т.е. легкой смерти, главной характеристикой которой является расслабление (автор метода Баскаров В.Ю.). Это достигается наведением кинестетического транса, в результате которого оказываются задействованными телесный, эмоциональный, ментальный уровни. Данная технология осуществляется посредством телесных психотехник, экологичных и несложных, которые обеспечивают воспроизводимость результатов и рассчитаны на групповое (5-6 человек) выполнение. Последнее актуализирует аспект взаимоотношений с другими, который зачастую также сопровождается инсайтом благодаря специфичности заданных условий.

Хотя сам процесс танатотерапии для решения задач принятия ответственности-авторства собственной жизни в большой степени самодостаточен, предлагаемый опыт не ограничивается им, а сопровождается активной работой с целями, ценностями, смыслами жизни, поисками ресурсов, опор и др.

Диагностика, проводимая до и после целостного процесса - инициации смерти (Люшер, УСК, семантический дифференциал, рисуночные методики др.) отражает динамику отношения к своей жизни с акцентом на собственном авторстве-ответственности за нее в целом и за отдельные ее сферы.

В данном сообщении выделен лишь один из множества аспектов использования танатотерапии в рамках экзистенциального и телесно-ориентированного подходов, что не исчерпывает его возможностей и определяет дальнейшие перспективы, например, в работе с кризисными состояниями и пр.

3.2. Устюжанина Е. Танатотерапия как средство личностного роста: проблемы и перспективы (Дипломная работа, Москва 2011)

Содержание

Реферат

Введение

Основная часть

1. Аналитический обзор литературных источников

1.1 Обзор художественных и научно-популярных источников

1.2 Танатотерапия и личностный рост

2. Практическая (опыт помощи методом танатотерапии)

2.1 Методология

2.2 Описание работы

2.3 Анализ результатов

Заключение

Список использованной литературы

Приложения

Реферат

Цель: развитие рефлексивных навыков в танатотерапевтической практике.

Объект исследования – индивидуальное «социальное» тело человека, отражающее проблемы и противоречия как самой личности, так и всего современного общества.

Предмет исследования – исследование способов самопомощи методом танатотерапии и динамика личностных изменений.

На основании наблюдений и самонаблюдений была выдвинута следующая **гипотеза**: танатотерапия как практико-ориентированный метод способствует личностному росту, развитию рефлексивных навыков, восстановлению чувствительности и контакта с реальностью, принятию ответственности за свои выборы и их результаты, проявлению адекватной социальной активности.

Задачи исследования:

- 1) провести анализ литературы по проблеме смерти и умирания, переходов, расставания и их влияния на человека и его жизнь;
- 2) провести самоанализ происходящих изменений, прошлого опыта в контексте танатотерапевтической работы;
- 3) провести анализ полученных результатов работы
- 4) обобщить полученный опыт наблюдений.

Методы исследования и работы. Теоретическая группа: анализ, синтез, систематизация, сравнение. Практическая группа: наблюдение, методы, используемые в танатотерапевтическом подходе, опрос, цветовое тестирование.

Новизна исследования и работы – предпринята попытка обобщить теоретические знания экзистенциальной проблематики на материале художественных, научно-популярных источников и применить их в личной танатотерапевтической практике.

Практическая значимость исследования и работы:

- расширяет представление о возможностях применения и использования танатотерапии;
- дает возможность переосмыслиния эклектически оформленных мыслей, представленных в литературных источниках;
- позволяет осмысливать взаимосвязи личностного роста и активных изменений в социальной ситуации.

Область применения – возможно широкое применение в психотерапевтической практике, при обучении слушателей, получающих квалификацию психолога, при подготовке психотерапевтов, танатотерапевтов, а также работа будет интересна людям, занимающимся самоисследованием.

Выбор темы обусловлен жизненными обстоятельствами, которые позволили актуализировать интерес к исследуемой тематике и заняться ею вплотную. Танатотерапия является деликатным способом самопомощи при столкновении с трудными жизненными ситуациями. А также универсальным инструментом личностного роста.

Введение

«С началом промышленного прогресса, замены энергии животного и человека механической, а затем ядерной энергией до замены человеческого разума электронной машиной мы чувствовали, что находимся на пути к неограниченному производству и, следовательно, к неограниченному потреблению; что техника сделала нас всемогущими, а наука - всезнающими. Мы были на пути к тому, чтобы стать богами, высшими существами, способными создать второй мир, используя мир природы лишь в качестве строительного материала для своего нового творения» (3).

Альберт Швейцер так подводит черту под этими словами Э.Фромма, что «чем больше мы превращаемся в сверхлюдей, тем бесчеловечнее мы становимся». Мы теряем связь с природой, мы гипертрофируем разум, абсолютно забывая про тело и чувства (а ведь еще в конце 18-го века Гете подмечает: «Сущее не делится на разум без остатка»), и, оправдывая свои действия, которые восславляют жизнь и сохраняют ее всячими мыслимыми и немыслимыми способами (5), мы как черт от ладана со всего духу несемся от смерти. Даже само слово «смерть» в обществе произносится полушепотом, с трудом, со страхом получить осуждение окружающих; а ее образ связан с одиночеством, бедностью, безликостью (5). Но игнорируя ее, разрывая естественную связь с процессами смерти и умирания, с природой мы получаем «искаженную картину бытия», мы теряем «баланс фундаментальных процессов человека», подменяя истинные ценности и радости жизни тленными и суетными, «шелухой» (2, статья находится в печати).

Точно и емко о «здравом образе смерти» (а значит, и жизни) повествует Редьярд Киплинг в своем стихотворении «Заповедь»:

...Умей поставить в радостной надежде,
На карту все, что накопил с трудом,
Все проиграть и нищим стать как прежде
И никогда не пожалеть о том...

Но очень редко для современного человека такое завершение, потеря чего-либо воспринимается как часть бытия, а не как персональная конечность. Именно поэтому вопрос личностного роста и развития, осознавание настоящих ценностей и проживание счастливой жизни в соответствии с ними, повышение гибкости мышления особо актуально звучит в нынешнем обществе.

1. Аналитический обзор литературных источников

1.1 Обзор художественных и научно-популярных источников

«Личностный рост» — понятие в психологии, которое изначально было сформулировано в рамках гуманистической концепции К.Роджерса и А.Маслоу, однако в настоящее время широко используется и другими психологическими направлениями. Причем в зависимости от самого направления представители формулируют подчас диаметрально противоположные определения этого понятия (например, совершенно по разному смотрят на вопрос православные психологи и специалисты экзистенциального подхода). Поэтому для начала автор предпринял попытку найти свое определение личностного роста.

Особо откликнулось понимание личностного роста и развития, которым делится известный практический психолог Леви В.: «Что такое личностный рост? Если у человека становится больше: — интересов, а с тем и стимулов жить — смыслового наполнения жизни, — возможности анализировать — отличать одно от другого, — возможности синтезировать — видеть связи событий и явлений, — понимания людей (себя в том числе), а с тем и возможности прощать, — внутренней свободы и независимости, — ответственности, взятой на себя добровольно, — любви к миру и людям (к себе в том числе), то это и значит, что человек растет личностно (10).

На основании этой точки зрения мы для себя сформулируем определение личностного роста как взросление личности, а именно, развитие навыков саморефлексии, восстановление чувствительности и контакта с реальностью, в частности, развитие эмпатии, осознавание своих интересов и принятие ответственности за их реализацию, проявление успешной межличностной коммуникации и адекватной социальной активности.

И прежде всего хочется обратить внимание на категорию людей, которые оказались в ситуации завершения чего-либо, потери кого-то или чего-то ценного, в ситуации «перехода». Именно эти индивиды получают уникальную возможность переосмыслить накопленный опыт, свой вклад в общественную и профессиональную жизнь, свои успехи в личной сфере. До настоящего времени несколькими авторами был затронут вопрос взросления личности, принятия ею ответственности за качество собственной жизни при столкновении со смертью. Мы остановимся на некоторых из них:

1. Раймонд Моуди, исследуя феномен смерти, обобщил рассказы и переживания более 150 людей, переживших клиническую смерть. Он пишет, что полученный

опыт умирания оказывает глубокое влияние на жизнь этих людей и особенно на их представление о смерти и ее соотношении с жизнью. Многие говорили, что их жизнь стала глубже и содержательнее, появился интерес к вопросам экзистенциональной философии. Почти все подчеркивают важность стремления к глубокой любви, а также возросший интерес к своей учебе и развитию (4). Однако, несмотря на реальность и важность того, что с ними случилось, они отмечают и свое нежелание делится прожитым опытом, потому что «современное общество вряд ли отнесется с пониманием и симпатией к свидетельствам подобного рода». Правда, есть и другая сторона медали — пережитое ими так трудно описать, так сложно вложить в прокрустово ложе современного образа мышления и языка, что «просто бесполезно пытаться что-то объяснять» (4). В любом случае, когда, благодаря Раймонду, эти люди узнали, что есть и другие, подобные им, они испытывали огромное облегчение.

2. Кюблер-Росс. В своей работе она использовала беседы с более чем двумя сотнями обреченных больных, чей срок жизни составлял от 12 часов до нескольких месяцев. Она подчеркивает, что в целом в обществе изменилось психологическое восприятие процессов умирания и смерти — оно стало более механистичным, бесчеловечным, поэтому и вырос психологический страх смерти (5). Именно ее отношение к умирающим как к наставникам, попытки понять их потребности, а не решать за них, поиски корректной формулировки для сообщения «нелегких» диагнозов подчас творили чудеса: позволяли разрядить злость и гнев на персонал или близких и простить их, возникнуть новым смыслам и интересу к деятельности (трудотерапии), завершить важные дела вместо того, чтобы впадать в болезненное уныние, провести оставшийся короткий срок как обогащающий опыт (5).
3. Арнольд ван Геннеп в своем труде «Обряды перехода» исследует обряды, то есть магически-религиозные действия, различных обществ, а также дает свою интерпретацию, почему обряды совершаются в определенном порядке. Автор обращает внимание на то, что человек в течение жизни проходит некоторые этапы (например, рождение, достижение социальной зрелости, брак, отцовство и проч.), сопровождающиеся определенными церемониями, цель которых обеспечить переход человека из одного определенного состояния в другое определенное состояние. И отмечает важность осознания этого перехода, полного проживания всех ритуальных действий, с ним связанных, чтобы завершить, закончить предыдущий жизненный этап, в полной мере прочувствовать расставание и потерю (свободы, отсутствие обязанностей и проч.), чтобы не оставался «хвост прошлого»,

который может забирать часть энергии и не повзлит в полной мере встретить новое.

4. Как мы уже убедились ранее, и в художественной литературе разного времени, и в фильмах мы наблюдаем интерес к данной теме.

Смерть как место перехода, выбора, «где можно быть и негодяем и героем», где необходимо сделать ответственный шаг, прослеживается в творчестве современного французского писателя Даниэля Пеннак:

- Послушайте-ка, вы, может, хватит ругаться? - вступал тут третий голос.- Вы мне мешаете читать и подаете дурной пример моим куклам.

- А! Вот и ты, как раз кстати! Разреши напомнить, ТВОЯ собака — это, между прочим, твоя забота!

Потный и Перечница, разом примирившись, единым фронтом повернулись к Пом, которая с книгой в руках, стоя в дверях гостиной, невозмутительно смотрела на родителей. Пес сидел между ними и не знал, что делать. Потный и Перечница внушал ему страх. Пом приводила в отчаяние. А в этот день она, пожалуй, ранила его больнее, чем когда-либо.

Потому что в ответ на слова родителей («твоя собака — это твоя забота») она сделала нечто невероятное. Ее взгляд с любопытством обежал гостиную, потом столовую, словно что-то отыскивая, она оглянулась на прихожую, на кухню и наконец, широко открыв глаза, сказала просто:

— Какая собака?

И ушла к себе в комнату (отрывок из книги «Собака Пес»). После того, как Пом его бросила (по сути, убила — прим. автора), Пес решил сбежать из дома. И сбежал. От теплой похлебки и крыши над головой в неизвестность.

Эту же тему поднимает и Ромен Ролан в своем произведении «Очарованная душа»: «Да это и было своего рода материнство — рождение скрытой души. Она, как семя, зарыта в глубине человеческого перегноя, хранящего в себе отбросы поколений. Извлечь ее оттуда — дело целой долгой жизни. Да, целая жизнь уходит на это рождение человека. И часто акушеркой бывает смерть».

Здесь же хочется упомянуть еще о двух фильмах, коснувшихся этой проблематики.

В фильме «Городской роман» (1970) все усилия главного героя Евгения вернуть Машу идут впустую: и попытка начать отношения заново, и звонки и слова:

- Маш, я не могу так. Но я не знаю как сказать. Я не могу без тебя.

И только в конце фильма режиссер Петр Тодоровский использует смерть фронтовика как точку перехода, переворота в их отношениях, которая позволила встретиться с прошлым

обидным опытом и принять его. Маша уже не просто идет, она бежит к человеку, который называет и считает ее своей женой.

В японском мультфильме «Босоногий Ген» отца, брата и сестру придавливают горящими балками, мать с Геном пытаются им помочь, но безуспешно. На их глазах умирают родные. И последняя просьба отца перестать плакать, быть взрослым и позаботиться о беременной матери:

Отец: Ген, ты знаешь, что нужно сделать.

Ген: Что ты от меня хочешь?

Отец: Уведи от сюда маму немедленно. Ген теперь твой черед беречь маму и ребенка... Ты нужен им... Я знаю, ты справишься.

Ген оттаскивает обезумевшую мать от родных. Через мгновение этим местом полностью завладеет огонь. Именно последние слова отца поддерживают 10-летнего мальчика, когда нужно находиться в контакте с реальностью, гибко подстраиваться под меняющиеся обстоятельства, совершать сложные и новые для него шаги : принять роды у матери, найти для нее еду и заработать на молоко для малышки.

1.2 Танатотерапия и личностный рост.

В предыдущей главе мы обратили внимание на то, как меняется жизнь человека, когда он сталкивается с различными процессами смерти и умирания (как метафорическими так и реально-физическими). В связи с этим можно предположить, что проживание индивидом экологично смоделированного опыта умирания позволит многое переосмыслить в своей жизни. И такой опыт позволяет получить танатотерапия, которая моделирует (не имитирует внешнюю атрибутику!) характеристики тела только что умершего человека, а именно, тотальное расслабление, обездвиженное, тяжелое тело. Происходит это благодаря наведению кинестетического транса, в результате которого оказываются задействованы «весь круг проблем человека и весь спектр телесности» (6).

Это дает нам возможность обозначить следующие тезисы относительно особой ценности танатотерапии в деле личностного роста и развития.

1. Восстановление контакта с процессами смерти и умирания создает новое в картине мира человека. Он принимает конец, смерть как естественную часть бытия, а это позволяет перестать сопротивляться «переменам, возрастным переходам, взлетам и падениям в статусе взрослого человека» (1), избегать, бояться и ненавидеть их.
2. Все события повседневной жизни, предъявляемые человеку, максимально янские, как и большинство психотерапевтических подходов. Стратегия же работы в танатотерапии направлена на движение к иньской составляющей (1), таким

образом, восстанавливается нарушенный изначальный баланс, а, значит, гармонизируется и психосоматическое состояние человека, поддерживает природный целительный энергетический баланс в теле человека (7).

3. Танатотерапия позволяет встретиться с чувствами, прошлым травматическим опытом и принять его. Именно гомеопатичность приемов этого метода позволяет медленно разрядить «задепонированную» аффективную энергию. А что такое взросление, как не исчезновение, отмирание детских, изживших себя паттернов и моделей поведения?
4. Благодаря особым характеристикам объективности тела, а также его пассивности при манипулировании с ним и его отдельными частями (1), танатотерапия способствует развитию терпимости, что позволяет сгладить разницу между тем, что есть на данный момент, и тем, что постоянно хочется еще и еще, и в итоге приводит к балансу аффективной энергии, к нормализации подчас гипертрофированного желания потребления, хорошо знакомого современному обывателю.
5. Еще одним аспектом, который возникает в ходе сессий, является проблема опор — танатотерапия позволяет опираться на другого и чувствовать безопасность этого. Именно полученный опыт опор в здоровом смысле (чаще всего недополученных в детстве, в семье), а не «подпорок», иллюзорно созданных себе, позволяет выстроить истинную внутреннюю опору.

2. Практическая (опыт психологической помощи методом танатотерапия).

2.1 Методология.

Выборка исследуемых составила 2 человека: клиентка К (сентябрь 2010 — март 2011) и клиентка Е. (октябрь 2010 — март 2011).

Причиной первоначального обращения клиентки К. были проблемы в отношениях с коллективом (со слов К. ее «выживали» из группы, не считались с ее интересами, вообще не замечали), внутриличностный конфликт, вызванный поиском теплых взаимоотношений в то время, как с мужем сохранялась достаточно отстраненная, дистанцированная коммуникация. В это же время К. узнает о диагносцировании у матери рака и диабета. Этот стрессогенный фактор на обозначенном фоне стал причиной ряда симптомов: проблемы засыпания, повышенная плаксивость и слезливость, хроническая усталость, снижение интереса к общению и жизни.

Общая информация на начало работы: К., 24 года, высшее гуманитарное образование, замужем, детей нет. Родилась в Москве, средняя дочь в родительской семье. В детстве

пережила травму, была жертвой сексуального насилия со стороны родителей (отец — агрессор, мать — пассивное присутствие). Физических повреждений не было, психические последствия проявились в постоянном избегании контакта, уходе из него.

В сентябре 2010 года клиентке К. была предложена индивидуальная танатотерапия.

Причиной первоначального обращения клиентки Е. стал сильный страх засыпать, потому что может не проснуться, который разился после перенесенного инсульта. Очень боится спускаться в метро, легко вспыльчива и раздражительна. Сильная фиксация на медикаментозной терапии как на единственной возможной. В поведении проявляется апатия и безысходность, психофизическое состояние слабое и крайне не устойчивое. В разговоре быстро перескакивает с темы на другую тему, часто не отвечает за заданный вопрос, а когда возникает пауза, то произносит: «Но это не главное, а что главное — я не знаю».

Общая информация на начало работы: Елена, женщина 50 лет, высшее гуманитарное образование (журналист), замужем (муж часто упрекает ее в том, что она ведет себя как ребенок), имеет троих детей. Средняя дочь в родительской семье (имеет еще двух сестер); отец умер, когда она была в начальной школе, после чего ее сдали в школу-интернат; мать до сих пор жива. Контакт с матерью, сестрами очень поверхностный и отстраненный. В течение всей жизни живет в долг, очень привязана к вещам (не зарабатывая уже около двух лет, может пойти и купить пять пар обуви одновременно), но это не делает ее счастливой (глаза уставшие и потухшие).

В октябре 2010 года клиентке Е. была предложена индивидуальная танатотерапия.

В процессе исследования была выдвинута гипотеза, что, в силу гомеопатичности самого метода и применяемых приемов, а также использование контакта «земля» (постоянного, непрерывного, длящегося контакта без давления), - именно танатотерапия сможет восстановить утраченный контакт с процессами умирания и смерти, а значит, и с реальностью, снять излишний контроль, препятствующий развитию гибкости мышления и тела, поддержать истинные опоры и внутренние силы, и как итог, способствовать личностному росту и развитию К. и Е.

Для измерения эффективности методов танатотерапии при работе с клиентками Е. и К. была использована диагностика до и после терапии. Определялись уровень общего психофизического состояния, стрессоустойчивости, активности и коммуникативных способностей, уровень эмпатических способностей и поведение в конфликтной ситуации при помощи следующих психодиагностических методик: Цветовой тест Люшера, Методика диагностики уровня эмпатических способностей Бойко В.В. (9), Тест-опросник на определение способов регулирования конфликтов Томаса К. (9). Выбор методик

обусловлен тем определением личностного роста, которое было сформулировано в главе 1.

2.2 Описание работы.

Первичная диагностика К. была проведена в сентябре, а Е. - в октябре 2010 года, сразу же после диагностики была начата практическая работа. До марта 2011 года с К. было проведено 12 сессий танатотерапии, с Е. - 8. Между встречами клиентки отписываются терапевту про происходящие изменения в отношениях, состояниях — это дается как домашнее задание на самостоятельную работу.

Работа с К. Периодичность сессий — три раза в месяц. Работа проводилась под разную релаксационную музыку (звуки природы, пение птиц). Использовались приемы: театр прикосновений (ТП) и телесная гомеопатия (ТГ).

В начале сессии часто отмечается дисбаланс правой и левой половин тулowiща и конечностей, дыхание контроля.

После работы клиентка говорит крайне мало, темп речи и движения становятся медленнее и тягучее, обозначала появившуюся легкость в животе («как будто лотос распустился»), отмечает приятный баланс между левой и правой ногами, «такое странное состояние возникает — хочу пошевелить рукой, а не могу».

Результатом работы стали следующие изменения:

- В одной из сессий произошел инсайт на важную для клиентки тему.
- Значительно улучшились отношения на работе - «никогда еще они не были такими приятными и интересными. Это частенько поддерживало меня, когда я уставала от монотонности выполняемого задания».
- Изменилось отношение к психологическому аспекту смерти — старается чаще общаться с больной матерью, побольше проводить с ней времени в совместной деятельности. На данный момент более теплая поддержка и присутствие в жизни обоих родителей.
- Наблюдается большая самостоятельность и ответственность за свою жизнь — устроилась на работу, чтобы самой оплачивать свои расходы на учебу.
- «Тело стало ощущаться по-другому, как-то по-настоящему. Захотелось поддерживать это ощущение регулярными физическими упражнениями, посещением бассейна».
- Наладились отношения с мужем в силу более полного контакта с собой и своими чувствами, а также наметился их совместный переезд на постоянное проживание в Европу.

Работа с Е. Периодичность сессий — раз в две недели. Работа проводилась под музыку (преимущественно Vangelis Oceanic). Использовались приемы: театр прикосновений (ТП), последовательность предъявляемых опор (ППО) и телесная гомеопатия (ТГ).

Несколько первых сессий был частый уход в сон, а также наблюдался колоссальный гиперконтроль: непрерывное движение шторок ресниц, ноги в начале сессии или скрещены или лежат вместе и прямо, руки очень горячие и легкие, чаще всего держится за землю.

После работы клиентка обычно говорит о более расслабленном состоянии, хочет еще полежать, делится фантомными ощущениями, чуть чаще делает глубокие паузы и вдохи.

Результатом работы стали некоторые события в жизни клиентки:

- После сессии легко и с удовольствием погружается в сон, от сна получает глубокое удовольствие.
- Уже после второй сессии клиента обозначила, что начали расти волосы, а после шестой — «ногти растут без боли!».
- После танатотерапии нога, которая обычно опухает и постоянно привлекает к себе внимание, перестает болеть и уходит в фон.
- Е. отмечает, что улучшилось общее самочувствие, появилось больше энергии что-то сделать, чаще стала улыбаться. Жизнь стала активнее — прошла лечение у себя дома, добилась квоты на операцию в Москве, прошла безысходность.
- Взяла в руки и прочитала книгу, которую раньше боялась и обходила стороной (сюжет книги — спасение брата, находящегося на пороге смерти).
- Улучшились отношения с мужем и детьми — стали более теплыми, чуть более близкими. Чуть чаще смотрит в глаза, когда взаимодействует с другим человеком.

Эта позитивная динамика мотивировала обеих клиенток продолжить танатотерапию.

2.3 Анализ результатов.

Общая оценка результатов исследования клиенток К. и Е. до и после начала танатотерапии отображает положительную динамику.

При анализе уровня эмпатии К. мы видим, что суммарный показатель на сентябрь 2010 года составил 9 баллов, на март 2011 — 18 баллов. Показатель поднялся из интервала «очень низкий» (от 0 до 14 баллов) до промежутка «низкий» (от 15 до 21 балла). К. стала меньше избегать личных контактов (это еще не самостоятельное стремление сблизиться, пойти на контакт, но уже маленький шаг в этом направлении), чуть больше разрешает себе проявлять любопытство к внутреннему миру другого человека, ведет себя более

расслаблено во время общения, что снимает напряженность и создает атмосферу большей открытости и доверительности.

Из данных опросника Томаса мы приходим к выводу, что К. существенно чаще стала решать конфликты через сотрудничество, а именно, через осознавание своих интересов и прояснение чужих взглядов и потребностей. Правда, пока еще сохраняется преобладание показателя решения проблемы - «идя на компромисс», зато значительно снизился уровень избегания конфликта (это же мы наблюдаем и в межличностном общении).

Общий уровень психосоматического состояния заметно гармонизировался, нервное истощение и раздражительность сменились заинтересованностью что-то узнать, посетить, создать. Творческая сторона личности получила поддержку и жаждет внимания близких людей.

По тесту Бойко показатель уровня эмпатии Е. на октябрь 2010 года составил 15 баллов, на март 2011 — 20 баллов. И хотя показатель остался в интервале «низкий» (от 15 до 21 баллов), но тем не менее поднялся от нижней границы к верхней в обозначенном промежутке. Раньше Е. спокойно относилась к переживаниям и проблемам окружающих, они ее не трогали и были ей не понятны. Сейчас смех другого может «заразить» Е., нервозность присутствующих не оставляет и ее равнодушной. Она уже не старается понять чувства других людей, а разрешает им просто быть и чувствовать самой.

Из данных опроса Томаса видно, что Е. стала чаще решать конфликты через соперничество и отстаивание своих интересов, чем через уступки. Обращает на себя внимание, что «маятник качнулся в другую сторону»: если раньше Е. не разрешала себе обозначать свои желания, перекладывала решение проблемы на других людей, а, соответственно, ей приходилось считаться с уже готовым решением, то, видимо, сейчас эта энергия внутреннего сдерживания за долгое время получила выход. Есть предположение, что подобный перехлест явление временного характера и с продолжением личной терапии стабилизируется. На этом фоне сохраняется преобладание показателя решения проблемы поверхностно, то есть в учетом сиюминутных интересов и выгод, зато значительно снизился уровень ухода и избегания конфликта. А также общий фон говорит о большей гибкости поведения в конфликтной ситуации (показатели всех пяти способов поведения стремятся к балансу).

Цветовое тестирование Люшера характеризует изменения Е. как повышение гибкости мышления, проявление самостоятельности и самодостаточности не как ригидной структуры во всех сферах жизни, а как важных качеств характера в определенные

возникающие моменты. Говорит о чуть большей вовлеченности клиентки в межличностную коммуникацию.

Правда, в обоих случаях еще рано говорить о глубоком развитии навыков саморефлексии, о наличии здоровой и полноценной социальной активности, но тенденция движения в эту сторону уже явно налицо.

В целом можно сделать вывод, что в данном случае результаты исследования подтверждают предположение об эффективности танатотерапии как средства личностного роста и развития.

Заключение

В данной работе представлены различные взгляды на смерть как любое окончание, завершение, переход как в научно-популярной, так и художественной литературе и фильмах, а также обозначены некоторые тезисы танатотерапевтического подхода как средства, способствующего развитию эмпатии, осознаванию своих интересов и воплощению их в жизни, проявлению адекватной взрослой позиции как в общественной, так профессиональной и личной сферах жизни. На основании данной информации были выдвинуты идеи о том, что танатотерапия является универсальным инструментом личностного роста.

Была проведена диагностика до и после ряда сессий танатотерапии (помимо внешнего наблюдения, записей из домашних заданий проводились тестирование Люшера, диагностика уровня эмпатии Бойко, опрос на определение способов регулирования конфликта Томаса), а также ее сравнительный анализ. В целом, можно сделать вывод о подтверждении основной гипотезы. Однако стоит обозначить, что несмотря на большую самодостаточность процесса танатотерапии как средства личностного роста, важно дополнять его активной работой по определению и формулированию целей, по трансформации «задепонированной» энергии в ресурс, по формированию опор и прочее.

К недостаткам работы можно отнести ее недостаточную статистическую достоверность ввиду крайне малой выборки (всего 2 исследуемых). Уверенно можно говорить, что исследование не опровергает основную гипотезу, хотя окончательные выводы о ее подтверждении можно будет сделать после проведения более широкого исследования (около 10-15 исследуемых). В будущем, для получения более достоверных сведений об эффективности танатотерапии как средства личностного роста следует включить в работу такие диагностические инструменты, как рисуночные методики, семантический дифференциал, УСК и проч. Все это задает направление, в котором следует двигаться с целью подтверждения выдвинутой гипотезы.

Список использованной литературы

1. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2007.
2. Газарова Е.Э. Феноменология Танатотерапии — сайт Института Телесности (статья находится в типографском наборе)
3. Эрих Фромм Иметь или Быть — М.: АСТ, 2000.
4. Раймонд Моуди Жизнь после смерти Дальнейшие размышления о жизни после жизни — Киев: София, 1996.
5. Э. Кюблер- Росс О смерти и умирании — Киев: София, 2001.
6. Газарова Е.Э. Психология телесности — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2002.
7. Баскаков В.Ю. Свободное тело — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004.
8. Арнольд ван Геннеп Обряды переходов — М.: Восточная литература, 1999.
9. Практикум по возрастной психологии/ под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. - Спб.: Речь, 2001.
10. В. Леви Куда жить? Человек в цепях свободы — М.: Торобоан, 2009.

Приложения

Приложение 1.

Методика диагностики уровня эмпатических способностей Бойко В.В.

Исследование К. в сентябре 2010 и в марте 2011.

Утверждения	сент	март
1. У меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.	-	-
2. Если окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.	-	-
3. Я больше доверяю доводам своего рассудка, чем интуиции.	+	-
4. Я считаю вполне уместным для себя интересоваться домашними проблемами сослуживцев.	-	+
5. Я могу легко войти в доверие к человеку, если потребуется.	+	+
6. Обычно я с первой же встречи угадываю «родственную душу» в новом человеке.	-	-
7. Я из любопытства обычно завожу разговор о жизни, работе, политике со случайными попутчиками в поезде.	-	+
8. Я теряю душевное равновесие, если окружающие чем-то угнетены.	+	-
9. Моя интуиция - более надежное средство понимания окружающих, чем	-	-

знания или опыт.

10. Проявлять любопытство к внутреннему миру другого человека — бестактно.	-	-
11. Часто своими словами я обзываю близких мне людей, не замечая этого.	+	-
12. Я легко могу представить себя каким-то животным, ощутить его повадки и состояния.	-	-
13. Я редко рассуждаю о причинах поступков людей, которые имеют ко мне непосредственное отношение.	+	-
14. Я редко принимаю близко к сердцу проблемы своих друзей.	+	-
15. Обычно за несколько дней я чувствую: что-то должно случиться с близким мне человеком, и ожидания оправдываются.	-	-
16. В общении с деловыми партнерами обычно стараюсь избегать разговоров о личном.	+	-
17. Иногда близкие упрекают меня в черствости, невнимании к ним.	+	+
18. Мне легко удается копировать интонацию, мимику людей, подражая людям.	-	-
19. Мой любопытный взгляд часто смущает новых партнеров.	+	+
20. Чужой смех обычно заражает меня.	+	+
21. Часто, действуя наугад, я тем не менее нахожу правильный подход к человеку.	-	-
22. Плакать от счастья глупо.	+	-
23. Я способен полностью слиться с любимым человеком, как бы растворившись в нем.	-	+
24. Мне редко встречались люди, которых я бы понимал с полуслова, без лишних слов.	+	-
25. Я невольно или из-за любопытства часто подслушиваю разговоры посторонних людей.	+	+
26. Я могу оставаться спокойным, даже если все вокруг меня волнуются.	-	+
27. Мне проще подсознательно почувствовать сущность человека, чем понять его, "разложив по полочкам".	-	-
28. Я спокойно отношусь к мелким неприятностям, которые случаются у кого-либо из членов семьи.	+	+
29. Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с настороженным, замкнутым человеком.	+	-
30. У меня творческая натура — поэтическая, художественная, артистичная.	-	-
31. Я без особого любопытства выслушиваю исповеди новых знакомых.	+	-
32. Я расстраиваюсь, когда вижу плачущего человека.	-	-
33. Мое мышление больше отличается конкретностью, строгостью, последовательностью, чем интуицией.	+	+
34. Когда друзья начинаю говорить о своих неприятностях, я предпочитаю перевести разговор на другую тему.	+	+

35. Если я вижу, что у кого-то из близких плохо на душе, то обычно
воздерживаюсь от расспросов. + -
36. Мне трудно понять, почему пустяки могут так сильно огорчать людей. + +

Суммарный показатель уровня эмпатии на сентябрь 2010 года составил 9 баллов, на март 2011 — 18 баллов. Показатель поднялся из интервала «очень низкий» (от 0 до 14 баллов) до промежутка «низкий» (от 15 до 21 балла).

Исследование Е. в октябре 2010 и в марте 2011.

Утверждения	окт	март
1. У меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.	-	-
2. Если окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.	+	+
3. Я больше доверяю доводам своего рассудка, чем интуиции.	+	+
4. Я считаю вполне уместным для себя интересоваться домашними проблемами сослуживцев.	-	-
5. Я могу легко войти в доверие к человеку, если потребуется.	+	+
6. Обычно я с первой же встречи угадываю «родственную душу» в новом человеке.	-	-
7. Я из любопытства обычно завожу разговор о жизни, работе, политике со случайными попутчиками в поезде.	-	+
8. Я теряю душевное равновесие, если окружающие чем-то угнетены.	-	-
9. Моя интуиция - более надежное средство понимания окружающих, чем знания или опыт.	+	+
10. Проявлять любопытство к внутреннему миру другого человека — бестактно.	-	-
11. Часто своими словами я обзываю близких мне людей, не замечая этого.	-	-
12. Я легко могу представить себя каким-то животным, ощутить его повадки и состояния.	-	-
13. Я редко рассуждаю о причинах поступков людей, которые имеют ко мне непосредственное отношение.	-	-
14. Я редко принимаю близко к сердцу проблемы своих друзей.	-	-
15. Обычно за несколько дней я чувствую: что-то должно случиться с близким мне человеком, и ожидания оправдываются.	-	-
16. В общении с деловыми партнерами обычно стараюсь избегать разговоров о личном.	-	-
17. Иногда близкие упрекают меня в черствости, невнимании к ним.	+	+
18. Мне легко удается копировать интонацию, мимику людей, подражая людям.	-	-
19. Мой любопытный взгляд часто смущает новых партнеров.	+	+
20. Чужой смех обычно заражает меня.	-	+

21. Часто, действуя наугад, я тем не менее нахожу правильный подход к человеку.	+	+
22. Плакать от счастья глупо.	+	-
23. Я способен полностью слиться с любимым человеком, как бы растворившись в нем.	+	+
24. Мне редко встречались люди, которых я бы понимал с полуслова, без лишних слов.	+	+
25. Я невольно или из-за любопытства часто подслушиваю разговоры посторонних людей.	+	+
26. Я могу оставаться спокойным, даже если все вокруг меня волнуются.	+	+
27. Мне проще подсознательно почувствовать сущность человека, чем понять его, "разложив по полочкам".	+	+
28. Я спокойно отношусь к мелким неприятностям, которые случаются у кого-либо из членов семьи.	+	+
29. Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с настороженным, замкнутым человеком.	+	+
30. У меня творческая натура — поэтическая, художественная, артистичная.	+	+
31. Я без особого любопытства выслушиваю исповеди новых знакомых.	-	-
32. Я расстраиваюсь, когда вижу плачущего человека.	+	+
33. Мое мышление больше отличается конкретностью, строгостью, последовательностью, чем интуицией.	-	-
34. Когда друзья начинаю говорить о своих неприятностях, я предпочитаю перевести разговор на другую тему.	+	-
35. Если я вижу, что у кого-то из близких плохо на душе, то обычно воздерживаюсь от расспросов.	+	-
36. Мне трудно понять, почему пустяки могут так сильно огорчать людей.	+	+

Суммарный показатель уровня эмпатии на октябрь 2010 года составил 15 баллов, на март 2011 — 20 баллов. Показатель остался в интервале «низкий» (от 15 до 21 баллов)

Приложение 2.

Тестирование на определение способов регулирования конфликтов Томаса К.

Исследование К. в сентябре 2010 и в марте 2011.

Утверждения	сент	март
1А) Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.	+	+
1Б) Чем обсуждать то, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба не согласны.		
2А) Я стараюсь найти компромиссное решение.	+	+
2Б) Я пытаюсь уладить дело с учетом интересов другого и моих собственных.		

- 3А) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего. +
- 3Б) Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения. +
- 4А) Я стараюсь найти компромиссное решение. + +
- 4Б) Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.
- 5А) Улаживая спорную ситуацию, я все время стараюсь найти поддержку у другого. + +
- 5Б) Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.
- 6А) Я пытаюсь избежать возникновения неприятностей для себя. +
- 6Б) Я стараюсь добиться своего. +
- 7А) Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.
- 7Б) Я считаю возможным в чем-то уступить, чтобы добиться своего. + +
- 8А) Обычно я настойчиво пытаюсь добиться своего. +
- 8Б) Я первым делом стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы. +
- 9А) Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий. +
- 9Б) Я предпринимаю усилия, чтобы добиться своего. +
- 10А) Я твердо стремлюсь достичь своего.
- 10Б) Я пытаюсь найти компромиссные решения. + +
- 11А) Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы.
- 11Б) Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения. + +
- 12А) Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.
- 12Б) Я даю возможность другому в чем-то оставаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу. + +
- 13А) Я предлагаю среднюю позицию. +
- 13Б) Я настаиваю, чтобы было сделано по-моему. +
- 14А) Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах. +
- 14Б) Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов. +
- 15А) Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения. +
- 15Б) Я стараюсь сделать все необходимое, чтобы избежать напряженности. +
- 16А) Я стараюсь не задеть чувств другого. + +
- 16Б) Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.
- 17А) Обычно я настойчиво пытаюсь добиться своего.

- 17Б) Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности. + +
- 18А) Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.
- 18Б) Я даю возможность другому в чем-то оставаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу. + +
- 19А) Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы. +
- 19Б) Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно. +
- 20А) Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия. + +
- 20Б) Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для нас обоих.
- 21А) Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого. +
- 21Б) Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы. +
- 22А) Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека. +
- 22Б) Я отстаиваю свои желания. +
- 23А) Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас. +
- 23Б) Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса. +
- 24А) Если позиция другого кажется ему очень важной, я стараюсь пойти навстречу его желаниям.
- 24Б) Я стараюсь убедить другого прийти к компромиссу. + +
- 25А) Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов. +
- 25Б) Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого. +
- 26А) Я предлагаю среднюю позицию. + +
- 26Б) Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.
- 27А) Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры. +
- 27Б) Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем. +
- 28А) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
- 28Б) Улаживая ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого. + +
- 29А) Я предлагаю среднюю позицию. + +
- 29Б) Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.
- 30А) Я стараюсь не задеть чувства другого. + +

30Б) Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы совместно с другим заинтересованным человеком могли добиться успеха.

Исследование Е. в октябре 2010 года и в марте 2011.

Утверждения	окт	март
1А) Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.	+	+
1Б) Чем обсуждать то, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба не согласны.		
2А) Я стараюсь найти компромиссное решение.	+	+
2Б) Я пытаюсь уладить дело с учетом интересов другого и моих собственных.		
3А) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.		+
3Б) Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения.	+	
4А) Я стараюсь найти компромиссное решение.	+	+
4Б) Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.		
5А) Улаживая спорную ситуацию, я все время стараюсь найти поддержку у другого.		
5Б) Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.	+	+
6А) Я пытаюсь избежать возникновения неприятностей для себя.	+	
6Б) Я стараюсь добиться своего.		+
7А) Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.	+	+
7Б) Я считаю возможным в чем-то уступить, чтобы добиться своего.		
8А) Обычно я настойчиво пытаюсь добиться своего.		+
8Б) Я первым делом стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы.	+	
9А) Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.	+	
9Б) Я предпринимаю усилия, чтобы добиться своего.		+
10А) Я твердо стремлюсь достичь своего.		+
10Б) Я пытаюсь найти компромиссные решения.	+	
11А) Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы.		
11Б) Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения.	+	+
12А) Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.		
12Б) Я даю возможность другому в чем-то оставаться при своем мнении,	+	+

если он также идет мне навстречу.

13А) Я предлагаю среднюю позицию.

13Б) Я настаиваю, чтобы было сделано по-моему.

+ +

14А) Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах.

14Б) Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.

+ +

15А) Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения.

+ +

15Б) Я стараюсь сделать все необходимое, чтобы избежать напряженности.

16А) Я стараюсь не задеть чувств другого.

+ +

16Б) Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.

17А) Обычно я настойчиво пытаюсь добиться своего.

17Б) Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.

+ +

18А) Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.

+ +

18Б) Я даю возможность другому в чем-то оставаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу.

+ +

19А) Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы.

19Б) Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.

+ +

20А) Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия.

+ +

20Б) Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для нас обоих.

+ +

21А) Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.

+ +

21Б) Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы.

+ +

22А) Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека.

+ +

22Б) Я отстаиваю свои желания.

23А) Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.

+ +

23Б) Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.

24А) Если позиция другого кажется ему очень важной, я стараюсь пойти навстречу его желаниям.

+ +

24Б) Я стараюсь убедить другого прийти к компромиссу.

+ +

25А) Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.

+ +

25Б) Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.

- 26А) Я предлагаю среднюю позицию. + +
- 26Б) Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.
- 27А) Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.
- 27Б) Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем. + +
- 28А) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
- 28Б) Улаживая ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого. + +
- 29А) Я предлагаю среднюю позицию. +
- 29Б) Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий. +
- 30А) Я стараюсь не задеть чувств другого. + +
- 30Б) Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы совместно с другим заинтересованным человеком могли добиться успеха.

Данные на октябрь 2010 года:

Конкуренция (соперничество) — 3

Сотрудничество (решение проблемы) — 2

Компромисс (поверхностное решение проблемы) — 7

Избегание (смена темы, уход из комнаты) — 9

Приспособление (принесение в жертву собственных интересов) — 9

Данные на март 2011 года:

Конкуренция (соперничество) — 8

Сотрудничество (решение проблемы) — 3

Компромисс (поверхностное решение проблемы) — 8

Избегание (смена темы, уход из комнаты) — 6

Приспособление (принесение в жертву собственных интересов) — 5

Приложение 3.

Цветовое тестирование Люшера

Исследование К. в сентябре 2010.

Результаты: Ищет защиты от всего, что может опустошить или утомить ее. Жаждет чувства физической легкости и отсутствия конфликтов, цепляется за гарантии на будущее, чтобы не пришлось выносить одиночество или разлуку. Неуместное поведение при

достижении желанной степени близости и идентификации. Обстоятельства заставляют ее сдерживать свои требования и надежды и идти на компромисс. Рассержена и раздражительна, т.к. сомневается, что может достичь своих целей и фruстрирована почти до состояния нервного истощения.

Исследование К. в марте 2011.

Результаты: Одарена богатым воображением и чувствительна, ищет выхода этим качествам - особенно в обществе кого-нибудь столь же чувствительного. Что-либо необычное или связанное с приключениями быстро пробуждает в ней заинтересованность и энтузиазм.

Жаждет восхищения близких, нуждается в личном внимании, подчеркнутом уважении и достойном признании. Очень восприимчива и легко ранима. Стремится создать положение себе и упрочить его.

Исследование Е. в октябре 2010.

Результаты: Упорно преследует поставленные цели, не допускает никаких отклонений, повышенный контроль в любой сфере жизни. Хочет, чтобы в ней видели необыкновенную личность, поэтому все время находится начеку, чтобы отслеживать, как на нее реагируют окружающие. Стресс вызывает любое незначительное изменение обстоятельств и воспринимается как крушение всех надежд. Чувствует себя одинокой и отрезанной от других. При этом имеет высокие эмоциональные притязания и хочет быть «вовлеченной» в близкие взаимоотношения. В мотивации преобладающими факторами являются «должна» и «надо».

Исследование Е. в марте 2011.

Результаты: Чтобы добиться влиятельности и особого признания, прибегает к различным приемам, пускает их в ход в хорошо продуманном порядке. Восприимчива к эстетическому и оригинальному. Требует свободы принимать решения самостоятельно без всякого вмешательства внешних воздействий и без необходимости идти на компромиссы. Стремится использовать каждую возможность, когда можно не подчиняться ограничениям и запретам. Желание распоряжаться своей судьбой.

3.3. Колиенко Н.С. Личностное развитие и танатотерапия: проблема преодоления кризиса потери творчества (на основе самоисследования и анализа клиентского случая) Дипломная работа, Москва, 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

<u>ВВЕДЕНИЕ.....</u>	30
1.1. Творчество как вид человеческой деятельности. Характеристики творческого процесса.....	32
1.2. Кризис потери творчества	40
1.3. Танатотерапия как модель «дна» творческого бессилия личности, проживающей кризис потери творчества.....	44
<u>Выводы по главе 1:.....</u>	48
2.1. Самоисследование: анализ индивидуального клиентского опыта работы в рамках танатотерапевтических сессий.....	49
2.2. Анализ клиентского случая танатотерапии проблемы потери творчества	51
2.3. Обсуждение результатов эмпирического исследования.....	52
<u>Выводы по главе 2:.....</u>	55
<u>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</u>	57
<u>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:.....</u>	58
8. Леви Т. С. Психологическая граница как телесный феномен	80
Глава 1. Теоретическая.....	105
1.1.Психологическая характеристика подросткового возраста.....	105
1.2.Психосексуальное и физическое развитие подростков.....	108
Закон контакта в ТТ: дать другому человеку можно не больше, чем он может взять, и наоборот, другой может взять не больше, чем ему могут дать. Воздействие, осуществляемое в ТТ, является результатом взаимодействия между клиентом и ТТ-том.....	112
<u>Формирование и проявление феномена созависимости в отношениях.....</u>	116
<u>Источники психосоматических заболеваний при созависимости</u>	116
1.3. Танатотерапия как психотерапевтический метод	218
В настоящее время все более актуальной становится проблема профилактики и лечения психосоматических заболеваний. По данным E.Stromgren и V.Lunn пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями, составляют примерно одну пятую часть от всех лиц, обращающихся за медицинской помощью, а врачи тратят на этих пациентов около половины своего рабочего времени. При этом зачастую снять остроту и тяжесть симптоматики людей с такого рода заболеваниями можно, используя психологические методы. Это вытекает из понимания механизмов развития психосоматических заболеваний.	219
Наряду с предрасположенностью к такого рода заболеваниям, значимое место в их образовании занимает психический конфликт, который, оставаясь нерешенным, систематически вызывает определенного рода эмоции, приводящие к определенному сдвигу в телесном функционировании (Фр.Александер, 2006). Важно учитывать также, что те симптомы, которые возникают содержательно и структурно зависят от характера и хода социализации конкретного человека, зачастую имея знаково-символический	

<u>характер, и вписан в контекст межличностных отношений (В.В. Николаева, 2009). Таким образом, если справедливо влияние психического на телесные симптомы, то также имеет место быть и обратная связь – тела на психику.</u>	219
<u>В связи с этим, по-нашему мнению, при работе с психосоматическими больными эффективными могут оказаться именно телесно-ориентированные методы, в частности метод танатотерапии. Техники этого метода приводят к максимальному расслаблению тела, в результате чего тело (и даже чувства) клиента «заземляется», активизируются процессы поглощения энергии. Все это приводит к отсутствию необходимости привычных паттернов и защит, а значит и привычному телесному реагированию на проблему.....</u>	219
<u>Анализ того, что происходит в процессе такой работы, мы на примере больных нейродермитом. Нейродермит, как известно, является психосоматическим заболеванием, которое не только впервые возникает, как правило, после сложной для человека ситуации, вызвавшей серьезные переживания, но и характеризуется рецидивирующем течением и наличием осложнений при невозможности исключить (или хотя бы облегчить) психический фактор</u>	219
<u>Таким образом, целью данной работы является, с одной стороны, изучение психологических факторов, влияющие на симптомообразование при нейродермите, а с другой, воздействие на эти факторы методом танатотерапии для минимизации их влияния.....</u>	219
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР.....	220
<u>1.1. Нейродермит как психосоматическое заболевание.....</u>	220
<u>Нейродермит (от лат. neuro – нерв и греч. dérma — кожа) представляет собой нейро-аллергическое заболевание кожи, первым и ведущим симптомом которого является зуд, видимые клинические проявления на коже развиваются позже. Нейродермит подразделяют на ограниченный и диффузный (рассеянный, разлитой).</u>	220
<u>При ограниченном Нейродермите процесс обычно локализуется на лице, задне-боковой поверхности шеи, локтевых сгибах, подколенных впадинах, внутренней поверхности бёдер, половых органах, анальной области. Очаги поражения имеют овальные очертания с нерезкими границами и незначительными явлениями воспаления. Кожа в очагах уплотнённая, рисунок её подчёркнут, видны отдельные узелковые высыпания, отрубевидного характера чешуйки, расчёсы, кровянистые корочки.</u>	220
<u>У больных диффузным нейродермитом процесс более распространён, очаги поражения синюшно-красного цвета, уплотнены, вокруг — единичные узелковые элементы. Иногда обнаруживаются сочные чешуйки и корочки — так называемая экссудативная форма нейродермита. На местах бывших высыпаний может длительно сохраняться бурая пигментация (Скрипкин Ю.А., 1967).....</u>	220
<u>Нейродермит является классическим психосоматическим заболеванием, и вместе с таким заболеваниями, как бронхиальная астма, сахарный диабет, ревматоидный артрит, язвенный колит, язвенная болезнь 12-перстной кишки</u>	

<u>и эссенциальная гипертония, составляет так называемую «святую семерку» («holy seven»), к которой относят болезни, роль психологических факторов в возникновении которых считается доказанной (Менделевич, 2008). В связи с этим вначале интересно остановиться на особенностях психосоматических заболеваний как таковых, а затем перейти к анализу собственно нейродермита.....</u>	<u>220</u>
<u>1.2. Особенности нейродермита как кожного заболевания.....</u>	<u>224</u>

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Способность к творчеству расширяет возможности развития личности и совершенствования любой деятельности (Д.Б. Богоявленская, Э. де Бено, Дж. Гилфорд, А.Н. Лук, А.М. Матюшкин, Я.А. Пономарев, Д.В. Ушаков, В.Д. Шадриков). Творчество – глобальная теоретическая проблема психологии, в которой в особом преломлении отражаются все ее узловые вопросы: когнитивные процессы, личность, физиологическая база, социокультурная сфера (А.В. Брушлинский, Л.Л. Гурова, А.Н. Леонтьев, В.А. Мазилов, Е.П. Торранс, Дж. Уоллес, Е.Л. Яковлева и др.). Повышенное внимание уделяется творчеству и в современной социальной психологии: транзитивное общество подразумевает определенный «социальный заказ» на творческую личность, способную предлагать нестандартные и эффективные решения. Сегодня творчество все больше воспринимается как составляющая общественного прогресса. Способность к инновациям начинает приобретать большее значение, чем репродукция готовых форм. При этом исследования в направлении изучения «мужества» личности в творчестве, как необходимом результате человеческого бытия немногочисленны и неоднозначны (Р.Мэй).

Анализ основных направлений исследования психологии творчества, творческих способностей и творческой личности свидетельствует о недостаточной разработанности вопросов потери возможности творчества для человека, вкушившего его; особенностей проживания и совладания творческого субъекта с данным особым духовным кризисом (В.В. Козлов, Е.Э. Газарова), создающим угрозу базовым экзистенциальным потребностям, личностной автономии и благополучию. Актуальной задачей психологической практики является поиск адекватных методов оказания помощи личности, столкнувшейся с потерей возможности творить.

Таким образом, высокая теоретическая и практическая значимость решения данной задачи в сочетании с недостаточной изученностью ряда ее аспектов и определяет актуальность данного исследования.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека, проживающего кризис потери творчества.

Предмет исследования – психологические особенности проживания и терапии проблемы потери творчества.

Цель исследования: исследовать возможности применения и эффективность танатотерапии в работе с кризисом потери творчества.

Общая гипотеза исследования: особенности работы в танатотерапии как методе психотерапии позволяют разрешить кризис потери творчества.

Частные гипотезы исследования:

1. Причиной трудности преодоления потери творчества является нарушение связи с процессами смерти и умирания (проблема перехода к иному качеству собственного Я): невозможность принятия смерти «социальной» личности субъекта творчества порождает проблему сверхконтроля сознания.

2. Танатотерапия позволяет в работе с телом воссоздать модель «дна» творческого бессилия (смерти) субъекта, проживающего кризис потери творчества, что

дает ему возможность обрести опору в осуществлении перехода на следующий уровень творческого развития.

3. Особенности работы в танатотерапии позволяют снизить сверхконтроль сознания, препятствующий переходу то *ставших неэффективными, отработанных субъектом творческой деятельности способов достичь творческого состояния сознания или справиться с его отсутствием*, к новым и воспринимающимся как «потеря себя», смертельным изменениям, обеспечивающим переход на следующий уровень творческого развития.

4. Особенности работы в танатотерапии позволяют восстановить природную опорность тела, обеспечивающую безопасность перехода к новому этапу личностного развития.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ основных подходов в изучении проблемы творческой деятельности, творческих способностей и творческой личности. Выделить теоретико-методологические основания изучения возможностей применения и эффективности танатотерапии в работе с кризисом потери творчества.

2. Провести анализ проблемы кризиса потери творчества в соответствии с методологией танатотерапии.

3. Определить результативность целенаправленного воздействия с помощью танатотерапии на индивидуальное «социальное тело» человека, проживающего кризис потери творчества, через самоисследование и анализ случая в рамках сеансов танатотерапии.

4. На основании теоретического исследования и результатов практической работы сделать соответствующие выводы о возможности применения и эффективности танатотерапии в работе с кризисом потери творчества.

Экспериментальная часть исследования организована в форме самоисследования клиента танатотерапевтической работы, студентки 2 года обучения долгосрочной программы Института танатотерапии по специальности «танатотерапевт-практик», а также анализа случая танатотерапии кризиса потери творчества.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют положения системного и субъектно-деятельностного подходов к исследованию психики (Л.И. Анцыферова, А.В. Брушлинский, В.В. Знаков, А.Н. Леонтьев, С.Л. Леньков и др.); отечественные и зарубежные концепции, отражающие проблему творчества и творческого мышления (Д.Б. Богоявленская, М. Вертгеймер, В.М. Вильчек, Дж. Гилфорд, В.Н. Дружинин, М.М. Кашапов, В.В. Козлов, А.Н. Лук, Р. Мэй, Я.А. Пономарев, Е. Торранс, Г. Уоллес, Д.В. Ушаков, В.Д. Шадриков и др.); теоретико-методические разработки в области психотерапии личностных кризисов (В.В. Козлов), телесно-ориентированный подход в психологии и психотерапии, концепция моделирующей телесности человека (Е.Э. Газарова), танатотерапия (В.Ю. Баскаков).

Методы исследования

В соответствии с целью и задачами исследования применялись следующие как общепсихологические, так и психотерапевтические методы и методики: теоретический анализ литературы, наблюдение, самонаблюдение, квазиэксперимент, танатотерапия, включившая комплекс практических психотехнических приемов («Театр прикосновений», «Телесная гомеопатия», «Телесная магия», «Последовательность предъявляемых опор»).

Достоверность и обоснованность результатов обусловлена логикой исследования, применением методов, адекватных его цели, задачам и гипотезам, эмпирической проверкой теоретических положений, положительными результатами практической психотерапевтической работы.

Научная новизна исследования

Творческое мышление, трудности развития субъекта творческой деятельности, особенности преодоления кризиса потери творчества рассматриваются в контексте

методологии танатотерапии (на примере анализа индивидуального клиентского опыта работы в рамках танатотерапевтических сессий и результатов практической работы в танатотерапии кризиса потери творчества).

Впервые выявлены особенности преодоления кризиса потери творчества в рамках танатотерапии: повышение телесной чувствительности, восстановление природной опорности тела, восстановление возможностей творческого мышления через обращение к различным видам и формам художественного творчества (создание продукта с помощью тела).

Теоретическая значимость исследования

Результаты исследования вносят вклад в изучение механизмов проживания и преодоления субъектом кризиса потери творчества. Уточнены этапы проживания кризиса потери творчества в соответствии с танатотерапевтическим пониманием сути проблемы.

Практическая значимость исследования

Полученные результаты, свидетельствующие о возможности применения и эффективности танатотерапии в работе с кризисом потери творчества, могут быть использованы в индивидуальной консультативно-психологической и психотерапевтической работе с людьми, столкнувшимися с потерей возможности творчества, при составлении групповых психотерапевтических программ, направленных на развитие творческих способностей и совершенствование возможностей творческого мышления, при подготовке и повышении квалификации психологов и психотерапевтов.

Глава 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСА ПОТЕРИ ТВОРЧЕСТВА

1.1. Творчество как вид человеческой деятельности. Характеристики творческого процесса

В самом общем виде понятие творчества включает в себя прошлые, сопутствующие и последующие характеристики процесса, в результате которого человек или группа людей создает что-либо, не существовавшее прежде [48].

Понимание креативности, творчества характеризуется необычайно широким диапазоном точек зрения: В.М. Бехтерев [по 48] трактует творчество, с рефлексологической точки зрения, как созидание чего-либо нового в ситуации, когда проблема-раздражитель вызывает образование доминанты, вокруг которой концентрируется необходимый для решения запас прошлого опыта. Д.Б. Богоявленская, З.Н. Калмыкова, А.М. Матюшкин и другие в целом понимают творчество как выход за пределы уже имеющихся знаний [37, 38, 42, 43]. Я.А. Пономарев [44, 49] понимает творчество и в самом широком смысле как взаимодействие, ведущее к развитию. А.А. Леонтьев [32] пытается подойти к проблеме творчества со стороны целостной личности в ее отношении к миру, независимо от вида и внутренней структуры той или иной конкретной деятельности, утверждает, что во всех видах творчества мы имеем дело с «самостоятельным «строительством» системы отношений между отдельной личностью и предметным и социальным миром, интегральной частью которого эта личность является. Новизна здесь не в объективно новом конечном продукте, а в самостоятельном созидании системы взаимоотношений с миром, или, лучше сказать, в преобразовании мира (отнюдь не обязательно «вещественного», скорее социального, мира деятельности и отношений...) через собственную деятельность» [32, с. 84].

Можно выделить четыре основных направления изучения креативности в зарубежной психологии [48]. Во-первых, творчество может изучаться по его продукту: по количеству, качеству и значимости (Ж. Тэйлор). Во-вторых, креативность

рассматривается как способность человека отказываться от стереотипных способов мышления (Дж. Гилфорд, Е. Торранс). Рядом исследователей креативность связывается с личностными чертами (К. Роджерс, А. Маслоу). Во многих работах креативность изучается как психический процесс (Т. Рибо и Дж. Уоллес).

Е.П. Торранс предлагает определять творчество как процесс, указывая, что, определив творчество как процесс, можно ставить вопросы о том, какого типа личностью надо быть, чтобы реализовать такой процесс, какая среда ему способствует, и какой продукт получается в результате успешного завершения этого процесса [51, 58, 59].

В отечественной психологической науке проблема творчества рассматривалась в связи с проблемой способностей. Б.М. Теплов рассматривал способности как индивидуальные особенности, обуславливающие успешность выполнения какой-либо деятельности [57]. Исследование личностных особенностей одаренных детей было осуществлено Н.С. Лейтесом [31], выделившим в качестве базовых факторов интеллектуальной одаренности активность и саморегуляцию.

Я.А. Пономарев [44] рассматривал творчество в широком смысле как механизм развития, как взаимодействие, ведущее к развитию.

К синтетическому подходу в отечественной психологии могут быть отнесены работы Д.Б. Богоявленской [5, 6], для которой основным показателем творческости является ситуативно-нестимулированная интеллектуальная активность личности, проявляющаяся в стремлении выйти за пределы заданной проблемы, сочетающая в себе два компонента: познавательный (общие умственные способности) и мотивационный.

Подход к одаренности как к интегральному явлению был осуществлен А.М. Матюшкиным [37, 38, 43], выдвинувшим концепцию одаренности как общей психологической предпосылки творческого развития. В соответствии с этой концепцией, выделяются следующие структурные компоненты одаренности: доминирующая роль творческой мотивации; исследовательская творческая активность, выражаясь в постановке и решении проблем; возможность достижения оригинальных решений; возможность прогнозирования и решения; способность к созданию идеальных эталонов, обеспечивающих высокие эстетические, нравственные, интеллектуальные оценки. Соответственно, центральное положение А.М. Матюшкина о творческом потенциале индивида как особенности его личности утверждает атрибутивный характер творческой составляющей по отношению к личности, ее производность от человека [43].

Среди исследователей-гуманитариев автором наиболее развернутой системы представлений о природе творчества является В.М. Вильчек [10]. С его точки зрения, природа творчества основана на природе человека как вида, который утратил в результате мутации инстинктивную видовую программу деятельности. Отсюда неизбежно возникли дефекты, нарушения основных взаимосвязей: дефект деятельности (связь «человек – природная среда») и дефект отношений (связь «человек – человек»). Следствием этого стало изначальное отчуждение человека от природы и мира в целом. Заменой инстинктивной видовой программы, которая помогает животным адаптироваться в мире, у человека стала способность к подражанию «образцу» – животному, которое жило рядом с людьми и имело эту видовую программу. Поиск образца и породил творчество как специфическую активность по преодолению первоначального отчуждения, которое неустранимо никакими целенаправленными актами. Если следовать мыслям В.М. Вильчека, труд – есть необходимость (целенаправленная), творчество – замена инстинкта – деятельность самоценная (абсолютная необходимость).

В.Н. Дружинину [15] близка позиция В.М. Вильчека, за исключением сведения творчества к деятельности. Творчество, в отличие от различных форм адаптивного поведения, происходит не по принципам «потому что» или «для того чтобы» (каузальному и телеологическому), а «несмотря ни на что», т.е. творческий процесс является реальностью, спонтанно возникающей и завершающейся. Дружинин выделяет следующие признаки творческого акта: спонтанность творческого акта, пассивность воли

автора (эффект «бессилия воли» – человек не способен управлять потоком образов), и измененность состояния его сознания в момент вдохновения, активность бессознательного («сознание становится пассивным экраном, на который человеческое бессознательное отображает себя» [15, с. 162]); и утверждает, что перечисленные признаки говорят об особых отношениях сознания и бессознательного.

Сознание (сознательный субъект) пассивно и лишь воспринимает творческий продукт. Бессознательное (бессознательный творческий субъект) активно порождает творческий продукт и представляет его сознанию (В.Н. Дружинин, В.Н. Пушкин). Иначе, по утверждению В.Н. Пушкина, выглядит осуществление рационально и сознательно управляемой деятельности, которая всегда целесообразна – реализуется другое отношение: активность сознания и рецептивная роль бессознательного, которое «обслуживает» сознание, предоставляя ему информацию [47, 49]. Таким образом, главная особенность творчества связана со спецификой протекания процесса в целостной психике как системе, порождающей активность индивида.

С позиции субъектно-деятельностной концепции (А.В. Брушлинский, В.В. Знаков, С.Л. Рубинштейн), человек как субъект – творец своей истории, вершитель своего жизненного пути в определенных социально-экономических условиях [8, 18]. В таком смысле деятельность субъекта всегда является творческой (хотя бы в минимальной степени). По утверждению А.В. Брушлинского [8], изучение мышления как процесса (хотя бы в минимальной степени всякое мышление – открытие нового) – один из путей психологического исследования творчества.

Творчество как вид человеческой деятельности, характеризуется следующими признаками:

- 1) наличие созидающей цели (социальная, личностная значимость и прогрессивность деятельности);
- 2) наличие противоречия, умение вступать в спор с общепринятым;
- 3) наличие объективных предпосылок и условий для творчества;
- 4) наличие субъективных предпосылок для творчества: личностные качества, мотивация, творческие способности и творческое мышление;
- 5) новизна и оригинальность процесса и результата [8, 22, 23].

В соответствии с позицией В.В. Козлова [26, 29], «творчество обладает качеством эзотерического знания, т.е. знания тайного, внутреннего, личностного, непонятного для других, скрытого, не имеющего вербальных форм выражения на уровне его процессуального исполнения» [26, с. 172]. В.В. Козлов подчеркивает необходимость интегративного анализа не только положительных сторон творчества, что ведет к идеализации этого процесса, но и негативных, деструктивных его элементов, связанных с нарушением привычной системы упорядоченности [26, 29]. Один из ведущих представителей американской экзистенциальной школы, Р. Мэй [39] отмечает, что на проблему «мужества в творчестве» редко обращают внимание исследователи.

Бессознательное в творчестве

Если в творчестве доминирует бессознательное, то каковы причины этого явления? Иными словами, что такое существует в бессознательном, чего нет в сознании, и что делает бессознательное преимущественно важным в творчестве? По мнению Д.В. Ушакова [53], сознание связано с упорядоченностью, а бессознательное – с хаосом. Тогда сознательные процессы выступают в качестве упорядоченной силы, задающей направление развитию знаний, а момент возникновения нового, близкий по своей сути биологическому понятию мутации, оказывается лишенным сознательного контроля. Современные когнитивные модели очень хорошо показывают, каким образом происходит анализ задачи и выработка схем, направленных на поиск в структурах долговременной памяти. Однако, как известно, эти схемы достигают успеха только в случае нетворческих задач, причем все происходит на сознательном уровне. Бессознательная работа начинается на следующем этапе, когда схемы не привели к успеху. Д.В. Ушаков [53] предполагает,

что структуры долговременной памяти могут продолжать взаимодействие помимо «центрального процессора», т.е. поля сознания. Сознательная работа, постоянно актуализируя и комбинируя различные структуры, как бы «заряжает их энергией», которая заставляет их «подавать голос» в то время как поле сознания уже занято другим.

Обобщая все сказанное, Д.В. Ушаков заключает – сознание связано с хорошо структурированным знанием, применяя которое, субъект способен осуществлять все необходимые операции при возникновении новых задач. В рамках такого знания могут ставиться сознательные цели, разрабатываться и реализовываться планы. Творчество в границах сознательно поставленных заданий запускает процессы, успех которых не гарантирован наличием упорядоченности. Осознанный уровень не допускает мутаций, он связан с сохранением и гармонизацией. Другой аспект проблемы сознательности – отсутствие усилий в момент рождения новой идеи. Волевые усилия также являются осознанным процессом. Можно представить и запомнить совершенные при решении операции, однако, сам процесс поиска, видимо, очень плохо поддается осознанию [53].

Интересное мнение о роли бессознательного в творчестве и вероятностную модель бессознательного представляют В.В. Налимов и Ж.А. Дрогалина [40], которые творческую деятельность понимают как неосознанную медитацию (приемы обращения к бессознательному).

В процессе творчества решающую роль играет постановка проблемы. Свертывая прошлое по функции предпочтения, порожденной вопросом, мы получаем ту новую систему ценностных представлений, в которых реализуется творчество. Озарение, в таком случае – выбор функции предпочтения (осуществляется по средствам образа из семантического пространства). Видимо, образы из культурного наследия не всегда отчетливо записываются в сознании. Осознаваемая человеком деятельность начинается лишь, когда эта перестройка произошла. Всё основывается на умении взаимодействовать с семантическими полями. Каждый творец сам для себя находит свои пути выхода в изменённое состояние сознания. Семантическое поле играет роль той среды, через которую происходит взаимодействие. Человек взаимодействует с собой или с другими людьми с помощью дискретов – слов или символов. Их порождение и понимание представляет собой процесс взаимодействия. Семантическое взаимодействие людей, описанное через модель бессознательного, возможно только в силу размытости как самой психики человека, так и семантики слов и символов.

Таким образом, творчество – перестройка вероятностей в семантическом пространстве, возможная благодаря выходу в бессознательное [40].

В исследованиях С.С. Беловой [4] представлена модель решения творческих задач на основе принципов символьных когнитивных архитектур: процесс творческого мышления разворачивается на основе концептуального знания, хранящегося в долговременной памяти в форме сети взаимосвязанных узлов (семантической сети). Процесс решения заключается в движении по сети, по ходу которого происходит извлечение узлов, обеспечиваемое их активизацией. Такая система позволяет рассматривать индивидуальные различия в креативности как различия в связях между узлами сети; логический режим мышления – как сильную активизацию небольшого количества узлов сети, интуитивный – как менее выраженную активацию большего количества узлов; приемы содействия творчеству (например, внешние подсказки) – как дополнительную стимуляцию участков сети.

По мнению Д.В. Ушакова [52], в контексте изучения творчества когнитивные механизмы предстают под особым углом зрения, т.к. функционируют в особом режиме (интуиция оттесняет логику, бессознательное – сознание). Это происходит, например, в том случае, когда в сфере внимания проводится различие между фокальным и периферийным, в памяти выделяется «плоская» или «крутая» ассоциативная иерархия, в мышлении вдруг обнаруживается первостепенная роль интуиции. В рамках проблемы творчества в когнитивных процессах выделяются те аспекты, которые в контексте

простого воспроизведения, функционирования выглядят странными сбоями, непонятными отклонениями когнитивной системы от реализации ее основных целей [52, 53, 54].

Творчество – не только когнитивный процесс, но и процесс, вовлекающий в себя целостную личность [6, 22, 26, 38, 46]. Творческая способность предполагает такие черты личности, как независимость, уверенность в себе, склонность к риску, эстетическая ориентация, способность переносить неопределенность, юмор, порой импульсивность.

Творческий процесс и творческие способности основаны на физиологической базе [6, 50, 52]. Учение А.А. Ухтомского о доминанте и функциональная асимметрия мозга, по мнению П.В. Симонова [52], – наиболее тесно связанные с психофизиологией творчества разделы физиологии высшей нервной деятельности. В последних исследованиях развивается многоуровневая концепция творческих способностей [6, 52]. При этом на каждом уровне есть общее звено, представляющее собой «функционально смешанную парадигму», «двойное сознание», связанные с двумя работающими в оппозиции когнитивными подсистемами – вербально оперирующей левополушарной и образно-эмоционально оперирующей правополушарной.

В.В. Козлов [28] творческий акт определяет через расширенные состояния сознания, пребывание в которых сводится к следующим качественным различиям: трансценденция Эго, пространства и времени, апрагматичность.

Творчество является также процессом, анализ которого проводится на социальном и культурном уровнях. Влияние среды на креативность прослежено и на микроуровне – условия обучения, семейного взаимодействия [6, 31, 32, 57]. С другой стороны, творчество является важнейшей стороной и детерминантой культуры и, более того, ноосфера, в понимании В.И. Вернадского. Именно благодаря творчеству происходит развитие человеческой цивилизации [26, 53, 39]. Более того, современное творчество становится все меньше связанным с индивидом и все больше – с коллективами, организациями и «сетями» [52].

Этапы творческого процесса и результат творческой деятельности

Я.А. Пономарев [44, 46] говорит о том, что процесс решения творческой задачи можно расчленить на две основные фазы: интуитивного поиска и получения интуитивного эффекта; вербализации, формализации.

Вторая фаза относительно подробно изучена в психологии; первая – недостаточно. Я.А. Пономарев утверждает, что «логическое решение творческой задачи возникает лишь на базе интуитивного, т.е. тогда, когда задача фактически уже решена» [44, с. 194]. Логическое решение побуждается потребностью передать интуитивно найденное другому человеку, обосновать, доказать правомерность такого решения и т.д. Здесь и возникает необходимость выразить решение в языке, вербализировать его, а иногда и формализовать (оформить логически).

Г. Уоллес выделил четыре шага творческого процесса: подготовка, инкубация, озарение, пересмотр [57]. Этот подход затем развивали Э. де Бон, А.Ф. Осборн, К. Патрик, С.Дж. Пэрнс и др.

Е.П. Торранс указывает, что практически «процесс Уоллеса» лежит в основе любого существующего метода систематического обучения творческому мышлению [57, 59].

А. Маслоу [23, 36], описывая творческую деятельность, указывает на две ее фазы: первичная фаза импровизации и воодушевления (основной мотив возбуждения – в форме интереса); вторичная фаза разработки и развития исходного вдохновения и идей, возникших на первой фазе.

А.Н. Лук [34], проанализировав представления различных авторов, заключает, что в структуре творческого акта можно выделить следующие этапы:

1. *Накопление знаний и навыков, необходимых для четкого уяснения и формулирования задачи.* Четкая формулировка задачи – это половина решения.

2. *Сосредоточенные усилия и поиски дополнительной информации.* Если задача все же не поддается решению, наступает следующий этап.

3. *Уход от проблемы, переключение на другие занятия.* Этот период называют *периодом инкубации*. Как будто бы лучше всего в это время заниматься умственной работой, требующей сосредоточенности и логических рассуждений, но здесь возможны большие индивидуальные различия.

4. *Озарение, или инсайт.* Инсайт – это не всегда гениальная идея. Порой это весьма скромных масштабов догадка. Внешне инсайт выглядит как «логический разрыв, скачок в мышлении, получение результата, не вытекающего однозначно из посылок» [34, с. 120].

5. *Верификация, или проверка.*

Основываясь на концепции Я.А. Пономарева, а также, учитывая достижения гештальт-терапии, М.М. Кашапов [23] выделяет следующие этапы творчества:

1. *Этап логического анализа:* потребность в новой идее, выделение проблемы, доминирование сознательных процессов, наличие предварительных знаний, рождение замысла (осознание его социальной ценности), сознательная работа над проблемой, переход от рассматриваемых альтернатив к нескольким решениям.

2. *Этап интуитивного решения:* нахождение принципа решения проблемы, подготовленное неосознанным способом поиска решения (озарение после бессознательной работы).

3. *Этап вербализации интуитивного решения.* Осознание пути и способа решения проблемы – максимально присутствие логической формы мышления.

4. *Этап формализации верbalного решения.* Цель – развитие идеи, ее обработка, представление в виде какого-либо образа, объективация творческого произведения.

Интегрируя имеющиеся подходы, можно сделать вывод о том, что в процессе решения творческой задачи чередуются этапы сознательной и бессознательной работы. Таким образом, можно говорить о четырех основных этапах любой творческой деятельности: *подготовка* (сознательная работа): накопление знаний и навыков, необходимых для формулирования и решения задачи; *созревание* или *инкубация* (бессознательная работа): уход от проблемы, переключение на другие занятия; *вдохновение* (переход от бессознательной к сознательной работе) или озарение (инсайт); *развитие идеи* (сознательная работа): проверка истинности, окончательное оформление.

Решение считается творческим, если соответствует требованиям (роль которых в разных ситуациях неодинакова): адекватности, т.е. решение является действительно решением, оригинальности, новизны, доработанности, иными словами, «решением считается не просто хорошая идея, а непременно осуществленная идея; изящество и простота» [34, с. 120]. Самый трудный критерий: творческое решение меняет существующие методы, традиции, основные принципы или взгляд людей на мир.

Особенности творческого мышления

В историческом плане особенности творческого мышления как продуктивного процесса наиболее полно были изучены в гештальтпсихологии. Гештальтпсихология (М. Вертгеймер, К. Дункер, В. Келер, К. Коффка, Л. Секей) описывает мышление как процесс преобразования познавательных структур в проблемных ситуациях, благодаря чему мышление приобретает продуктивный характер [9]. В работах гештальтпсихологов было отмечено существование специфической особенности продуктивного мышления, которая проявляется в выделении субъектом в проблемной ситуации «новых», латентных свойств и отношений объекта, присущих ему, но ранее не воспринятых. Продуктивность мышления зависит от того, насколько успешно объект может отражаться в совокупности латентных свойств. Важно не только удержать контекст исходной ситуации, но выйти за ее рамки, сохраняя связь с самой ситуацией, продолжая видеть не только объект, но и его латентные свойства, а также уметь менять интерпретацию свойств [9, 16, 22]. М. Вертгеймер [9] выделил две важные особенности творческого мышления: адаптивность (творческие процессы направлены на улучшение ситуации) и структурность

(в процессе решения происходит анализ особенностей проблемной ситуации и изменение функциональных значений отдельных элементов ситуации в рамках целостной структуры). Целостность ситуативной структуре придает цель деятельности, поэтому все элементы ситуации и мыслительные операции по их преобразованию соотносятся с поставленной целью.

Американский психолог Дж. Гилфорд [по 42] выделил два вида продуктивного мышления, порождающих новую информацию из уже известной: конвергентное (последовательное, логическое, одностороннее) и дивергентное (альтернативное, отступающее от логики) или творческое. «При операциях дивергентного мышления мы мыслим в различных направлениях, иногда исследуя, иногда отыскивая различие. В процессе конвергентного мышления информация приводит нас к одному правильному ответу или к указанию лучшего или обычного ответа» [42, с. 435].

Конечный мыслительный продукт, полученный с помощью дивергентного мышления, представляет собой разнообразие возможных ответов; полностью не определяется данной информацией [42]. Таким образом, дивергентное мышление это не направленное мышление, а способность видения других атрибутов объекта.

Е.П. Торранс следующим образом определяет творческое мышление – «процесс ощущения трудностей, проблем, разрывов в информации, недостающих элементов, выдвижения гипотез относительно этих недостающих элементов, проверка и оценка этих гипотез; их пересмотр и перепроверка; сообщение результата» [51, с. 10].

Еще одной чрезвычайно популярной концепцией является концепция «Латерального мышления» Э. де Бено [7], который в качестве творческого мышления предлагает рассматривать «латеральное» – буквально «боковое» – мышление. Латеральное мышление характеризуется наличием двух целей: генерация идей и высвобождение от оков старых представлений. Можно выделить следующие отличия латерального мышления от прямого:

1. Прямое мышление ориентируется на постепенное накопление информации. Для латерального мышления важен только конечный результат. Оно может двигаться скачками, и решения могут искаститься на путях, далеких от прямого.

2. Латеральное мышление носит синтетический характер. Прямое – аналитический.

3. В прямом мышлении человек отбирает нужную для решения информацию. В латеральном – постороннюю.

4. Прямое мышление сосредоточено на одном результате (цели). В латеральном мышлении заданного результата нет, приветствуются любые догадки.

5. В латеральном мышлении больше выражен интуитивный компонент.

6. Ошибки, возникающие в ходе прямого мышления, приводят к тому, что результат теряется. При латеральном мышлении ошибки могут способствовать решению задачи [7].

В отечественной психологии сторонники рассмотрения творчества со стороны его продукта акцентируют внимание на его новизне, оригинальности. В этом случае творческая деятельность противопоставляется репродуктивной. Реализация этого подхода предполагает поиск критериев «творческости». Ее связывают с появлением новых перцептивных образов (В.П. Зинченко), знаний (В.В. Давыдов), целей и смыслов (А.Н. Леонтьев, О.К. Тихомиров, Е.Л. Яковлева), способов действий (Я.А. Пономарев, Д.В. Ушаков), познавательной мотивации (А.М. Матюшкин, Е.И. Щебланова), оригинальности продукции, легкости создания новых образов и т.п. Единый психологический критерий продуктивности и творческости не описан. Ряд отечественных исследователей указывает на отсутствие принципиальных различий между продуктивной и репродуктивной деятельностью, особенно со стороны процесса творения и субъекта, участвующего в творческом акте (А.В. Брушлинский, Л.Л. Гурова).

В психологии творческого мышления сложились два основных подхода: операциональный (когнитивный) и мотивационно-личностный (социально-личностный). Эти подходы отражают психологическое содержание мышления как психического процесса, включающего и логические, и эмоциональные компоненты. Операциональный подход делает акцент на изучении логических компонентов, мыслительных действий в их функционировании и развитии. Мотивационно-личностный исследует мышление как познавательную деятельность целостной личности. Исследователи, рассматривая сложные взаимосвязи между мотивационными и операциональными сторонами творческого мышления, показывают роль операционального компонента – действий и средств – как фундамента мыслительной деятельности, позволяющего гибко разрешать проблемные ситуации [1, 16].

В психологическом словаре *творческое мышление* определяется как вид мышления, характеризующийся созданием нового продукта и новообразованиями в самой познавательной деятельности по его созданию [45]. Эти новообразования касаются мотивации, целей, оценок, смыслов. Творческое мышление отличается от процессов применения готовых знаний и умений, называемых репродуктивным мышлением (В.А. Мазилов) [35]. Выделяют два вида творческого мышления: вербальное, оперирующее словесными образами, и невербальное, оперирующее невербальными образами и материалами. Среди исследователей до сих пор нет единого представления о соотношении данных видов творчества у взрослых людей [22, 34, 37, 52].

Р. Гут в своей статье «О творчестве в науке и технике» [13] рассматривает творчество как процесс целиком мыслительный и дает собственное определение творчества: *продуктивная мыслительная деятельность, позволяющая достичь нового результата путем разрешения некоторого противоречия*. Творческая задача – задача на преодоление противоречия. Противоречие – есть необходимость для одного и того же объекта обладания двумя свойствами (или группами свойств), наличие каждого (каждой) из которых делает невозможным наличие другого (другой). Принцип решения творческой задачи: противоречие разрешается методом разделения по обобщенным координатам. Разделение реализуется введением в пространство состояний новой обобщенной координаты, которая и становится носителем требуемого противоречивого свойства.

Таким образом, эти определения позволяют различать творческий характер мышления (независимо от субъективной или объективной новизны результата) и нетворческий.

Механизм творческого мышления как способа конструктивной саморегуляции и саморазвития личности в проблемно-конфликтной ситуации составляет конфликт интеллектуальных содержаний и рефлексивно-осмысленных и отчужденных личностных содержаний [21, 35, 46, 52]. Рождение нового связано с нарушением привычной системы упорядоченности за счет переструктурирования знания или достраиванием знаний посредством выхода за пределы исходной системы знаний (В.А. Мазилов, Я.А. Пономарев, Д.В. Ушаков). М.М. Кашапов [21] в контексте метакогнитивного подхода в качестве психологических механизмов, способных оказывать влияние на развитие и функционирование качеств творческого мышления, представляются: позитивное переструктурирование своего опыта (обеспечивающее самораскрытие творческого процесса), поиск неизвестного с помощью механизма «анализ через синтез» (С.Л. Рубинштейн), поиск неизвестного на основе взаимодействия интуитивного, спонтанного и логического, рационального начал, ассоциативного механизма, соотношения интериоризации и экстериоризации (через переформулирование требований задачи, рассмотрение крайних случаев, блокирование составляющих, аналогию), механизм творческой рефлексии, перехода с ситуативного на надситуативный уровень, механизм когнитивной интеграции различных операционных элементов (перцептивных, логических, интуитивных), адресованных разным аспектам действительности, механизм синергетической альтернативы, интерпретационных обобщений.

В данной работе мы опираемся на интегративный подход к изучению креативности, как проявлению взаимной детерминации способностей и мотивационно-ценостной сферы личности, связывающий мышление и деятельность (Д.Б. Богоявленская, А.В. Брушлинский, Л.Л. Гурова, М.М. Кашапов, А.М. Матюшкин, Я.А. Пономарев, О.К. Тихомиров).

1.2. Кризис потери творчества

Анализ основных направлений исследования психологии творчества, творческих способностей и творческой личности свидетельствует о недостаточной разработанности вопросов потери возможности творчества для человека, вкушившего его; особенностей проживания и совладания творческого субъекта с данным особым духовным кризисом (Е.Э. Газарова, В.В. Козлов), создающим угрозу базовым экзистенциальным потребностям, личностной автономии и благополучию [29, 11].

Кризисы – это психические состояния, которые, по определению Н.Д.Левитова, являются целостной характеристикой психической деятельности на определенном отрезке времени, показывающей своеобразие протекающих психических процессов в зависимости от отраженных предметов и явлений, предшествующих состояний и свойств личности. По своей структуре психические состояния – это своего рода синдромы, отличающиеся по знаку (позитивные или негативные), предметной направленности, длительности, интенсивности, устойчивости и одновременно проявляющиеся в познавательной, эмоциональной, волевой и других сферах психики [по 27].

Кризис, по Е. А.Климову, столкновение внешних и внутренних условий развития, сопровождающееся сильными эмоциональными переживаниями, нарушениями непрерывности развития и переходом психического склада человека к новой качественной определенности [по 24].

Переход от одной личностной целостности к другой Э. Эриксон [по 56] называет *кризисами* - временем усиливающейся уязвимости и одновременно возрастающего потенциала человека.

По определению Кашапова М.М., кризис - состояние душевного расстройства, вызванное неудовлетворенностью человека собой, своими успехами и взаимоотношениями с окружающими [24].

Таким образом, кризис является своего рода поворотной точкой в развитии, где возможен как прогресс – восхождение на более высокую ступень развития, так и остановка в развитии, застревание в зоне кризиса.

Мы придерживаемся взгляда, что кризисные состояния - неотъемлемая часть жизни, личностного развития каждого человека; кризисы – жизненные периоды, максимально благоприятные для повышения уровня развития личности; кризисные изменения в значительной степени влияют на дальнейшее направление развития человека; и проявления различных видов кризисов имеют отличия.

Согласно концепции В.В. Козлова [27], кризисные состояния могут быть разделены на три вида: материальные, социальные и духовные. Каждое состояние вызывается изменениями в определенной структуре личности и, по-видимому, имеет свое содержание. Можно предполагать наличие как сходных проявлений этих кризисов (они одинаково оказывают дестабилизирующее влияние на личность), так и проявлений, отличающих один вид кризиса от другого. Однако пока не существует экспериментального подтверждения этому предположению.

В разных видах кризисов преобладают различные паттерны переживаний. Наиболее ярко выраженными характеристиками социального кризиса являются одиночество, неуверенность в себе, отчаяние, агрессия по отношению к окружающим, ощущение враждебности с их стороны, что определяется характером подструктуры «Я», которую задевает кризис: центром «Я» – социального является интегративный статус,

социальные роли, «социальное лицо» субъекта; поэтому чувства одиночества, неуверенности в себе, враждебности со стороны окружающих, как социальные по своей природе – являющиеся переживаниями человеком себя в социуме, - наиболее отчетливо представлены именно в этом виде кризиса; и, в свою очередь, могут служить его индикаторами.

В периоды духовного кризиса ведущими паттернами переживаний выступают обращение к Богу, размышление о смысле жизни, изменение системы ценностей, чувство одиночества и ощущение несправедливости жизни. Из перечисленного ряда описаний чувств первые три наиболее ярко представляют духовный переворот, совершающийся во время данного вида кризиса, когда, по-видимому, человек заново осмысливает основы нравственности, переоценивает собственные поступки с тем, чтобы выйти на новую ступень личностного развития.

Чувство одиночества в периоды духовного кризиса переживается как невозможность разделения окружающими переживаний человека, которые, по-видимому, ощущаются как слишком личные, содержащие «интимные, сакральные смыслы, касающиеся стержневых проблем бытия».

Ощущение несправедливости жизни, вероятно, в этом случае можно принять за проявление обычного для кризисного периода сниженного фона настроения, пессимистического отношения к жизни.

Следует заметить, что в данном виде кризиса совсем не выражены такие паттерны переживаний, как неуверенность в себе, агрессия по отношению к окружающим, что может свидетельствовать о том, что человек в зоне духовного кризиса слишком занят своими переживаниями и на время «выпадает» из жизни социума, что может стать новым источником проблем как для данного человека, так и для его близких. Еще одним подтверждением этой гипотезе служит тот факт, что в выделенные характеристики духовного кризиса не входит ни одно описание переживания человеком себя в социуме.

В качестве особенностей материального кризиса можно выделить большую выраженность таких смысловых единиц, как чувство отчаяния, агрессия по отношению к окружающим, концентрация на телесных ощущениях, жалость к себе и страх смерти. Эти данные объективно свидетельствуют о выраженной специфике этого вида кризиса, как и двух предыдущих. В период материального кризиса человек также захвачен более личными переживаниями, чем переживаниями относительно своих отношений с другими людьми, что сближает этот вид кризиса с духовным, но противопоставляет материальный и духовный виды кризисов социальному. Однако данный вид кризиса отличается от духовного тем, что переживания человека в данном случае касаются не его духовного мира, а его материального «Я», то есть «образа телесности и телесности как таковой, а также «предметного мира, переживаемого как принадлежащего личности» [27], что подтверждается существенной выраженностью такой смысловой единицы, как концентрация на телесных ощущениях.

Кризис потери творчества отличается силой и продолжительностью переживаний. Трагизм творчества - в сокрушительной силе эмоций, связанных с потерей возможности творить. И когда интенсивность шоковая - потеря грозит смертью или безумием, и всегда оборачивается тоской.

Тоска сопровождается чувством потери себя, своих наиболее важных атрибутов, своих способностей, лишает возможности самореализации и опоры. Такой духовный кризис ставит задачу выживания личности, ее роста и совершенствования.

Потеря творчества является травмирующим событием, которое может быть как внешним ударом, так и внутренним, все более усиливающим напряжение. Потеря способности творить может наступить в результате единичного катастрофического происшествия (например, потеря слуха у музыканта) или стать результатом серии накопившихся неудач (невостребованность картин художника, научных статей ученого, проектов изобретателя) [29].

Тоска по творчеству загоняет человека в уязвимое психоэмоциональное состояние, вызывает раздражительность, тревогу, усиливает напряжение и беспокойство. У человека часто возникает ощущение, что ему чего-то недостает, но он не может понять, чего именно; это нечто смутное, неуловимое, не имеющее определенной предметной формы.

К этому постепенно добавляется ощущение неподлинности и пустоты повседневной жизни. Начинает происходить глобальная переоценка жизни. Причем часто новые ценности еще не видны, а лишь разрушаются старые - теряется ценность всего, что человек ценил раньше. Потеряв творческий поток, человек начинает *искать исток и назначение жизни*. На этой стадии человеку свойственно неверно понимать и неверно истолковывать свое состояние. Не понимая значения этих новых умонастроений, многие считают их отклонением от нормы и, будучи встревоженными возможностью утраты психического равновесия, люди стараются как-то бороться с этими проявлениями потери творчества. Состояние тревоги и беспокойства становится все более мучительным, а ощущение внутренней пустоты - невыносимым. Все, что составляло жизнь человека, большей своей частью исчезает, рушится, как сон, тогда как новый свет еще не зажегся.

Нередко это состояние сопровождается нравственным кризисом. Проявляется или обостряется совесть; возникает новое чувство ответственности, а вместе с ним - тяжелое чувство вины и муки раскаяния...

Тщетное усилие вновь достичь творческого потока проходит несколько стадий.

1) Вначале предпринимается попытка использовать собственные привычные методы решения проблемы. Для некоторых это - кофе, «длинная сигарета», для кого-то - прогулка по лесу, уборка рабочего места. В основном, у любого творческого человека есть некий ритуал, внутренняя настройка на «поток творчества», проявленная вовне последовательностью действий.

2) Когда это не помогает и беспокойство усиливается, то мобилизуются ранее не использовавшиеся резервные методы и стратегии преодоления. На этой стадии деятельность, которая ассоциируется с творческой энергией, как бы «откладывается». Личность предпринимает действия, которые уже никак не связаны с творческим поиском (разобраться с бумагами, сходить к другу в гости, съездить на дачу). На поведенческом уровне мы можем предположить, что человек отвлекается от творческой задачи и отступает от намерения вновь пережить «парящей души мгновение». Но он остается внутренне озабочен содержанием творческой деятельности, сознание (где бы ни гуляло, что бы ни делало тело) сфокусировано на отсутствии творчества. В обыденности это описывается как «душа не на месте» - беспокойство, тревога и тоска нарастают.

3) Если резервные стратегии не могут помочь в иницииации творческого состояния потока, напряжение продолжает возрастать до предела. В этот момент какой-нибудь катализирующий фактор (слово, взгляд, запертая дверь к соседу) может стать «последней каплей», приводящей человека в состояние мощного духовного кризиса, сопровождающегося личностной дезорганизацией и прекращением всякого сопротивления наступающей трагедии [29].

К большому сожалению, зов этого кризиса редко воспринимается как приглашение к духовному совершенствованию. Человек может выбрать и другие пути.

1. Обычная жизнь

Творчество часто - тяжкое бремя, мешающее наслаждаться радостями обычной человеческой жизни. Множество творческих людей - вслед за Вагнером, мечтавшим о тихой семейной жизни вдали от искусства, или за Булгаковым, воспевшим прелести «вечного дома с венецианским окном и вьющимся виноградом», - тосковали по нормальной, простой жизни.

В некоторых случаях личность постепенно восстанавливается после кризиса, достигая просто состояния равновесия без потуг какого-либо творческого созидания. Человек выбирает обыденную жизнь - «как все», соглашаясь с идеями, что он «уже сделал все, что мог», что «уже все написано и сказано», «зачем мучиться, хоть поживу как люди».

2. Смерть и рождение

Личность принимает вызов духовного кризиса и решает испить его чашу до дна. Человек выбирает усиливающееся состояние беспокойства, тоски, непонимания, «потери себя», усиление изначального ощущения депрессии и скорби. «И, брошенный судьбой, проживающий ложь жизни, абсурд существования, он превозмогает боль и свой вой в ужасе ночи на кладбище надежд. Он превозмогает глухие уши людей, судьбы и неба. И затем происходит пробуждение надежды и ожидания, новых сил, свежих соков жизни. В этих муках смерти и одиночества рождается demiurge, сильный духом, творящий и до последнего выдоха сохраняющий потенциал творца» [29, С. 74].

3. Безумие

Когда личность не может справиться с шоковой интенсивностью захлестнувших ее эмоций, высока вероятность наступления патологии сознания.

Творчество часто закономерно граничит с безумием. Невозможно опровергнуть печального факта, что среди обладателей больших талантов люди с теми или иными психическими расстройствами встречаются значительно чаще, чем среди населения в целом. Например, шизоидность, граничащая с шизофренией, многих выдающихся писателей и ученых: Декарта, Паскаля, Ньютона, Фарадея, Дарвина, Платона, Канта, Кафки, Эмерсона, Ницше и др. Психически болели Ф. М. Достоевский, В. Ван Гог, А. Стриндберг, Сальвадор Дали, Р. Шуман и многие другие. На разных этапах жизни более или менее выраженные признаки нездоровья обнаруживали Н. А. Некрасов, А. А. Фет, И. А. Гончаров, Л. Н. Толстой, А. М. Горький.

Выход за пределы разрешенного, за пределы обыденного очень часто сталкивает нас с запретительными механизмами культуры. Необычное часто воспринимается как безумное.

В случае кризиса потери творчества базовых реакций у личности не так уж и много:

- *Девальвация контакта с миром.*
- *Убегание в «иную» творческую реальность.*
- *Борьба с галлюцинаторными «врагами» в бредовой симптоматике.*

4. Самосожжение

Эта реакция на потерю творчества в основном встречается у мужчин, для которых она ассоциируется с девальвацией смысла жизни. Возникает классическое аутоагрессивное поведение. Пример Н. Гоголя показывает, что человек может довести себя до полного истощения и умереть: он перестал принимать посетителей, много молился, почти ничего не ел, а перед смертью двое суток провел на коленях перед иконой без воды и пищи.

Чувство неприкаянности, отчуждение, апатия, неверие в личные перспективы, снижение творческой и витальной активности в результате потери ресурсного состояния сознания приводят к замещающему поведению, к деструктивным суррогатным переживаниям. Суррогатные переживания «прилива творческой энергии» касаются измененных состояний сознания, которые индуцируются в основном алкоголем, наркотиками, экстатическими переживаниями от участия в тоталитарных сектах.

5. Суицид

Смерть является быстрым и решающим способом разрешения кризиса потери творчества, когда нет уже никакого стимула в душе, чтобы творить.

Суицид, как исход творческого кризиса, бывает предельно осознанным. *Суицидальный кризис* возникает при невозможности преодоления препятствия в достижении жизненно важной цели (творческого состояния) способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта.

На уровне феноменологии *кризис потери творчества* можно определить как острое эмоциональное состояние, характеризующееся психическим напряжением, тревогой, нарушением когнитивной и поведенческой активности. Такое состояние характеризуется сильными отрицательными эмоциями, чувством неопределенности, беспокойства, тревогой,

вплоть до дезорганизации, фиксацией на абсурде жизни вне творения, переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, одиночества, безнадежности, а также пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, выраженной затруднениями в планировании деятельности. Личность теряет энергию, общую витальность. Уменьшается коммуникативность, теряются социальные связи [29].

1.3. Танатотерапия как модель «дна» творческого бессилия личности, проживающей кризис потери творчества

В танатотерапии, в отличие от свойственного большинству психотерапевтических направлений «Янского» подхода (ставка делается на воздействие с целью изменений в какую-либо сторону), в основу положен именно «Иньский» подход, тотальное расслабление [2, 3, 11]. В указанном подходе созданы условия для встречи клиента с совершенно особенными характеристиками терапевтического контакта: дать другому человеку можно не больше, чем он может взять, и наоборот, другой может взять не больше, чем ему могут дать (закон контакта). Соответственно, воздействие в танатотерапевтическом контакте представляет собой результат взаимодействия между клиентом и терапевтом [3].

Избыток иньского компонента в социальной реальности принято воспринимать негативно (уступчивость, пассивность, остановка, бездействие, кома...). Так же уступить надвигающемуся покою, остановке привычной творческой активности в кризисе потери творчества – «смертельная» задача для творца, вот почему сам кризис редко им воспринимается как путь развития, качественного изменения собственного Я и возможностей творческой деятельности, заставляя изо всех оставшихся сил (перенапряженных янской суетой) сопротивляться переходу, за которым будет приобретено нечто иное, но для осуществления которого необходима смерть имеющегося.

В танатотерапии основная стратегия помощи направлена на движение к центру иньской составляющей – источнику янской активности, в нем находящемуся, что в итоге приводит к балансировке инь-янской составляющих, осуществляющей самим телом клиента (благодаря сочетанию в его пределах процессов «активизации» и «заземления») [3]. Источник янской активности, окруженный «океаном» иньской безмятежности и покоя, оказывается способным проявляться безопасно для человека (не приводя к «отреагированию») в своем концентрированном, мощном ресурсном значении при вступлении в контакт с новой реальностью собственной творческой способности в состоянии критических ее изменений.

В работе с кризисом потери творчества, на наш взгляд целесообразно обращаться к танатотерапии в первую очередь как к

- практике развития, имеющей прицельное телесное назначение (то есть, здесь работа ведется с телом и через тело).
- Тт: а) обращает внимание практикующего сразу на все его «составные части» - тело, дух, душу и социальную личность (Е.Э. Газарова); б) качественно, с минимальными погрешностями, обеспечивает дифференцирование и различие внутренних событий и состояний («что это», «из какой области», «почему», «для чего»); в) создает отличные предпосылки для развития гибкости мышления и повышает пластичность тела; д) снижает гиперконтроль, тормозящий развитие гибкости мышления и стимулирующий ригидность тела.
- исследовательскому методу Танатотерапия демонстрирует огромные возможности: психическое пространство раскрывает перед нами такие содержания, которые, казалось бы, могут появляться лишь у практикующих «крутые» тибетские или гималайские техники. Такие возможности, которые мы и не ожидали встретить у рядового социализированного человека, и которые далеко не всегда легко встраиваются в «логику жизни». Парадоксальность и разнообразие телесных

знаков здесь также велика, предсказуемость и повторяемость их весьма мала. Из общих закономерностей выявлено: чем больше практика в танатотерапии, тем быстрее и глубже психическое и телесное расслабление, а чем быстрее и глубже расслабление, тем умиротворенное состояние и выше вариативность и гибкость жизненных стратегий и тактик. С приобретенным опытом слой за слоем происходит постижение вглубь не только индивидуального и разных уровней Коллективного бессознательного, но и духовного пространства [11].

Танатотерапия (от греч. *thanatos* — смерть и *therapia* — лечение, уход, забота) — система ориентированной на тело психотерапии, затрагивающая область контакта с процессами умирания и смерти (В. Баскаков). Она позволяет моделировать реальную смерть через ее символическое представление (тотальное расслабление, сон, любое завершение/окончание/остановка, оргазм, сумасшествие, объектные/предметные характеристики тела) [3].

Выделенные Кюблер-Росс Э. [30] пять стадий, которые проходит человек, получив известие о своей неизбежной смерти, на наш взгляд, находят отражение и в стадиях проживания кризиса потери творчества, описанных В.В. Козловым [29]:

Таблица 1

5 стадий умирания по Э.Кюблер-Росс		Комментарии в рамках танатотерапии	Стадии проживания кризиса потери творчества по В.В. Козлову	<i>Тщетные усилия достичь творческого потока</i>
<i>Отрицание и изоляция</i>	<i>Попытка сделать вид, что все осталось по-старому («смерти нет»): «Этого не может случиться со мной, ведь всегда получалось включаться в творческую деятельность. Значит, все способы настройки на нее должны действовать...»</i>	<i>Увеличение сознательного контроля: попытка контролировать, сознательно организовать выход в творческий процесс (по сути скрытый от сознания)</i>	<i>1. Попытка использовать собственные привычные методы решения проблем («ритуалы», настройка на творчество, проявленные вовне последовательностью действий)</i>	
<i>Гнев</i>	<i>Гнев на себя за то, что не получается справиться; гнев и зависть к другим за их успехи в поиске творческих решений</i>	<i>Усиление гиперконтроля (контроля за контролем за контролем)</i>	<i>2. Вызывает раздражение и беспокойство неэффективность старых стратегий поиска творческих состояний, и мобилизуются новые резервные стратегии преодоления:</i>	
	<i>Попытка</i>			

Торговля	<p>заключить сделку с судьбой/ собой/ другими: «Если я закончу другие дела и позже погружусь в творчество – все получится», «Если я сделаю перерыв в усилиях, восстановлю силы, то все получится»</p>		<p><u>деятельность, которая ассоциируется с творческой энергией как бы «откладывается»</u> ради других дел, но человек остается внутренне озабочен содержанием творческой деятельности, сфокусирован на отсутствии творчества</p>	
Депрессия	<p>Человек впадает в отчаяние и ужас, теряет интерес к житейским проблемам, отдаляется от людей</p>	<p>«Холодная зона»</p>	<p>3. <u>Напряжение</u> возрастает до предела, <u>«прекращение всякого сопротивления наступающей трагедии»</u></p>	
Смирение	<p>Принятие смерти «Теперь я могу умереть...»</p>	<p>Переход (смерть старого ради рождения нового качества)</p>	<p><u>Смерть и рождение</u></p>	
	<p>Либо</p>	<p>Невозможность перехода (невозможность принять наличие смерти той части себя, у которой ранее получалось творить особым образом) возвращает человека к предыдущим стадиям, обеспечивающим защиту социальной личности от невыносимых травмирующих переживаний</p>	<p><u>Обычная жизнь, возвращающая к отрицанию и избеганию встречи со смертью</u> <u>Самосожжение</u>, возвращающее к стадии гнева и торга <u>Безумие и Суицид</u>, усиливающие депрессию, как «невозможность сопротивляться наступающей трагедии»</p>	<p><i>Пути разрешения кризиса потери творчества</i></p>

Пример подобного кризиса описан Н.В. Гоголем в повести «Портрет»: Чартков, который «был художник с талантом, пророчившим многое: вспышками и мгновеньями его кисть отзывалась наблюдательностию, соображением, гибким порывом приблизиться более к природе», углубившись в требования заказчиков и необходимость выполнять работы в короткий срок, встретился с тем, что «кисть его хладела и тупела, и он нечувствительно заключился в однообразные, определенные, давно изношенные формы».

«Он схватил кисть и приблизился к холсту. Пот усилия проступил на его лице; весь обратился он в одно желание и загорелся одною мыслию: ему хотелось изобразить отпадшего ангела. Эта идея была более всего согласна с состоянием его души. Но увы! фигуры его, позы, группы, мысли ложились принужденно и несвязно. Кисть его и воображение слишком уже заключились в одну мерку, и бессильный порыв преступить границы и оковы, им самим на себя наброшенные, уже отзывался неправильностию и ошибкою. Он пренебрег утомительную, длинную лестницу постепенных сведений и первых основных законов будущего великого. Досада его проникла.... Но точно ли был у меня талант? — сказал он наконец, — не обманулся ли я?» И, произнесши эти слова, он подошел к прежним своим произведениям, которые работались когда-то так чисто.... в бедной лачужке на уединенном Васильевском острову, вдали людей»....

«Казалось, как будто разгневанное небо нарочно послало в мир этот ужасный бич, желая отнять у него всю его гармонию. Эта ужасная страсть набросила какой-то страшный колорит на него: вечная желчь присутствовала на лице его. Хула на мир и отрицание изображалось само собой в чертах его»....

«К счастию мира и искусств, такая напряженная и насильственная жизнь не могла долго продолжаться: размер страстей был слишком неправилен и колоссален для слабых сил ее. Присадки бешенства и безумия начали оказываться чаще, и наконец все это обратилось в самую ужасную болезнь. Жестокая горячка, соединенная с самою быстрою чахоткою, овладела им так свирепо, что в три дня оставалась от него одна тень только. К этому присоединились все признаки безнадежного сумасшествия. Иногда несколько человек не могли удержать его. Ему начали чудиться давно забытые, живые глаза необыкновенного портрета, и тогда бешенство его было ужасно. Все люди, окружавшие его постель, казались ему ужасными портретами»....

«Больной ничего не понимал и не чувствовал, кроме своих терзаний, и издавал одни ужасные вопли и непонятные речи. Наконец жизнь его прервалась в последнем, уже безгласном, порыве страдания».

В ситуации кризиса потери творчества смертельным является принятие остановки творческой активности, творческого бессилия, однако модель этой смерти творческого субъекта (не настоящая, неизвестная смерть-«монстр»), одновременно включая паттерны (стереотипы) поведенческих, телесных реакций клиента на реальность творческой остановки, при этом не ведет к шоку («короткому замыканию» трех сфер), не разрушает тело (как опору в выведении из паттернов). А формируемая в танатотерапии модель т.н. *правильной смерти* (без агонии, на основе тотального расслабления, успокоения), несущей в себе представления о цикличности природы (за закатом обязательно родится рассвет и т.д.) позволяет оставить иллюзии творческого субъекта о том, что от него в этом процессе (процессе смерти/рождения) многое зависит, ради спокойного созерцания происходящих преобразований. А ведь именно так часто описывают выход в творческие состояния сознания, которое становится на время пассивным экраном для проявления на нем идеи [15, 29, 40, 46, 47].

Особенность применения отдельных приемов танатотерапии заключается в том, что сами приемы «настраивают» стадии умирания, и в этом смысле являются всегда адекватными этим стадиям («санации» и «терминации») [3]. В этом смысле, танатотерапевт не вмешивается активно в процесс изменений клиента, а лишь моделирует

особое состояние тела, не стимулируя директивно его наступление и не манипулируя им [11], следуя тем самым логике тела и сегодняшних возможностей развития клиента, а также закону контакта: «дать человеку не больше, чем он может взять» [3].

Моделируя при этом реальный режим смерти для живого тела (исключая возможность переживать чувствительной душе происходящее, создавая безопасный режим встречи со смертельным содержанием), танатотерапия дает возможность проявиться огромной силе биологических реакций тела, которые в оригинальном варианте призваны спасать висящую на волоске жизнь, здесь «устремляются ввысь» и соединяются с силой духовности человека (которая по природе своей выше страхов, но в реальной жизни подавлена социальностью человека) [11].

Освобождение биологических сил тела создает поток большой мощности, который устремляется к духу. Вместе они и создают озарение.

«Теперь душа может сказать свое, решающее, слово. Ведь в человеке она – самая высокая инстанция: соборная и альтруистичная, она дает надежду, согласие и любовь. Видя природную связь «тело-дух», она знает, на что ей можно положиться. В ситуации, когда социальная часть человека лежит недвижимая, «мертвая», и не может диктовать душе, что и как ей оценивать своим высоким, этическим чувством, душа оживает и светлеет. Теперь, когда она может пребывать в свете вечных ценностей и смыслов, она распространяет его (свет) на социальную часть личности» [11, С.7]. Озарение достигает «темных комнат» психического пространства, делая видимым тот материал, который не мог быть видимым в силу его опасности, и *так, под таким углом видимым, как он не мог бы быть виден при анализе* [3].

На основе указанных механизмов, мы предполагаем, танатотерапия кризиса потери творчества позволяет в работе с телом воссоздать модель «дна» творческого бессилия (смерти социальной части) субъекта, проживающего кризис потери творчества, что дает ему возможность обрести опору в осуществлении перехода на следующий уровень творческого развития (опору в «свете вечных ценностей и смыслов»).

Выводы по главе 1:

Теоретический анализ проблемы творчества, творческой деятельности и кризиса потери творчества позволил сделать следующие **выводы**:

- В творческом мышлении находит наиболее полное выражение диалектическое противоречие между продуктивными и репродуктивными процессами, открытие новых знаний происходит в опоре на уже имеющиеся знания и в то же время – на основе преодоления их тормозящего влияния.

- В настоящее время существует многообразие исследовательских позиций и точек зрения на природу творческих способностей, при этом многие исследователи ориентируются на изучение какого-либо одного аспекта этого феномена. В последние годы все больше исследователей приходят к выводу о необходимости интегративного подхода к изучению творчества и креативности, в рамках которого когнитивные и личностные, индивидуальные и социальные аспекты представлены в неразрывном единстве. Особого внимания требует разработка вопросов потери возможности творчества для человека, вкушившего его.

- Кризис потери творчества можно считать особым духовным кризисом, создающим угрозу базовым экзистенциальным потребностям, личностной автономии и благополучию; сопровождается чувством потери себя, своих наиболее важных атрибутов, своих способностей, лишает возможности самореализации и опоры. Такое состояние характеризуется сильными отрицательными эмоциями, чувством неопределенности, беспокойства, тревогой, вплоть до дезорганизации, фиксацией на абсурде жизни вне творения, переживаниями собственной несостоительности, беспомощности, одиночества,

безнадежности, а также пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, выраженной затруднениями в планировании деятельности.

- *Проживание кризиса потери творчества* обычно включает тщетные усилия достичь творческого потока, так как при его потере, человеку свойственно неверно истолковывать свое состояние (личность редко принимает его как приглашение к духовному росту). Не понимая значения новых умонастроений, многие считают их отклонением от нормы и, будучи встревоженными возможностью утраты психического равновесия, люди стараются как-то бороться с этими проявлениями потери творчества.

- *Танатотерапия кризиса потери творчества* позволяет в работе с телом воссоздать модель «дна» творческого бессилия (смерти социальной части) субъекта, проживающего кризис потери творчества, что дает ему возможность обрести опору в осуществлении перехода на следующий уровень творческого развития (опору в «свете вечных ценностей и смыслов»). Сами стадии проживания кризиса потери творчества, по нашему мнению, отражают стадии принятия собственной смерти (символической), описанные Кюблер-Росс Э. Смертельно - принятие остановки творческой активности, однако модель этой смерти творческого субъекта, одновременно включая паттерны поведенческих, телесных реакций клиента на реальность творческого бессилия, при этом не ведет к шоку, не разрушает тело (как опору в выведении из паттернов).

Глава 2.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ С ПОМОЩЬЮ ТАНАТОТЕРАПИИ НА ИНДИВИДУАЛЬНОЕ «СОЦИАЛЬНОЕ ТЕЛО» ЧЕЛОВЕКА, ПРОЖИВАЮЩЕГО КРИЗИС ПОТЕРИ ТВОРЧЕСТВА

Программа, процедура и основные результаты эмпирического исследования

В рамках данной работы проводится идеографическое исследование, включившее результаты самонаблюдения и описание случая танатотерапии кризиса потери творчества, которое относится к квазиэкспериментальному. Исследование реализуется по следующей программе: А (O₁) X B (O₂),

где А, В – самоотчеты испытуемого, O₁, O₂ – диагностические операции, X – воздействие (танатотерапия: год работы в группе обучения и три месяца индивидуальной танатотерапии (11 сессий) – при самоисследовании; 5 месяцев (14 сессий) танатотерапии – при анализе случая практической работы).

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека, проживающего кризис потери творчества. **Предмет исследования** – психологические особенности проживания и терапии проблемы потери творчества.

Цель исследования: исследовать возможности применения и эффективность танатотерапии в работе с кризисом потери творчества.

Общая гипотеза исследования: особенности работы в танатотерапии как методе психотерапии позволяют разрешить кризис потери творчества.

2.1. Самоисследование: анализ индивидуального клиентского опыта работы в рамках танатотерапевтических сессий

В данной работе описывается клиентский опыт студентки 2 года обучения долгосрочной программы Института танатотерапии по специальности «танатотерапевт-практик». Возраст: 25 лет. Замужем 5 лет. Детей нет. 4й год работы над диссертационным исследованием.

Запрос на работу в танатотерапии: потеря возможности писать на завершающих этапах подготовки диссертационной работы («ничего стоящего не приходит в голову»).

Жалобы: если ранее этап интерпретации полученных данных исследования воспринимался как самый интересный, долгожданный и творчески наполненный, к моменту обращения за психотерапевтической помощью – обнаружилась полная удручающая невозможность погрузиться в этот процесс: привычные способы начала работы и запуска поиска решений («ритуальное чаепитие перед тем как сесть за компьютер, «греющий душу» удобный и понятный только мне «творческий беспорядок» из книг и бумаг (предварительно непременно ощущенных) на рабочем столе и окружающих его поверхностях, периодические переключения на музыку или звуки за окном, преимущественно вечернее и ночное время работы) вдруг перестали действовать и скорее начали раздражать своей бесполезностью, нежели настраивать на нужный лад.

Появилась склонность засыпать (не медленно отходить ко сну с удовольствием, а отключаться как по команде до утреннего звонка будильника) в 20-21ч. вечера – только успев добраться домой после работы. Отсюда неприятное ощущение потерянного, «вырезанного» из жизни времени. Ведь ранее и 4 часа мне достаточно было выспаться, если с чувством завершенности всех дел за день укладывалась спать (никак не раньше 24ч.).

Также нашлось огромное множество дел, которые я оказалась должна сделать «для других». И этих дел с каждым днем появлялось все больше (снежный ком). Так любой выходной, который мог быть отведен для работы над диссертацией был занят попытками «завершить все то, что помимо нее надо было сделать» и снова находилось еще что-то. При этом все виды деятельности и полученные в них результаты мне казались неудовлетворительными, неинтересными, формальными. Состояние тревоги, мучительной бесполезности и пустоты собственных усилий, нарастающего напряжения, раздражения и беспокойства. Вместе с тем обострилось чувство ответственности, а за ним тяжелое чувство вины перед самой собой (время проходит, а я не могу ничего сделать, занимаюсь *не тем и не так*) и другими (кажется, что все что ни делаю – не приносит должных плодов). Ощущение неподлинности и пустоты всей повседневной жизни. Даже встречи с родными и близкими людьми, которые всегда были самоценностью, стали восприниматься как бесцельно протекающие мимо, иногда даже раздражающие. Ужасающее чувство тоски, печального одиночества и невозможности попросить и принять помощь у окружающих, так как не ясно в чем именно и как можно помочь (нет языка, с помощью которого можно объяснить это себе и другим).

Через полгода работы в группе обучения танатотерапевтов вернулся интерес к наблюдению за происходящим здесь и сейчас (присутствие в данном моменте времени) и ощущение собственной состоятельности в «простых вещах» (например, могу телесно почувствовать присутствие другого человека в комнате («спиной»), чувствовать телесную усталость после рабочего дня, тактильно различаю разные поверхности и получаю удовольствие от взаимодействия с ними и пр.). Сдала канд. экзамен по специальности на отлично (получив удовольствие от подготовки к нему).

Однако череда дел, которые нужно было сделать по работе в различных сферах и для различных целей (не моих) после моего переключения на экзамен резко преумножилась. На ровном месте сломала левый голеностопный сустав. Испытывая жуткую боль при ходьбе, первую неделю я еще планировала, куда я должна успеть и что сделать, раздражаясь на причиненное мне моим телом неудобство. Только когда меня почти принудительно упаковали в гипс (что в целом ограничило мои и без того скучные возможности ходить) мой пыл немного охладел.

Просидев дома месяц, прикованная вниманием к телесным ощущениям и необходимости установления контакта с ними, я вдруг поняла, что сами собой растворились все дела, работа, которую я привычно брала на дом – уже покрылась пылью, телефон молчал, а мир от этого не разрушился...

Появилось радостное ощущение от того, что сидя на месте, я могу заниматься тем, чем хочу. Возникло дикое желание делать что-либо руками: готовить, гладить и пр.

Начала рисовать; как ребенок в магазине игрушек выбирала в интернете краски и все вспомогательные инструменты для декоративного творчества, которые появились за те *два года* (с ужасом я обнаружила), которые у меня не было такой потребности (даже карандашом на полях ничего не чирикала).

После первых индивидуальных сессий танатотерапии, обнаружилась легкость в коленях и интересно стало наблюдать за проводимым ими движением, заметила облегчение в пояснице и постепенно ослабло напряжение в голове.

Также с ужасом обнаружила, что за два года не была ни на одной конференции по своей теме (зато на куче всего неинтересного побывала).

Вдруг села читать свою диссертацию, как художественную литературу, без особой цели, оценки написанного и сомнений. Каким-то новым для меня образом начали появляться интересные мысли по поводу интерпретации полученных в исследовании данных. Удивительным открытием стало также соотношение тем, обсуждаемых в психотерапевтической работе и проблематики диссертационной работы («Влияние творческого мышления и межличностного доверия на выбор копинг-стратегий»).

Спустя еще несколько сеансов я уже работала над диссертацией на своем рабочем месте, да так, что коллеги как-то не решались меня отвлекать от этого процесса (занимаясь своими делами в рабочее время ☺). Как сквозь стекло слышала рабочие проблемы, но они проходили мимо и решались сами собой.

Особым удовольствием была вдруг вернувшаяся способность писать всю ночь и при этом не ощущать себя разбитой на утро, а с чувством удовлетворения спокойно ждать пробуждения мужа, чтобы вместе позавтракать. Работа была завершена, принята в совет.

Состоявшаяся предзащита диссертации вызвала разнонаправленные чувства. Хотя работа была принята к защите, кафедрой было настоятельно рекомендовано срезать проблематику исследования: оставить в фокусе соотношение двух психических феноменов, вместо рассмотрения взаимозависимости трех. Проще говоря, половину полученных результатов вырезать, ради того, чтобы работа соответствовала общепринятым представлениям о кандидатском исследовании. Но это «вырезало» бы как раз тот интересовавший меня результат, поиск которого так мучительно проходил и для меня состоялся. Чувство одиночества и сомнения после предзащиты обострились, но одновременно с ними вдруг актуализировалось совершенно новое для меня ощущение ценности того результата, который уже был мной получен. Это ощущение было поддержано моим научным руководителем, который никогда ранее не вмешивался в замысел и ход исследования, позволяя мне делать все так, как я вижу, иногда предохранив от «острых углов».

После 10 сессий состоялась защита диссертации, где советом как основное достоинство исследования была отмечена именно та часть, которую на предзащите предложено было вырезать. Представлять полученные результаты исследования оказалось удивительно легко и интересно, в дискуссии открылись новые горизонты.

На последней танатотерапевтической сессии отметился достаточно глубокий уровень расслабления, чувство спокойствия, комфорtnого и увлекательного одиночества.

2.2. Анализ клиентского случая танатотерапии проблемы потери творчества

В данной работе описывается случай танатотерапии кризиса потери творчества. Клиент: молодая женщина в возрасте 28 лет, не замужем, детей нет, бий год работы над диссертационным исследованием. Имеет множество сфер самореализации: успешный руководитель кафедры психологии в вузе, востребованный практик в сфере психологии образования, организатор и участник КВН и разного рода творческих вечеров, студенческих весен, конкурсов художественной самодеятельности, активно занимается волонтерской деятельностью и ее развитием в регионе, имеет спортивные достижения и

награды во всех указанных областях. При этом работа над диссертационным исследованием не была завершена, не смотря на отведенные на это сроки, что воспринималось клиенткой как мучительная, непреодолимая трудность, связанная с внезапным полным исчезновением былого интереса к научной работе.

Выяснялось, что на завершающем этапе диссертационного исследования произошла смена научного руководителя (по внешним причинам). Второму руководителю не понравилась тема, замысел работы, представленный текст. Специализация клиентки (возрастной психолог), по мнению научного руководителя, не позволила раскрыть сути работы в соответствии со спецификой требований совета (по социальной психологии). Взаимодействие с научным руководителем свелось, таким образом, к постоянным упрекам о «слабом тексте», о непонимании соискателем требований. Но сроки были поставлены и соответственно, оказалось, что клиентка в тщетных попытках изменить работу в соответствии с новым видением задерживает и подводит руководителя. Возникло чувство неполноценности и вины, страх встречи с неприятием научного руководителя. Наконец, полностью пропала способность включиться в процесс творческой работы над диссертацией. Только большим усилием воли удавалось посадить себя за работу, которая уже не приносила желанных результатов. Далее работа над диссертацией постоянно откладывалась на время ради хозяйственных дел, решения личных проблем друзей, выполнения работы за других в сферах деятельности, не связанных с собственными профессиональными интересами, однако сохранялась фиксация на отсутствии творческой способности найти необходимые решения. Это и стало причиной обращения за помощью.

Была отмечена накопленная усталость, раздражение по отношению к окружающим людям, чувство одиночества, жалость к себе, чувство опустошенности. Напряжение в спине, головные боли, потерянные в схеме тела ноги.

После первых сеансов танатотерапии появилось ощущение наполненности верхней части тела, клиенткой была отмечена легкость дыхания.

После 3 сессий клиентка заявила об отказе от работы над диссертацией, объяснив это потребностью в «нормальной» жизни «как все», «не могу и не буду писать - живут же другие без этого счастливо», «лучше подумать о замужестве». «Последней каплей» для такого решения явился конфликт с научным руководителем, нежелание сотрудничать с ним.

Постепенно начала возвращаться телесная чувствительность, удовольствие от занятий домашним хозяйством, общения с родными, пропали головные боли.

Во время б/н танатотерапевтической сессии возник инсайт: сама диссертационная работа (готовая ее часть) – уже материальная, «живая», а клиентка от нее отказалась, бросила, как ребенка (часть себя). Возникло желание подружиться с диссертацией, попросить прощения.

Клиенткой было отмечено восстановление физических сил, получение удовольствия от поездок в другой город по вопросам подготовки диссертации. Возникновение страстного желания завершить диссертацию как можно скорее.

Работа была успешно завершена и защищена. Обнаружилась легкость в интерпретации результатов работы, ощущение уверенности в себе на защите.

Через 3 месяца после защиты диссертации и завершения сеансов танатотерапии клиентка сообщила, что выходит замуж и ждет ребенка.

2.3. Обсуждение результатов эмпирического исследования

В процессе исследования были уточнены и нашли практическое подтверждение выдвинутые гипотезы:

1. На наш взгляд, причиной творческого бессилия являются кризисные внутриличностные противоречия, как разновидности нарушений связи с процессами смерти и умирания (проблема перехода к иному качеству собственного Я).

Невозможность принятия смерти «социальной» личности субъекта творчества (того, кто может к сроку выдать нужный результат, этого привык ожидать сам от себя и этого ждут от него окружающие (*всегда удавалось находить творческие результаты и удовольствие от деятельности – как может не получаться в этот раз?*) во имя изменений духовного Я, порождает проблему сверхконтроля сознания (попытки воспроизвести привычные, но уже не дающие результата, способы выхода в творческие состояния сознания и организовать сознательно собственный поиск решений).

Также в описанных ранее случаях клиентской работы, по нашему мнению, имеет место конфликт в социальном Я:

В самоисследовании - завершение работы над диссертацией – переходная зона, в которой для рождения самостоятельного (по социальному статусу) исследователя, имеющего право отстаивать свое видение проблемы, должен умереть ученик (соискатель ученой степени);

В описанном случае практической работы - критика научного руководителя – переходная зона, в которой возникает необходимость смерти привычного образа Я – «успешна во всем, за что берусь» ради появления свободы от необходимости «держать планку» и соответствовать ожиданиям окружения.

2. Танатотерапия позволяет в работе с телом воссоздать модель «дна» творческого бессилия (смерти) субъекта, проживающего кризис потери творчества, что дает ему возможность обрести опору в осуществлении перехода на следующий уровень творческого развития. В описанном случае важными приобретениями и признаками состоявшегося перехода стали:

- Появление новых для субъекта творчества способов выхода в творческие состояния сознания (погружение в творчество не только в ночное, но и в дневное время; абстрагирование на рабочем месте и пр).
- Получение удовольствия не только от процесса, но и готовность сделать остановку, чтобы насладиться результатом творческой деятельности.
- Баланс творческих усилий и периодов остановки, накопления ресурса (толерантность к собственному «безмыслию» в эти периоды).
- Появление ценности результата собственной творческой деятельности, готовность его отстаивать.

3. Особенности работы в танатотерапии позволяют снизить сверхконтроль сознания, препятствующий переходу то *ставших неэффективными, отработанных субъектом творческой деятельности способов достичь творческого состояния сознания или справиться с его отсутствием*, к новым и воспринимающимся как «потеря себя», смертельным изменениям, обеспечивающим переход на следующий уровень творческого развития. Благодаря этому появилась возможность «прочитать собственную работу как художественную литературу» (по-новому) – в первом случае и изменить отношение к готовой части диссертации – во втором.

4. Особенности работы в танатотерапии позволяют восстановить природную опорность тела, обеспечивающую безопасность перехода к новому этапу личностного развития. Это нашло подтверждение в клиентских самоотчетах (повышение чувствительности, ощущение собственной эффективности, концентрация на телесных ощущениях и т.д.)

Таблица 2

Клиентский опыт и особенности личной истории (самоисследование)	Интерпретации в соответствии с методологией танатотерапии	Особенности личной истории клиента (анализ случая)
---	---	--

<p>- потеря возможности писать</p>	<p>- невозможность смерти социальной личности субъекта творчества во имя изменений духовного Я</p> <p>- конфликт в социальном Я:</p>		<p>- потеря интереса к работе над диссертацией</p>
	<p>необходимость смерти ученической позиции ради появления самостоятельного в своем социальном статусе исследователя</p>	<p>необходимость смерти привычного образа Я – «успешна во всем, за что берусь» ради появления свободы от необходимости «держать планку» и соответствовать ожиданиям окружения</p>	
<p>- привычные способы начала работы и запуска поиска решений перестали действовать и скорее начали раздражать своей бесполезностью, нежели настраивать на нужный лад</p>	<p>- активизация гиперконтроля в ситуации кризиса: попытки управлять, сознательно организовывать творческий процесс, который по природе своей не подчиняется всецело сознательному контролю.</p>	<p>- только большим усилием воли удавалось посадить себя за работу</p>	
<p>- склонность засыпать (отключаться как по команде до утреннего звонка будильника) в 20-21ч. Вечера</p>	<p>- уход от решения проблемы в сон (Харибда) на границе перехода, при приближении к «холодной» зоне.</p>		
<p>- огромное множество дел, которые я оказалась должна сделать «для других»</p>	<p>- уход от решения проблемы (избегание смерти) в гиперактивную (Сцилла) деятельность:</p>	<p>работу «для других»</p>	<p>- работа над диссертацией постоянно откладывалась на время ради хозяйственных дел, решения личных проблем друзей, выполнения работы за других в сферах деятельности, не связанных с собственными профессиональными интересами</p>
<p>- перелом голеностопного сустава</p>	<p>- перегрузка опор в волевой деятельности (дно творческого и физического бессилия).</p>	<p>приложение усилий в других сферах реализации себя</p>	<p>- конфликт с научным руководителем, нежелание сотрудничать с ним</p>
	<p>- невозможность перехода возвращает человека к</p>		<p>- отказ от работы над диссертацией, выбор</p>

	обеспечивающей защиту социальной личности от невыносимых травмирующих переживаний стадии умирания «Смерти нет» - отрицание самой необходимости перехода.	«нормальной» жизни «как все».
- возвращение телесной чувствительности и удовольствия, связанного с ней, потребность рисовать	- восстановление опорности тела, телесной чувствительности, снижение гиперконтроля.	- инсайт во время танатотерапевтической сессии: сама диссертационная работа (готовая ее часть) – уже материальная, «живая», а клиент от нее отказался, бросил, как ребенка (часть себя). Возникло желание подружиться с диссертацией, попросить прощения.
- погружение в работу над исследованием, возможность заниматься «своим делом» в рабочее время	- восстановление границ (способности концентрироваться на собственных потребностях), восстановление баланса границ с социальным окружением.	- постепенное восстановление физических сил, получение удовольствия от поездок в другой город
- предзащита	- «кульбит»: обострение противоречий в ученической и самостоятельной позиции при наличии хорошего заземления (в безопасном режиме) и сниженном гиперконтроле обеспечило переворот – рождение нового качества субъекта творчества, готового ценить свой результат и отстаивать «свою правду».	- возникновение страстного желания завершить диссертацию как можно скорее.
- защита	- интеграция полученного в переходном переживании опыта, проба себя в новом качестве.	- предзащита и защита

Выводы по главе 2:

На основе анализа индивидуального клиентского опыта работы по проблеме кризиса потери творчества в рамках танатотерапии можно сделать следующие выводы:

- В рамках эмпирического исследования нашли подтверждение поставленные гипотезы.
- О результативности воздействия танатотерапии на индивидуальное «социальное тело» человека, проживающего кризис потери творчества, свидетельствуют

положительные результаты психотерапевтической работы в рамках танатотерапевтических сессий и групп обучения.

- К особенностям преодоления кризиса потери творчества в рамках танатотерапии можно отнести: повышение телесной чувствительности, восстановление природной опорности тела, восстановление возможностей творческого мышления через обращение к различным видам и формам художественного творчества (создание продукта с помощью тела).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе осуществлена попытка исследования кризиса потери творчества, для человека вкушившего его, в соответствии с танатотерапевтическим пониманием сути проблемы. Уточнены этапы проживания и преодоления кризиса потери творчества, которые, отражают стадии принятия собственной смерти, описанные Э. Кюблер-Росс. Проанализированы особенности танатотерапии, позволяющие работать с кризисом потери творчества: в работе с телом воссоздается модель «дна» творческого бессилия (смерти социальной части) субъекта, проживающего кризис потери творчества, что дает ему возможность обрести опору в осуществлении перехода на следующий уровень творческого развития (опору в «свете вечных ценностей и смыслов»). При этом сами приемы работы, «настраивающие» стадии умирания, моделирующийся режим смерти для живого тела (исключающий возможность пережить чувствительной душе происходящее, создающий безопасный режим), позволяют состояться смерти творческого субъекта, одновременно включая паттерны поведенческих, телесных реакций клиента на реальность творческого бессилия, при этом не ведут к шоку, не разрушают тело (как опору в выведении из паттернов).

В эмпирической части работы представлены результаты самоисследования – анализа индивидуального клиентского опыта работы в рамках танатотерапии и описание случая танатотерапии потери творчества, подтверждающие эффективность данного метода; уточнены и нашли практическое подтверждение выдвинутые гипотезы: причиной творческого бессилия являются кризисные внутриличностные противоречия, как разновидности нарушений связи с процессами смерти и умирания (проблема перехода к иному качеству собственного Я); танатотерапия позволяет в работе с телом воссоздать модель «дна» творческого бессилия (смерти) субъекта, проживающего кризис потери творчества, что дает ему возможность обрести опору в осуществлении перехода на следующий уровень творческого развития; особенности работы в танатотерапии позволяют снизить сверхконтроль сознания, препятствующий переходу то *ставших неэффективными, отработанных субъектом творческой деятельности способов достичь творческого состояния сознания или справиться с его отсутствием*, к новым и воспринимающимся как «потеря себя», смертельным изменениям, обеспечивающим переход на следующий уровень творческого развития, а также позволяют восстановить природную опорность тела, обеспечивающую безопасность перехода. В работе с кризисом потери творчества, на наш взгляд целесообразно обращаться к танатотерапии в первую очередь как к практике развития, имеющей прицельное телесное назначение и как к исследовательскому методу.

Естественной задачей продолжения описанного исследования является увеличение и дифференциация по различным показателям выборки клиентских случаев для выявления закономерностей проживания и обеспеченных применением танатотерапии изменений при оказании помощи в ситуации кризиса потери творчества.

За рамками данного исследования осталось изучение вопросов проживания кризиса потери творчества представителями различных сфер деятельности (науки, художественного и технического творчества, сферы межличностного взаимодействия и др.); а также представителями различных возрастных групп (особый интерес с точки зрения танатотерапии представляют переходные периоды развития).

Перспективу дальнейших исследований с позиции клинического подхода к оказанию помощи составляет определение особенностей проявления кризиса потери творчества и совладания с ним людьми с различными структурами характера, а также роли танатотерапии в работе с отдельными типами характера, проживающими кризис потери творчества, и возможной в каждом случае динамики при продолжительном ее применении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бабаева, Ю.Д. Творческие способности и целостная структура личности / Ю.Д. Бабаева, Е.Н. Попова, П.А. Сабадош // Психология и школа. – 2008. – № 1. – С. 55-59.
2. Баскаков, В.Ю. Свободное тело М.: Институт Общегуманитарных Исследований. 2004 - 224 с.
3. Баскаков, В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение. – М.: 2007
4. Белова, С.С. Когнитивное моделирование и феномены творчества / С.С. Белова // Материалы IV Всерос. съезда РПО, 18-21 сентября 2007 г. – Ростов н/Д, 2007. – Т. 1 – С. 137-138.
5. Богоявленская, Д.Б. Интеллектуальная активность как проблема творчества / Д.Б. Богоявленская. – Ростов н/Д; Изд-во Рост. ун-та, 1983. – 173 с.
6. Богоявленская, Д.Б. Субъект деятельности в проблематике творчества / Д.Б. Богоявленская // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 35-42.
7. Боно де, Э. Рождение новой идеи. О нешаблонном мышлении / Э. Боно де– М. : Прогресс, 1976. – 143 с.
8. Брушлинский, А.В. Психология субъекта / А.В. Брушлинский / отв. ред. В.В. Знаков. – М. : Институт психологии РАН; СПб.: Изд-во «Алетейя», 2003. – 272 с.
9. Вергеймер, М. Продуктивное мышление / М. Вергеймер. – М. : Прогресс, 1987. – 336 с.
10. Вильчек, В.М. Прощание с Марксом: алгоритмы истории / В.М. Вильчек. – М. : Прогресс-Культура, 1993. – 222 с.
11. Газарова Е.Э., Феноменология танатотерапии // www.rabop.ru/content/view/216/131/
12. Гурова, Л.Л. Психология мышления / Л.Л. Гурова. – М. : ПЕР СЭ, 2005. – 136 с.
13. Гут, Р. О творчестве в науке и технике / Р. Гут // Вопросы психологии. – 2007. – № 2. – С. 130-139.
14. Дорфман, Л.Я. Креативность и метаиндивидуальный мир / Л.Я. Дорфман // Одаренный ребенок. – 2005. – № 5. – С. 60-62.
15. Дружинин, В.Н. Психодиагностика общих способностей / В.Н. Дружинин. – СПб. : Изд-во Питер, 2002. – 368 с.
16. Ермакова, Е.С. Изучение творческого мышления в психологических исследованиях XX века / Е.С. Ермакова // Ежегодник РПО : материалы 3-го Всерос. съезда психологов, 25-28 июля 2003 г. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2003. – Т. 3. – С. 266-269.
17. Завалишина, Д.Н. Практическое мышление: Специфика и проблемы развития / Завалишина Д.Н. – М. : Институт психологии РАН, 2005. – 376 с.
18. Знаков, В.В. Психология человеческого бытия и трудные жизненные ситуации / В.В. Знаков // Психология совладающего поведения : материалы Междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. Е.А. Сергиенко, Т.Л. Крюкова. – Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. – С. 35-37.
19. Карпов, А.В. Метакогнитивные способности как предмет изучения общей и прикладной психологии / А.В. Карпов // Современные проблемы прикладной психологии : материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Ярославль, 2006. – Т. 3. – С. 258-268.
20. Кашапов, М.М. Акмеологические и психологические механизмы творческого мышления профессионала в контексте метакогнитивного подхода / М.М. Кашапов // Психологическое обеспечение национальных проектов развития общества: опыт, инновационные технологии, ментальные барьеры : материалы Междунар. конгресса, 17-18 октября 2008 г. / отв. ред. Н.П. Фетискин, А.Л. Журавлев. – М.-Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2008. – С. 165-170.

21. Кашапов, М.М. Механизмы творческого мышления профессионала в контексте метакогнитивного подхода / М.М. Кашапов // Психология XXI столетия. – Ярославль : МАПН, 2008. – Т. 1 – С. 20-30.
22. Кашапов, М.М. Психология творческого мышления профессионала / М.М. Кашапов. – М. : ПЕР СЭ, 2006. – 688 с.
23. Кашапов, М.М. Совершенствование творческого мышления профессионала / М.М. Кашапов. – М.-Ярославль : МАПН, 2006. – 316 с.
24. Кашапов, М.М. Теория и практика решения конфликтных ситуаций. Краткий словарь. - 2003
25. Кашапов, М.М. Формирование творческого мышления на разных этапах профессионализации / М.М. Кашапов // Психология и школа. – 2008. – № 1. – С. 64-70.
26. Козлов, В.В. Креативность: особенности психологического инсайта / В.В. Козлов // Психологическое обеспечение национальных проектов развития общества: опыт, инновационные технологии, ментальные барьеры : материалы Междунар. конгресса, 17-18 октября 2008 г. / отв. ред. Н.П. Фетискин, А.Л. Журавлев. – М.-Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2008. – С. 172-178.
27. Козлов, В.В. Личностный кризис - структурные и гендерные особенности // www.zi-kozlov.ru/articles/1120-personalitycrisis
28. Козлов, В.В. Психологические записки о творческом процессе / В.В. Козлов // Психология XXI столетия. – Ярославль : МАПН, – 2008. – Т. 1. – С. 11-20.
29. Козлов, В.В. Психология творчества: Свет, сумерки и темная ночь души / В.В. Козлов. – М. : ГАЛА-Издательство, 2008. – 112 с.
30. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании – М.: София. - 2001
31. Лейтес, Н.С. Способности и одаренность в детские годы / Н.С. Лейтес. – М. : Знание, 1984. – 79 с.
32. Леонтьев, А.А. Научите человека фантазии... (творчество и развивающее обучение) / А.А. Леонтьев // Вопросы психологии. – 1998. – № 5. – С. 82-85.
33. Леонтьев, Д.А. Пути развития творчества: личность как определяющий фактор / Д.А. Леонтьев // Воображение и творчество в образовании и профессиональной деятельности : материалы чтений памяти Л.С. Выготского: Четвертая Междунар. конф. – М. : РГГУ, 2004. – С. 214-223.
34. Лук, А.Н. Мышление и творчество / А.Н. Лук. – М. : Политиздат, 1976. – 144 с.
35. Мазилов, В.А. О психологии решения творческих задач: соотношение знания и мышления / В.А. Мазилов // Актуальные проблемы современной психологии. – Ярославль-М. : МАПН, 2002. – Т. 2. – С. 15-23.
36. Маслоу, А.Г. Новые рубежи человеческой природы / А.Г. Маслоу. – М. : Смысл, 1999. – 424 с.
37. Матюшкина, А.А. Научная школа А.М. Матюшкина в исследовании продуктивного мышления / А.А. Матюшкина // Психология и школа. – 2008. – № 1. – С. 52-54.
38. Матюшкин, А.М. Концепция творческой одаренности / А.М. Матюшкин // Вопросы психологии. – 1989. – № 6. – С. 29-33.
39. Мэй, Р. Мужество творить : пер. с англ. / Р. Мэй – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2008. – 160 с.
40. Налимов, В.В. Реальность нереального: Вероятностная модель бессознательного / В.В. Налимов, Ж.А. Дрогалина. – М. : Мир идей, АО АКРОН, 1995. – 431 с.
41. Нечаев, Н.Н. Очеловечивание творчества: проблемы и перспективы / Н.Н. Нечаев // Вопросы психологии. – 2006. – № 3. – С. 3-26.
42. Основные современные концепции творчества и одаренности / под ред. Д.Б. Богоявленской. – М. : Молодая Гвардия, 1997. – 416 с.
43. Панов, В.И. Одаренность и творческая природа развития психики / В.И. Панов // Психология и школа. – 2008. – № 1. – С. 34-39.

44. Пономарев, Я.А. Психология творчества / Я.А. Пономарев. – М. : Наука, 1976. – 303 с.
45. Психология. Словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с.
46. Психология творчества: школа Я.А. Пономарева / под ред. Д.В. Ушакова. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. – 624 с.
47. Пушкин, В.Н. Эвристика – наука о творческом мышлении / В.Н. Пушкин. – М. : Политиздат, 1967. – 272 с.
48. Развитие и диагностика способностей : сб. – М. : Наука, 1991. – 177 с.
49. Савенков, А.И. Творческая одаренность и творчество / А.И. Савенков // Психология и школа. – 2008. – № 1. – С. 76-80.
50. Симонов, П.В. Создающий мозг – нейробиологические основы творчества / П.В. Симонов. – М. : Наука, 1993. – 108 с.
51. Туник, Е.Е. Диагностика креативности. Тест Е. Торренса / Е.Е. Туник. – СПб. : Речь, 2006. – 176 с.
52. Ушаков, Д.В. Современные исследования творчества / Д.В. Ушаков // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2. – № 4. – С. 53-56.
53. Ушаков, Д.В. Творчество и «дарвиновский» способ его описания / Д.В. Ушаков // Психологический журнал. – 2000. – № 3. – С. 104-112.
54. Ушаков, Д.В. Творчество и сознание / Д.В. Ушаков // Материалы IV Всерос. съезда РГО, 18-21 сентября 2007 г. – Ростов-н/Д, 2007. – Т. 3 – С. 262.
55. Шадриков В.Д. Духовные способности / В.Д. Шадриков. – М. : Изд-во Магистр, 1998. – 182 с.
56. Эриксон, Э.Г. Детство и общество : пер. с англ. – изд. 2-е, перераб. и доп. / Э.Г. Эриксон. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
57. Яковлева, Е.Л. Психология развития творческого потенциала личности / Е.Л. Яковлева. – М. : Изд-во Моск. психолого-соц. ин-та : Флинта, 1997. – 224 с.
58. Torrance, E. A quiet revolution / E. Torrance // Journal of creative behavior. – 1989. – V. 23. – № 5. – P. 136-145.
59. Torrance, E.P. The Nature of Creativity as Manifests in its Testing / E.P. Torrance // The Nature of Creativity / Stenberg R.J. (Ed) – Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1988. – P. 32-75.

3.4. Биглер Н. Круг четырёх базовых проблем. Проблемы опор и сверхконтроля (дипломная работа) Екатеринбург 2008

Содержание.

1. Актуальность
2. Часть 1. Изменение отношения человека к смерти на протяжении истории человечества
3. Часть 2.танатотерапия – метод телесно - ориентированной психологии
4. Часть 3.Практическая часть (самоисследование)

Актуальность.

Многие философы обращались к вопросам «что такое смерть?» «Какую роль она играет в жизни?» Платон, Аврелий Августин, А. Шопенгауэр, Ф. Ницше, М. Хайдеггер, В. Соловьев, П. Флоренский – искали ответы на эти вопросы.

В зарубежной философии двадцатого века можно выделить 2 направления в интерпритации смерти человека: В первом - значение придаётся осмыслинию индивидуальной , личной смерти человека и продолжению жизни перед её лицом. Смерть представлена как непреодолимо – трагичная, но фундаментально неустранимая характеристика человеческого бытия.(М. Хайдеггер, М. Шелер). Вторая тенденция проявилась в философии психоаналитической традиции : в работах З.Фрейда, К.-Г. Юнга, Э. Фромма поставлены вопросы о влечении к смерти, о закодированности процессов умирания в структурах бессознательного.

Существенную роль в философии двадцатого века сыграл ещё один аспект осмыслиения смерти: расширение возможностей медицины в реаматологии, трансплантологии с одной стороны и войны двадцатого века с другой, привели к деперсонизации смерти , к т .н. стандартизации смерти вытеснению её из общественного сознания(исследования Ф. Арьес, Э.Кюблер – Росс,и др.,)

Смерть является одним из событий жизни. Вся история взаимоотношений человека со смертью говорит о том, что смерть небезразлична для нас, как говорил Вл. Соловьёв человек и смертный – это синонимы. Смерть касается всего , что развивается во времени: обществ , предметов, культурных систем, людей. Это один из феноменов, о котором мы ежедневно слышим по радио, видим с экранов телевизоров, читаем в книгах. Он постоянно привлекает внимание к себе. «Для нас абсолютно достоверным является тот факт, что люди умирают, животные умирают, деревья умирают, птицы умирают. Своей смерти не избежать – она может наступить завтра, а может послезавтра это всего лишь вопрос времени.» Так написал Ошо в своей книге «Смерть – величайший обман».

Тема смерти притягивает к себе и страшит одновременно. Именно своей неизбежностью для всех, не зависимо от материального положения , социального статуса, вероисповедания и т. д. Смерть может стать достоянием общественности когда о ней напишут в некрологе или покажут в СМИ. Но каждому человеку рано или поздно придётся встретиться с ней один на один.

Часть 1.

Отношение человека к смерти менялось на протяжении всей истории человечества. Естественно, что современный человек смотрит на мир вообще, и на смерть в частности, совсем по другому, нежели средневековый крестьянин или представитель века Просвещения. Этот факт становится очевидным, когда изучаешь работы Ф. Арьеса, М. Вовеля. Но в этом изменении есть и более устойчивые моменты: например страх смерти, хотя он тоже разный у представителей разных эпох и культур.

Ф. Арьес считал, что в основе эволюции нашего отношения к смерти лежит общая эволюция внутреннего мира и его отношение к природе. Арьес выделил пять этапов эволюции отношения человека к смерти.(А)

Первый этап, он обозначает выражением «все умрём»Люди раннего средневековья относились к смерти как к обыденному явлению, которое не внушало особых страхов. Смерть воспринималась как естественную неизбежность. Человек обычно чувствовал приближение конца и готовился к нему. Отсутствие страха перед смертью, у людей средневековья , Ф. Арьес объясняет тем , что по их представлениям умерших не ожидал суд и возмездие за прожитую жизнь, их ожидал своего рода сон «до конца времён», до второго пришествия Христа, после чего все пробудятся , кроме наиболее тяжких грешников, и попадут в царствие небесное.(А) Между миром живых и миром мертвых

не было бездонной пропасти, все захоронения находятся на территории городов и деревень.

Второй этап эволюции отношения к смерти Филипп Арьеес обозначил как «смерть своя». Примерно с пятнадцатого века представления о суде над родом человеческим сменяются новым представлением – суде над каждым человеком индивидуально, который происходит в момент кончины человека. Заупокойная месса становится важным средством спасения души умершего. В восемнадцатом веке кладбища выносятся за черту населенного пункта. Близость живых и мёртвых становится нестерпимой. В это же время возникает представление о чистилище, промежуточное место между адом и раем.

Третий этап эволюции представлений о смерти именуется как «смерть далёкая и близкая». Этот этап характеризуется тем, что разрушаются механизмы защиты от природы и к смерти возвращается её дикая, неукрощенная сущность. (А)

Четвёртый этап: «Смерть твоя» связан с проживанием чувств и эмоций по поводу ухода близкого человека. Смерть воспринимают как возможность воссоединения с любимым человеком, который ушёл из жизни раньше. Его смерть представляется более тяжёлой утратой, нежели собственная смерть.

Пятый этап: «смерть перевёрнутая». В двадцатом веке развивается страх перед смертью и даже перед упоминанием о ней. Смерть становится несчастьем и препятствием, её пытаются удалить не только от взоров общества, но и от самого умирающего, чтобы не сделать его несчастным.

Порой кажется, что смерть человека дело только врачей или похоронных бюро.

Из перечисленных этапов видно, что отношение к смерти менялось от понимания смерти как естественного продолжения и завершения жизни до полного их разрыва в сознании человека, разведения их как двух различных сущностей, их взаимоотрицания.

Часть 2.

Телесно – ориентированная психотерапия является одним из направлений современной практической психологии. Это метод – «исцеления души через работу с телом», с запечатлёнными переживаниями и проблемами человека.

Общей основой методов телесно – ориентированной психотерапии является использование контакта терапевта с телом клиента, основанное на представлении о неразрывной связи тела и духовно – психической сферы. Всё, что происходит в душе человека, оставляет след в его теле. Состояние тела человека – это история пережитых и переживаемых им эмоциональных и физических травм, накопленного жизненного опыта, недомаганий и заболеваний. Телесно – ориентированная терапия представляет собой эффективный способ личностного роста и целостного развития человека, позволяющий воедино связать чувства, разум и телесные ощущения. Создать условия доверительного и полного контакта человека с жизнью его тела.

Одним из направлений телесно – ориентированной психотерапии является танатотерапия. Танатотерапия – авторский метод В. Баскакова. Главной целью танатотерапии является оказание специфической помощи в установлении (или восстановлении утраченного) контакта с процессами правильной смерти и умирания. Актуальность этого метода связана с невозможностью современного человека к контакту с теми сильными чувствами, которые он испытывает в момент его соприкосновения с реальностью смерти. В результате реальная смерть изгоняется из жизни современного человека. Танатотерапия, в отличие от имитационных практик, моделирует процесс правильного, естественного умирания.

Страх смерти проявляется на трёх уровнях: телесном, ментальном, эмоциональном. За такими страхами как страх изменений, страх расставаний, потерь, страх окончания чего – либо, стоит один и тот же страх – страх смерти. Страх смерти сковывает человека, забирает у него массу энергии. Что приводит к истощению человека и недостатку энергии

для жизни, радости, любви, а без этого жизнь становится неполноценной. Смерть и умирание как психологическая проблема мало изучена. Это вопросы скорее из области философии культуры и теологии.

Танатотерапия работает с четырьмя базовыми проблемами человека.

1. Первая базовая проблема – проблема контроля / сверхконтроля со стороны сознания. Она выражается в постоянном контролировании человеком своей жизни, чувств, эмоций. Т.е не только тогда когда этот контроль необходим для жизни в социальном обществе, но и тогда когда его можно отпустить. Например, в любви, радости, сексе.

2. Вторая базовая проблема – проблема сильных чувств. Контакты. В теле эта проблема наиболее ярко выражена в области грудной клетки, рук. Сюда относятся все проблемы связанные с проявлением чувств, эмоций и как следствие умение выстраивать различные контакты (контакт с самим собой, с людьми, с ситуацией и т.п.)

3. Третья базовая проблема – проблема паховой области. В теле эта проблема выражена в области таза. Это проблемы связанные с сексуальностью человека.

4. Четвёртая базовая проблема – проблема опор. Круг этих проблем в теле сконцентрирован в области ног.

Танатотерапия восстанавливает утраченный контакт, с процессами умирания и смерти. Этот контакт утрачен современным человеком в силу современного темпа жизни ,условий жизни. Восстановление утраченного контакта со смертью позволяет восстановить контакт с процессами жизни. Телу придаются характеристики объективности и оно ассоциируется с мертвым (расслабленно, тяжело, нижняя челюсть отвисла), внутри тела происходит активизация биологических процессов т. е. процессов жизни.

Получается « «лечебение жизнью» через внешние признаки смерти» (В. Баскаков.) Умер цветок – родилось яблоко, умерло яблоко – родилось семечко, умерло семечко – родился росток и т. д. Неумение современного человека видеть признаки смерти в процессах жизни приводит его к различным вариациям страха смерти: страх расставания , страх жизни. Страх окончания и т. д. А танатотерапия восстанавливая контакт с процессами умирания и смерти, восстанавливает контакт с жизнью.

Часть 3. Практическая часть.

В тему этой работы я вынесла две базовые проблемы человека – проблему сверхконтроля и опор. Тему сильных чувств я затрагивала в своей курсовой работе, а тема паховой области для меня остаётся табуированной темой. Проводить самоанализ в этом направлении для меня сродни смертной казни, хотя написание дипломной работы это тоже очень страшное занятие. Но что то я отвлеклась. Работая над курсовой я поняла, почему КРУГ базовых проблем. Действительно все четыре базовые проблемы соединены между собой и если начинаешь работать с одной , то остальные три автоматически начинают прорабатываться. Хорошо, постараюсь проблемы сверхконтроля и опор более глубоко рассмотреть. И так начнём.....

Проблема опор. Есть такая наука родология. Люди, занимающиеся ей, составляют свои родовые деревья и на их основе можно увидеть, как из поколения в поколение передаются одни и те же стереотипы поведения, можно также увидеть сильные и слабые стороны рода. Зная, какие законы рода работают в твоём роде, можно скорректировать своё поведение и не повторять ошибки предков. В нашем семейном клубе проходят родологические семинары. Однажды мне стало интересно: кто были мои предки? На мой взгляд знание того, что до тебя жили люди работали , любили, расставались, ростили детей (интересная последовательность), возможность опереться на этот опыт уже хорошая опора в жизни. Знание, что ты не один, у тебя есть крепкие корни.

Я стала вспоминать и поняла: корней у меня не так много, а точнее два тоненьких корешка. Это моя бабушка со стороны мамы и дед со стороны отца, но его я знала совсем плохо. Оба они давно умерли. Тогда я стала расспрашивать родителей. Я узнала, что со стороны отца у меня были бабушка и дед, но моя бабушка (папина мама) рано умерла и папа не знает ни чего про неё: откуда она родом, кто её родители. Мой дед (отец отца) был незаконно рождённым сыном. Дело было в деревне где – то в центральной части России. У деда был брат (видимо законный сын того помещика), но их связь прервалась во время ВОВ.

Со стороны мамы история не длиннее. Отец мамы погиб на ВОВ, когда мама была совсем маленькая (2года), а бабушка ни чего не знала про его родителей или никогда не рассказывала своим дочерям. У неё самой было много братьев и сестёр, но половина из них были сводными. Свою маму (мою прабабушку) она не помнит т. к. она рано умерла (потеря опоры), и про отца (моего прадеда) никогда не говорила. Потеряв своего мужа (свою опору), она осталась одна с двумя детьми и больше уже не вышла за муж. Вот и вся история моего рода, вот и вся опора. Единственный вывод, который напрашивается: мои предки предпочитали молчание разговорам, а ведь для того, чтобы молчать надо хорошо себя контролировать (вот вам и начало моего сверхконтроля) Конечно, учитывая историю нашей страны, такое умение молчать помогало более менее спокойной жизни: чем меньше высказываясь, тем спокойнее и безопаснее. Это умение молчать я унаследовала от предков по полной ещё и своего добавила, но дело в том, что в современном мире надо ещё и уметь говорить. Уметь формулировать свои мысли, уметь их высказывать, уметь объяснить свою точку зрения и т. д. и т. п. С этим у меня гораздо сложнее.

Подведём небольшой итог - даже не углубляясь особо в историю своего рода, а только прикоснувшись к ней, я увидела откуда берёт начало моя безопорность - дед (со стороны отца) родился и отец его не признал, моя бабушка со стороны мамы рано потеряла свою мать, а потом потеряла мужа. Тут же зародился и сверхконтроль чтобы молчать – надо себя контролировать.

Теперь я знаю, что для продвижения вперёд нужна хорошая основа, то на что можно опереться. Точнее в теории - я это узнала давно ещё в институте, когда изучала детскую психологию, но как это выглядит на практике - я не представляла. В моей жизни всегда было так: либо я что – то знаю и умею и тогда я хорошая дочь, сестра, ученица и т. п., либо я не знаю, и не умею, и тогда я плохая и меня не любят. Но как добраться из не знаю в знаю я не знала. В детстве я искала опору в родителях, но не найдя её, я пробовала опереться на своих подруг, но скоро поняла, что это не надёжная опора. Вначале подросткового возраста я попробовала компенсировать недостаток внутренних опор – опорами тела. Я пошла заниматься конькобежным спортом, в котором ногам уделяется особое внимание мышцы ног усиленно качаются.

Так укрепив свои ноги я дожила до того момента когда в моей жизни появилась первая очень крепкая опора – это мой будущий муж. На него я могла опереться всегда и во всём. Правда, это больше походило на перевешивание проблем с больной головы на здоровую. Он просто решал все мои проблемы. На фоне не умения опираться, я очень хорошо умела всё контролировать. Пока я жила с родителями самыми лучшими днями были дни – когда родители уезжали в сад на весь день, а я оставалась дома. Я весь дом переустраивала, так как мне нравилось, я планировала, что и как я буду делать и следовала своему плану до самой последней точки. Если же мои планы, под воздействием каких – либо причин изменились, я начинала нервничать, и делала всё возможное чтобы выполнить намеченное, если же не удавалось, то я считала что день прошёл зря. От родителей я ушла при первой возможности и уже больше не подпускала их к своей жизни. Моему мужу тоже пришлось не легко со мной. Начнём с того, что как человек, который привык всё контролировать, я контролировала и свои чувства. Для меня показать кому – то, а тем более мужчине, свои чувства было сродни смерти. В моей жизни был опыт когда в пылу

споря с отцом я дав волю чувствам наговорила грубостей. Для меня это плохо закончилось. Об этом я упоминала в своей курсовой. В добавок ко всему, мне как человеку с плохими опорами и повышенным сверхконтролем, требовалось постоянное словесное подтверждение того, что меня любят. Я могла по несколько раз в день переспрашивать: «ты меня любишь?», получив утвердительный ответ я задавала совсем дурацкий вопрос: «ты уверен».

Я не знаю сколько выдержал бы мой муж, но у нас появился первый ребёнок и тут моему сверхконтролю пришлось совсем тяжело. Дело в том, что ребёнку нужна моя любовь, а не контроль. Но мне было легче контролировать, а не любить. И тогда, моя дочка, начала меня учить. В конце первого месяца у неё наметился определённый режим который выражался в основном в раннем вставании(6 ч. утра) и раннем укладывании спать на ночь(9 ч. вечера). Меня этот режим не очень устраивал, т. к. я сова и люблю поспать с утра, но после пары недель тщетных попыток передвинуть время пробуждения хотя бы на пару часов я смирилась и стала планировать свои дела в рамках её режима. Не прошло и трёх дней как Саша поменяла режим с точностью до наоборот: она стала спать до 12ч. дня и засыпать вечером после 12ч. Но я то уже распланировала всё по предыдущему режиму!!!! Я долго сопротивлялась, пробуя вернуть её к прежнему режиму - безрезультатно. Пока я не смирилась и не распланировала свой день в соответствии с её новым режимом . Как только, я это сделала режим дочери ещё раз поменялся. В течении первого года жизни мы меняли режим раз 5. Благодаря Саше я тогда впервые задумалась: почему так происходит, почему я испытываю чаще негативные чувства и совсем не умею радоваться и беззаботно смеяться, как это умеет моя дочь. Более того именно эти качества моего ребенка вызывали во мне наибольшее раздражение.

Из выше сказанного можно сделать вывод: мой ребёнок показал мне что ей нужна мать умеющая любить, а не контролировать; и мать, имеющая внутреннюю опору, для того , чтобы суметь поддержать растущего человека.

Я стала посещать разные семинары. Я пробовала работать в разных направлениях психологии: гештальт - терапия, психодрама, я пробовала изучать транзактный анализ, я изучала различную литературу по психологии, но видимо в силу того , что сверхконтроль был силён практически не каких изменений не происходило. Я только находила у себя всё новые и новые проблемы, а путей решения я не видела.

Совсем всё по другому было с танатотерапией. Решение проблем происходит опосредованно, через тело. При этом работа ведётся сразу со всем кругом базовых проблем. Для меня этот метод оказался очень действенным. Можно сказать, что на первом семинаре у меня началась новая жизнь . Во – первых у меня появилось тело, к тому же оно не просто появилось оно стало оживать. У меня появился и стал накапливаться опыт опорности. Сначала это был только опыт тела, потом этот опыт стал переходить на уровень мыслей и чувств: я стала больше доверять себе, своим чувствам. Каждый семинар открывал что – то новое. Я перестала переспрашивать мужа любит ли он меня т. к. чувствую его любовь. Поработав на личной терапии со своими чувствами, мне стало проще показывать свои чувства и говорить о них. Я смогла признать у себя наличие негативных чувств. Потихоньку стал расслабляться сверхконтроль и я уже научилась доверять не только себе и своим ощущениям, но и жизни. Многие ситуации стали решаться при моём минимальном воздействии. Причем это именно доверие жизни, а не уход от решения проблем. Что раньше со мной тоже регулярно случалось.

В начале лета со мной произошло событие , которое показало на сколько я изменилась: Мне необходима была консультация одного специалиста, но встреча с ним несколько раз переносилась и откладывалась по абсолютно объективным причинам. Наконец, мы договорились о встрече, и когда я собралась ехать, я поняла, что не знаю адреса (само по себе это обстоятельство уже показывает направление для дальнейшего личного развития). Раньше я бы уже давно отказалась от встречи. Сейчас же я подумала о том , что у меня это последняя возможность, а консультация мне необходима. Немного

посообразав, я попробовала созвониться с этим человеком, но он не отвечал. Тогда я решила всё – таки поехать т. к. знала район проживания и по дороге дозвониться. Приехав в нужный мне район, я так и не дозвонилась. Посомневавшись ещё немного, я в записной книжке нашла номер своей знакомой, которая знала нужный мне адрес. Но она живёт в другом городе, и я не была уверена что дозвонюсь. Я попробовала – и у меня получилось!!!! Я добралась до нужного человека и получила необходимую мне консультацию. Я очень благодарна этому человеку и за оказанную мне консультацию и за то, что не вольно, он помог увидеть мне на сколько я изменилась. Что я не пасую перед первым же препятствием, а могу двигаться к цели, решая по пути возникшие задачи.

В этой ситуации я доверилась своим чувствам, ослабила контроль, доверилась своему телу и оно меня вывело в нужное место и в нужное время.

На мой взгляд уже можно говорить о присутствие внутренней опоры.

Научившись опираться на саму себя, я поняла что могу уже сама, хотя бы частично решать свои проблемы (задачи). По мере ослабевания сверхконтроля мне стало легче проявлять свои чувства к мужу. Я почувствовала что быть женственной приятно и наши отношения с мужем стали более гармоничными. Теперь я стараюсь опираться на свою женственность, а не на свою беспомощность.

С одной стороны одно из первых правил танатотерапии - «не спеши» и чётко следя ему, я как – то не спеша, и соблюдая закон контакта, беря на каждом семинаре ровно столько сколько могу «унести», я как – то очень быстро стала другим человеком(2 года по сравнению с предыдущими 10 годами на протяжении которых я искала пути решения своих проблем это относительно немного.) : У меня повысилась самооценка, я научилась ставить перед собой цель и двигаться к ней, я научилась решать проблемы по мере их поступления , а не все сразу, я учусь формулировать свои мысли более менее связно. Я перестала бояться окончания чего – либо (отношений с людьми или дел), я знаю , что у меня будут новые дела и новые отношения . Я обрела обратно своё тело и продолжаю узнавать его заново, у меня стало глубже дыхание. Моя жизнь стала ярче, в ней появилось больше чувств, радости, увлечений.

В заключении своего не большого самоисследования можно сделать несколько выводов: у меня появилась внутренняя опора, я научилась доверять своим чувствам, проявлять их, контроль стал слабее, у меня стали более яркие отношения с мужем и у меня появилась надежда, что продолжая свою личную терапию и работая в рамках метода танатотерапии я продолжу своё личное развитие и в профессиональном направлении, во взаимоотношениях с мужем, детьми, и уже можно сказать , что моя жизнь стала намного ярче – она приобрела массу новых оттенков, интереснее, более полной и живой.

СПАСИБО!!!!

Список литературы:

1. Баскаков В. Танатотерапия. Теоретические основы и практическое применение. Институт общегуманитарных исследований В.Секачев. М.2007
2. Свободное тело. Хрестоматия. Составитель В.Баскаков/Институт общегуманитарных исследований/М.2004
3. Сеидов М.М. Телесная терапия./Воронеж.НПО<<МОДЭК>>2006
4. Кэрол У. Пэрриш-Хара. Смерть и умирание: новый взгляд на проблему./Институт общегуманитарных исследований/М.2003
5. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии. Редактор составитель В.Баскаков./Институт общегуманитарных исследований М.2006
6. А.Лоуэн. «Психология тела» /Институт общегуманитарных исследований/ М: 2006
7. И. Г. Малкина-Пых “Психосоматика” /справочник практического психолога/М. ЭКСМО 2004.
8. Соловьёв Вл. “Идея сверхчеловека” Избранное. М. 1990г.

9. Арье Ф. Человек перед лицом смерти. М. 1992г.
10. Ошо “Смерть-величайший обман”. К. 2002г.

3.5. Константина Д..С. Механизм и возможности работы метода танатотерапии с внешними и внутренними границами тела (Курсовая работа)

РЕФЕРАТ

Человек живёт. И это, наверное, главное: жизнь ценится больше всего. Все науки, так или иначе, изучают человека, обеспечение и условия его жизни. И каждая из наук рассматривает человека с определённых позиций, как бы расчленяя его существо, его жизнь на главное и второстепенное, доступное научному познанию и выходящее за рамки, однозначное и метафорическое, «земное» и «божественное». Ум, чувства, тело – для некоторых очевидно, что это и есть человек. Однако если вычесть какую-либо составляющую, то получится не часть человека, а разрушение единой целостности. Каждое мгновение своей жизни мы и осознаём, думаем и чувствуем, будучи одновременно функционирующим биологическим организмом. Не так много научных направлений признают такую целостность человеческого существа, обращаются к человеку как к полноценному во всех своих проявлениях. Одно из них, может ведущее, - психология телесности и телесно-ориентированная психотерапия. Цель телесно-ориентированного направления – наладить естественный для человека, но нарушенный многими причинами, контакт различных сфер человеческого бытия, включая собственное тело. Такой подход в психологической науке сравнительно молод и представляет широкие возможности для исследований, получения новых знаний и практических навыков.

Моя работа относится к исследованиям в области телесно-ориентированной терапии в России, а именно метода Танатотерапии (метод психотерапевтического воздействия на весь круг проблем человека и весь спектр телесности [6]).

Цель данной работы – раскрыть механизм танатотерапии с точки зрения работы с внешними границами тела (расслабление, тотальное расслабление, модель «правильного умирания»), воздействия на психологические, внутренние его границы и результаты такого взаимодействия с границами телесности клиента.

В основу берутся взгляды на психологию телесности, в частности на границы тела, русских учёных (Зинченко В. П. , Леви Т. С. , Тхостов А. Ш. и т.д.), исследования и труды разработчиков и основоположников метода танатотерапии – Баскакова В.Ю. и Газаровой Е. Э., а также индивидуальный опыт автора и знания, накопленные во время прохождения обучающей программы и индивидуальных сеансов по методу танатотерапии.

Объектом исследования является тело человека, его биологические особенности и психологический образ.

Предметом – механизм и возможности работы метода танатотерапии с внешними и внутренними, психологическими границами тела.

Выдвигается гипотеза: метод танатотерапии, работая с внешней границей тела человека, моделирует процесс «правильного умирания», расширяя тем самым индивидуальный опыт человека и его психологические границы.

В связи с этим в работе ставятся задачи раскрыть понимание внешних и внутренних границ тела в современной психологии телесности, обозначить практические аспекты метода танатотерапии перекликающиеся с этой темой, но имеющих небольшую теоретическую базу и нуждающиеся в дополнительном изучении, изучить аспект работы метода с границами тела и возможности такой работы.

Исследование проводилось путём получения и интеграции теоретических и практических знаний из общей психологии телесности и метода танатотерапии в частности.

В данном исследовании автор надеется углубить теоретическую базу метода танатотерапии, представить новый взгляд на его практические аспекты и попытаться понять феномены танатотерапевтического процесса с точки зрения особенностей границ тела. Данная тема представляется интересной, т.к. в имеющейся литературе и материалах обучающих семинаров, на взгляд автора, подробно описаны возможности подхода, основные приёмы, ощущения тела клиентов и действия терапевта, результативность и др. – но внутренняя «механика» метода не имеет пока единой системы обоснования и является интересной темой для изучения.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....

Понимание внешних и внутренних границ тела.....

Механизм становления границы телесности

Танатотерапия как метод работы с границами тела

Тотальное расслабление, контакт с процессами смерти и умирания, познание себя

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Тема границ тела имеет непосредственное отношение к методу танатотерапии: будучи телесно-ориентированным, он работает с телом клиента, т.е. взаимодействие терапевт-клиент происходит непосредственно на этой границе- приёмы прикосновений, отвода конечностей, вытягивания.

Однако трудно разобраться как именно «работают» эти приёмы, как например прикосновения, не привязанные к определённым точкам и не имеющие чёткой выведённой последовательности, приводят не к усилению контроля, активации мышц или более чёткому осознанию контуров своего тела, а к глубокому расслаблению, феноменам «потери» конечностей и ослаблению контроля сознания.

Данная работа выступает попыткой связать теоретические представления о границах тела с практическими возможностями (и результатами) метода танатотерапии; и, возможно, укрепить теоретическую базу метода.

За основу понимания границ тела взяты взгляды русских учёных. Так в работе [Т. С. Леви](#) «Психологическая граница как телесный феномен» рассматриваются особенности психологической границы как несовпадающей с границами физического тела, но являющейся компонентом телесности; как пространства *между* – внешним и внутренним. «Телесность предполагает наличие особой границы, которая с одной стороны, защищает нашу психику от разрушающих внешних воздействий, а с другой пропускает необходимые для нас энергии» [8].

Тхостов А. Ш. подчёркивает случаи несовпадения границ (например, феномен зонда) и выделяет внешнюю и внутреннюю границы. Внешняя граница — это объективное место взаимодействия внешнего мира и человека, т.е. поверхность тела. Внутренняя граница — это субъективное ощущение человеком того, «где он заканчивается» [3].

На основе теоретических данных, практических навыков и личного, клиентского опыта, мне представляется интересным провести исследование и сопоставить знания о границах телесности и возможностями и результатами практического применения танатотерапии.

1. Понимание внешних и внутренних границ тела

Подробнее раскрою определение данных понятий и их особенности, чтобы использовать в дальнейшем.

Речь идёт об особой границе, проходящей между внешним пространством (осознаётся субъектом как "не-Я") и внутренним миром ("Я"), и задающей, таким образом, субъект-объектное членение реальности. На этой границе происходит взаимодействие двух пространств: телесности субъекта и внешнего мира. Т.е. происходит разделение двух активных сфер, поэтому и само пространство *между* не является однородным. Относительно субъекта эту неоднородность выражает направленность границы во вне и внутрь, условно разделённая на внешнюю и внутреннюю границы тела.

Итак, под внешней границей тела подразумевается область взаимодействия внешнего мира и человека, поверхность тела, объективируемая в коже. Она носит защитную функцию, является барьером от проникновения или поглощения извне, и, кроме того, это место соприкосновения, регистрации стимулов.

Отмечают, что генезис самосознания, выделение Я из не-Я происходит на базе физического выделения себя из внешнего мира, посредством стимуляции поверхности тела — его пространственной границы

Внутренняя граница — это субъективное ощущение человеком того, «где он заканчивается» (Тхостов: Я расположено именно там, где начинается *не-Я*).

Она контейнирует внутреннее содержание, регистрирует внутренние стимулы, выполняет проводниковую роль между внутренним и внешним пространством.

Т.С Леви описывает "психологическую границу", указывая что речь идёт об идентичном феномене ("внутренняя граница", "граница жизни" и т.д.).

"Телесность предполагает наличие особой границы, которая с одной стороны, защищает нашу психику от разрушающих внешних воздействий, а с другой пропускает необходимые для нас энергии. Она обеспечивает нам возможность выражать себя в мире и, вместе с тем, сдерживать, «контейнировать» определенную внутреннюю энергию... Психологическая граница формируется в процессе осознания своего собственного внутреннего пространства и его отстаивания, преодоления симбиотических отношений. " [8]

В работе " Психологическая граница как телесный феномен" раскрыты некоторые важные качества и особенности "психологической", внутренней границы тела.

Так психологическая граница имеет энергийную природу: те или иные ее характеристики возникают как временное сочетание сил для решения задачи осуществления конкретного взаимодействия человека с миром. Психологическая граница проявляется в активности человека, в его действиях.

Качество границ есть выражение внутреннего, энергетического и соответственно психического состояния человека.

Оптимальная граница способна в зависимости от состояния мира и нашего собственного желания менять свои характеристики (плотность, проницаемость, толщину, форму и т.п.), тем самым, обеспечивая взаимодействие человека, адекватное его возможностям, мотивам и ценностям.

Психологическая граница развивается и изменяется на протяжении всей нашей жизни. Оптимальная психологическая граница, представляет собой выстроенный в процессе жизненного пути усилиями самого человека функциональный орган. Для адекватного взаимодействия человека с окружающим миром важно владение всем спектром вариантов изменения границы.

Формирование оптимальной в данный момент, для данной ситуации границы предполагает соотнесение информации о состоянии внутреннего и внешнего пространств. Для формирования оптимальной границы необходима двоякая чувствительность: внутренняя, со стороны внутреннего тела, и внешняя, возникающая в процессе соприкосновения с миром ("чувствительность к Себе и к Миру").

В исследованиях границ тела предполагается, что в процессе взаимодействия двух сред могут возникать различные деформации внутреннего пространства, изменения характеристик внутренних границ, что впоследствии может приводить к неэффективности этого взаимодействия, ухудшению качества взаимодействия с миром.

Каждая граница может нарушаться отдельно от другой, и их нарушения или особенности специфически определяют психосоматическую структуру субъекта [3].

Таким образом, как внутренняя, так и внешняя границы образа тела представляют собой психофизические образования, проявляющиеся, с одной стороны, на ментальном уровне в виде образов, фантазий, а с другой, — объективирующиеся на телесном, физическом уровне.

2. Механизм становления границы телесности

Определив, что именно подразумевается под двойкой границей тела, "пространством между", соединяющим внешнюю и внутреннюю, субъективную реальности, очень важно определить каким же образом и где пролегает эта граница.

В. А. Подорога отмечал, что граница жизни (внутренняя в терминах данной работы) "является *виртуальной* ... границей, изменяющей в каждое последующее мгновение предыдущий образ нашего тела, и мы даже не всегда „схватываем“ эти мгновенные изменения; порой эта граница смещается столь далеко за предписанные организмом пределы, что не в силах вернуться к исходной физиологической границе, — то напротив сжимается, наподобие шагреневой кожи, ускользает от себя в глубины Внутреннего".

Установить границы — это значит определить или установить рамки контакта или отношений между собой и окружающим миром.

Однако эти нехитрые рассуждения открывают ряд крайне сложных вопросов о субъект-объектном разграничении: что служит критерием различия этих событий? Устойчива ли эта граница, что ее определяет и как она устанавливается?

Неоднозначность местоположения такой границы может быть продемонстрирована в классическом психологическом феномене зонда (Бор, 1971; Леонтьев А.Н., 1975).

А. Ш. Тхостов чётко описывает механизм становления границы телесности и место ее локализации: они связаны с измерением автономности/предсказуемости объекта, его управляемости/независимости.

Феномен зонда позволяет продемонстрировать как минимум два момента субъект-объектной диссоциации. Во-первых, факт подвижности границ субъекта, а во-вторых, универсальный принцип объективации: свое феноменологическое существование явление получает постольку, поскольку обнаруживает свою непрозрачность и упругость.

«Иное» не может быть предсказано, и именно граница этой независимости есть граница субъект-объектного членения. Все, что оказывается по одну сторону этой границы, есть *Я*, а то, что лежит по другую, — *иное* [12].

Плотность внешнего мира определяется степенью его предсказуемости, придающей его элементам оттенок «моего», т.е. понятного и знакомого, или, напротив, «чуждого», т.е. неясного, непрозрачного.

Становясь «своим», внешний мир начинает терять свою плотность, растворяясь в субъекте, продвигающем свою границу вовне.

Наиболее четким критерием освоенности, сворачивания в устойчивый конструкт служит само «исчезновение» феномена, которым я начинаю пользоваться, не испытывая никаких затруднений, и само существование которого становится для меня неявным [12].

Более того, при условии полной прозрачности, управляемости, предсказуемости внутренней среды, внутреннего мира субъекта "сталкиваемся с...полной утратой самого субъекта, обнаруживающего себя лишь в месте столкновения с «иным» и отливающегося в его форму".

Однако тело как физический механизм подчиняется целому ряду объективных законов и ограничений, его "прозрачность" исходно неполна, и естественными формами его проявления выступают физиологические функции. Свое существование (как объект сознания) тело получает, лишь демонстрируя упругость и непрозрачность, неадекватность прогнозирования и управления. Эта исходная, всегда присущая телу «недостаточность» и несовершенство его механизма порождают стабильное существование самого феномена тела. Подобным образом и сознание, мышление и чувства человека обнаруживают себя лишь при столкновении с новым, необдуманным, непонятным, ещё не вполне освоенным.

Таким образом, говоря о границах тела, следует помнить, что такая грань проходит между освоенным "моим" и неизведанным, неосвоенным "иным". Осознание феномена возможно только на этой границе.

В этом смысле *тело* располагается в некотором гипотетическом континууме, заполняющем разрыв между «черной дырой» чистого познающего Ego и непроницаемой

стеной непознанного, неосвоенного, непонятного, а посему и не имеющего никакой глубины познаваемого мира [12].

3. Танатотерапия как метод работы с границами тела

Метод танатотерапии находится в рамках ТОП и отвечает всем требованиям данного направления психотерапии. При этом строится он из своего специфичного подхода к проблемам телесности и психотерапевтической работе, работе с телом, через тело - body-tuning. В теоретическом и практическом плане метод глубоко затрагивает вопросы смерти и умирания (в т.ч. как процессы необходимые для жизни, исцеления и существования).

У основателей метода можно прочитать: в танатотерапии на концептуальном уровне заложено оказание помощи клиенту в налаживании партнёрских отношений со своим телом. Однако, это возможно лишь при содействии в установлении контакта с индивидуальными причинами дезадаптации: страхом смерти и его разновидностями (thanatos+therapia)...этот подход способствует налаживанию разбалансированных телесных процессов и установлению контакта с причиной дезадаптации ("настройка" внутренней реальности человека происходит через "настройку" тела) [6].

Но каким образом достигается этот эффект? Благодаря чему происходит "настройка" тела?

С одной стороны, это уже описано (условия для "настройки" и актуализации биологических реакций создаются за счёт обстановки работы с пациентом, особенностей приёмов, медленного темпа их выполнения ("иньский подход"), заботливого и оберегающего отношения танатотерапевта, качества терапевтического прикосновения).

С другой – теоретическое описание явно не отражает всей глубины практического метода, и как эффект от подобных условий можно предполагать релаксацию, чувство комфорта, снижение повседневного напряжения или, например, отреагирование детских переживаний. Трудно было бы на слово поверить в терапевтический эффект, затрагивание глубоких скрытых внутриличностных конфликтов, актуализацию темы смерти и умирания.

Именно поэтому в моей работе делается попытка глубже понять внутреннюю "механику" метода, с позиции границ тела больше понять "как это работает"

В первую очередь танатотерапия работает с внешними границами тела человека.

Позиция клиента – удобное, произвольное расположение на спине, что оптимально обеспечивает возможности расслабления и заземления тела. Человек занимает удобное (или "привычное" в схожих ситуациях) для себя положение – раскидывает или прижимает руки, ноги, распределяет вес,

т.е. естественным образом учтены все психофизиологические особенности как его тела, так и внутреннего состояния.

Обычно в этот момент остро ощущается любой дискомфорт – неудобства в одежде или мышечные напряжения (наиболее явные). На первых сеансах вхождение в процесс может быть более долгим, "скачут мысли": как о происходящем, так и актуальные переживания, бытовые вопросы. Хорошо слышны окружающие звуки. Пациент осознаёт присутствие терапевта и анализирует происходящее.

Танатотерапевт работает с конечностями, головой и "нетабуированной" поверхностью тела (т.е. деликатно обращается с культурным образом тела, личностное значение контакта при этом максимально снижается).

Помимо непосредственно технических приёмов (прикосновения, отвод конечности, вытягивание или изменение привычных опор), важно качество их действий ("контакт-земля") и общий режим ("иньский"): неспешные, плавные, деликатные, без нажима, но ощущимые, передающие состояние опорности, не-последовательные и не-хаотичные, адекватные общему состоянию телесности пациента (благодаря отслеживанию терапевтом биологических реакций и процессов в теле клиента).

Ответные реакции тела пациента проявляются в микро-движениях мышц, дыхании, податливости конечностей, движении глазных яблок и др.

Изменения на уровне внешних границ проявляются лишь в большей расслабленности тела (в т.ч. отчётлива видна тенденция к "увеличению" поверхности тела, или площади контакта с окружающей действительностью за счёт раскрытия ладоней, разведения носков ног, повороту головы). Нельзя в полной мере рассматривать это как терапевтический эффект.

Во время исполнения танатотерапевтических приёмов во внутренней реальности пациента происходят определённые трансформации: меняется качество восприятия окружающего пространства, своего тела; замедляется, изменяется или приостанавливается течение мыслей и др.

Можно с уверенностью говорить, что через определённое время (течения сеанса или спустя несколько занятий) контроль сознания ослабевает и перемещается с восприятия целостной обстановки (пространство, положения клиент-терапевт и т.д.) непосредственно на границу тела субъекта. Осознание перемещается всё глубже, постепенно концентрируясь на внутренних процессах – ощущениях тела, своём дыхании, возникающих мыслях, ассоциациях.

За счёт чего?

Рассмотрю эти процессы с позиции обозначения границ субъективности-объективности, управляемости-автономности. Речь идёт уже по большей части о внутренней границе тела.

Лёжа в выбранном положении, на спине (не часто мы отдыхаем в такой позиции), в кабинете терапевта, в его присутствии ("чужое место", "чужой человек"), человек и чувствует себя по-иному, непривычно. Первые минуты, ещё до прикосновений терапевта, происходит адаптация именно к этому состоянию, пространству, обстановке. При чём чем более привычна такая ситуация занятий, или выше субъективное доверие миру, внутренняя устойчивость (и гибкость границ), тем быстрее происходит "первичная" адаптация и человек может войти в танатотерапевтический процесс, "позволить себе" расслабиться.

В начале сеанса (до начала работы терапевта) отмечается некое непроизвольное расслабление клиента, углубление дыхания или занятие более удобной позиции. Можно предположить что эти признаки говорят как раз о том, что данная ситуация им приятна, освоена, клиент больше сосредоточен на своих состояниях, чем на внешних обстоятельствах сеанса.

Теперь граница наталкивается на "тёмные", непрозрачные очаги внутри тела: более отчётливо ощущаются напряжённые участки, особенности собственного дыхания, асимметрии положения, напряжённости или распределения веса в конечностях и т.д. Появляются желания изменить позу (раскрыться или сжаться ещё сильнее), расслабиться или получить соответствующую помощь.

Спокойный, медленный, доверительный режим танатотерапии даёт возможность субъекту сосредоточиться на внутренних переживаниях и столкнуться с такими проявлениями, которые обычно игнорируются в силу их привычности или маскируются, не проявляются в ходе активной деятельности.

Получается, что часть границ тела размыта, невидима (благополучное состояние, "прозрачное" для сознания). Контроль же концентрируется на мышечных зажимах, травмированных участках, местах, вызывающих особое беспокойство, это происходит в состоянии не-активности, т.е. уходит осознание с обычно работающих мышц - карта тела меняется (не рассматривая различные варианты ухода от собственных чувств, своих переживаний в излишнее напряжение или мнимое расслабление).

При этом "иньское" качество прикосновений терапевта производит следующий эффект (на примере приёма "театр прикосновений"):

они так или иначе акцентируют сознание на месте соприкосновения с телом субъекта. Однако мягкость, признак опорности, достаточная продолжительность, стабильность контакта позволяет субъекту его принять, пережить, прочувствовать ответ своего тела. Происходит как бы вторичное изучение части своей границы, подтверждение её стабильности, прозрачности, освоение. И контроль в этом участке быстро сменяется принятием, расслаблением (как контроля, так и мышечного напряжения).

Плавная последовательность процессов концентрации сознания- принятия и расслабления постепенно сменяется общим состоянием покоя, доверия, расслабленности, принятия происходящий изменений, "фазы" концентрации внимания мимолётны, расслабление становится глубоким и охватывает всё тело (успокаиваются очаги возбуждения, ситуация терапии не вызывает беспокойства, внутренние границы всё больше размываются и сознание не концентрируется на телесных реакциях).

В этом процессе участвует, откликается всё тело – с увеличением расслабления изменяется дыхание, наблюдаются сложные феномены распускания мышечных зажимов без непосредственного воздействия или синхронное расслабление конечностей, ощущения "оставшейся руки" (можно объяснить гибкостью, мягкостью границы в это время и сохранение определённой перцептивной схемы). В более глубокой релаксации престают ощущаться, "исчезают" расслабленные конечности, "провалы" в границе изменяют привычное восприятие своего тела. Подобно состоянию сна, тело переходит на "автопилот", запускаются неосознанные механизмы сонастройки и регуляции при наличии сознания (скорее самоосознания в тот момент). Клиенты отмечают не только необычные состояния тела, но и успокоение привычных мыслей и переживаний, на месте которых часто возникают образы, ассоциации, воспоминания (опорная функция, граница прозрачности переходит на психическую сферу).

Отчасти схожие процессы Тхостов упоминает в связи с сенсорной депривацией: "Лишение субъекта точек опор, снятие плотности окружающего мира (!) в экспериментах по сенсорной депривации приводили его к дезориентации во времени и пространстве, нарушениям мышления, особым эмоциональным состояниям, галлюцинациям (Bexton, 1954)."

Здесь стоит очередной раз задуматься о целостности, синхронности физических проявлений и психической жизни человека.

Также ситуация глубокого расслабления, доверия окружающему миру и принятие воздействий Другого (и даже поза клиента) отчётливо напоминает состояние младенца. Его разлитое, всеобъемлющее сознание, косвенное познание своего тела через прикосновения извне, "природная", здоровая от социальных наложений телесность явно находятся в контакте с ядерным уровнем доверия, удовольствия, с центром Личности. После сеанса клиенты обычно находятся в состоянии умиротворения, удовольствия, одухотворённости, часто возникает желание перевернуться в позу эмбриона и побывать в этом состоянии.

Таким видится механизм воздействия танатотерапевтических приёмов на внешние и внутренние границы тела: благодаря "иньскому", неспешному и мягкому методу взаимодействия с внешними границами клиента, достигается "вторичное" освоение внутренних его границ, что ведёт к глубокому расслаблению, временному изменению схемы тела и напряжённости мышления,

контакт с глубинными составляющими своей Личности, запуск бессознательных биopsихических механизмов сонастройки.

В таком состоянии растворения привычных границ (и ограничений!), расслабленному телу доступен весь диапазон естественных биологически-адекватных реакций, опыт которых обычно перекрыт общественно принятыми и укоренёнными нормами, образцами.

Заново выстраивая свои границы взаимодействия с внешним миром, в ситуациях открытия и закрытия, начинания и завершения, снятия напряжения человек, осознанно или нет, использует "новые" знания и умения.

Кроме описанной стадии глубокого расслабления, метод танатотерапии предполагает т.н. "тотальное расслабление", а также вышеупомянутое моделирование "правильного умирания" (где тело-объект входит в контакт с процессами смерти и умирания).

Как это происходит с точки зрения границ телесности и какие результаты даёт?

4. Тотальное расслабление, контакт с процессами смерти и умирания, познание себя

В теории метода подчёркивается значение тотального расслабления, когда внешне тело человека занимает положение подобное естественной, природообразной смерти. Состояние тела тогда сравнивается с состоянием умершего тела- по критерию "объектности" (проявления неподвижности, тяжести, упокоения). Именно смерть тела характеризуется абсолютным расслаблением, остановкой всех биологических систем. Именно максимально, totally расслабленное живое тело (сразу можно говорить об общем психофизиологическом расслаблении) может безопасно контактировать с глубинными переживаниями, страхами, конфликтами и находить естественные, "новые" пути их разрешения.

Можно попробовать рассмотреть эти же процессы с точки зрения границ телесности.

Так состояние тотальной расслабленности будет обозначать полное растворение ощущений своего тела, а значит потерю чётких границ между миром внешним и внутренним (предполагаю, что это стоит понимать не с клинической точки зрения как патологическое состояние, а как процессы гармонизации внешнего и внутреннего, опыт сверхчувствительной границы, может быть приближение к трансперсональным переживаниям).

Каким же образом тело расслабленного человека, предсказуемое, полностью прозрачное, становится "объектом" для собственного сознания?

А.Ш. Тхостов считает, что если только тело избыточно «замутняется», то оно переходит в разряд объектов, причем в случае полной «непрозрачности» мы оказываемся перед плоской стеной «неясного» [12].

Субъект может осознать себя лишь в превращенной внесубъектной форме — в форме объекта, в результате чего «при осознании мышления мысли действительно воспринимаются как бы извне» (Фрейд, 1924, с. 21).

При объективации мир, тело и сознание приобретают оттенок «чуждости», и только в «отчужденном» виде они могут существовать *для меня* и становятся доступны анализу. Универсальным критерием такого различия (как и в феномене тела) служит степень сопротивления (мера управляемости), испытываемого субъектом на границе *иного*, погруженного уже в само сознание, и само существование феномена говорит о его хотя бы частичной объективированности [12].

При этом обязательным условием осознания субъектом самого себя (своих тела, мышления, чувств) является наличие границы, определяющей положение субъекта: "речь идет о более фундаментальном моменте: о самой возможности очерчивания местоположения субъекта, для чего абсолютно необходимо существование разрыва, размечющего Я и *не-Я*" [12].

На мой взгляд, данное противоречие (расслабление, размытие границ- объектность тела и самоосознание) в процессе танатотерапии решается следующим образом: в степени тотальной расслабленности субъект действительно перестаёт ощущать свои границы привычным образом, при чём до такой степени, что освоенное, расслабленное тело, кажется, совершенно не подчиняется импульсам сознания, инертно или даже "отсутствует"- в состоянии покоя. Однако с телом клиента работает танатотерапевт, совершающий с ним определённые действия. И именно здесь пролегает граница телесности: сознание субъекта как бы отстранённо наблюдает, как с его телом что-то происходит. Тело становится объектом изучения, рассмотрения самого субъекта, граница переходит в психический план и проявляется когда с телом ("моим?"), ранее подчинявшимся собственной воле, происходят какие-либо движения. Это напоминает фантастические или "клинические" рассказы о душе, сознании, отделённом от тела реальной смертью: она осознаёт суть происходящего, лишь наталкиваясь на собственное, теперь отдельное тело.

Стоит заметить, что в танатотерапевтическом процессе уровень контакта с внутренним спокойствием, ощущением благополучия так велик, что объектность собственного тела не вызывает страха или неприятных эмоций.

И таким образом, момент тотального расслабления является действительно уникальной возможностью субъекта изучить себя, своё тело, пронаблюдать его в состоянии релаксации, сознательно изучить эти процессы.

Снятие напряжения необходимо для того, чтобы увидеть что-то новое, в том числе и разнообразие возможностей собственного поведения. Именно спокойное состояние позволяет человеку быть максимально чувствительным к себе и к миру [8].

А. Лоуэн отмечал по поводу взаимодействия со своей Самостью; "Контакт требует свободного движение энергии. Он становится возможным, только когда индивидуум распускает панцирь и начинает полностью сознавать тело, его чувствования и нужды, приходит соприкосновение с сердцевиной, с первичными влечениями".

В процессе танатотерапевтического воздействия, человек проходит через моделирование процессов "правильного умирания", его тело получает опыт глубокого расслабления и природообразной сонастройки, сознание учится принимать своё тело в различных качествах и вырабатывать различные способы отношения к действительности.

Подобно мифологическим трансформациям, ритуалам шаманов и всем природным процессам, данная техника "расщепляет" (осознание своих проблемных участков, раздробленности мышечным панцирем), "умертвляет" (вторичное освоение тела, расслабление, выход за рамки слитной телесности) и, наконец, "возрождает" тело обновленным, отдохнувшим, успокоенным и примирённым с внешней и внутренней действительностью.

("Переход через непреодолимую границу — смерть совершается благодаря рассечению тела на мельчайшие кусочки и остатки. Возрождение возможно (воскресение) только благодаря обновленной сборке тела, обновленного *полного тела*. От тела расчлененно-рассеченного, раздробленного к телу полному, возрожденному. Вот переход, который неизбежно выполняется, для того, чтобы тело, впавшее в смерть, смогло возродиться для новой жизни" [11]).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В своей работе я постаралась дать объяснение понятиям, с которыми я работала (внешняя и внутренняя границы тела). И проследить, как практические методы танатотерапии достигают своего эффекта, рассматривая их как воздействие на границы телесности.

Из моего анализа следует, что, работая с внешней границей тела, техники танатотерапии оказывают прямое воздействие на состояние внутренней границы субъекта, его самоощущение, самоощущение, телесный и духовный опыт.

В результате использования метода танатотерапии действительно возможно улучшение и развитие качеств внутренней, "психологической" границы телесности.

"Если мы не резонируем с другими — то только потому, что не резонируем внутри себя" [10]. Танатотерапия, через расслабление, тотальное расслабление и моделирование процессов

естественного умирания, расширяет возможности человека в чувствовании себя, даёт умение находиться в потоке гармонизирующего расслабления-единения со своей природой и окружающим миром, увеличивать чувствительность к Себе и К Миру, резонировать со своей Самостью и окружающими.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баскаков В.Ю. Терапия танатоса структура // Междисциплинарные проблемы психологии телесности. /Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М. 2004. С.133–148.
2. Баскаков В.Ю. Танатотерапия. М., 2007
3. Бескова Д. А., Тхостов А. Ш. Телесность как пространственная структура // Междисциплинарные проблемы психологии телесности. /Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М. 2004. С.133–148.
5. Большой психологический словарь /Под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. М. 2003.
6. Газарова Е.Э., Психология телесности – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2002 – 192 с.
7. Леви Т. С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Междисциплинарные проблемы психологии телесности /Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М., 2004. С.288–309.
8. Леви Т. С. Психологическая граница как телесный феномен.
9. Лоуэн А. Психология тела: биоэнергетический анализ тела/Пер, с англ. С.Коледа — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2000 — 256 с.
10. Лоуэн А. Терапия, которая работает с телом. СПб., 2000
11. Подорога В.А. Полное и рассеченное структура // Междисциплинарные проблемы психологии телесности. /Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М. 2004. С.133–148.
12. Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М., 2005.
13. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
14. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. Редактор-составитель Баскаков В.Ю. Свободное тело М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 — 224 с.
15. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.
16. Тищенко П.Д.. Тело: философско-антропологическое истолкование структура // Междисциплинарные проблемы психологии телесности. /Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М. 2004. С.133–148.

4. Танатотерапия как средство психокоррекции

4.1. Исследование эффективности метода танатотерапии с использованием проективного рисуночного теста Шубина Е.В. (г. Санкт-Петербург)

Исследование метода танатотерапии было проведено методом проективного рисуночного теста.

Исследование проводилось на следующий день после проведения танатотерапевтического тренинга (01-03 февраля 2002 г.) Всего в обследовании приняли участие 50 человек, из них 38 женщин и 12 мужчин. Половина группы - 25 человек (21 женщина и 4 мужчин) участвовали в тренинге и проходили сеансы танатотерапии. Другую часть выборки - не участвовавших в тренинге составили студенты МГОПУ им. Шолохова и ЛГОУ им. Пушкина (17 женщин и 8 мужчин). Возраст испытуемых лежит в границах от 22 до 35 лет.

Необходимо отметить, что все участники обследования, независимо от того, к какой группе испытуемых они принадлежали, имели достаточно высокую мотивацию к выполнению задания. Большая часть участников имеют законченное или незаконченное психологическое образование и проявляют интерес к исследовательским работам в области психологии. И та, и другая группа испытуемых изначально имела установку на качественное выполнение задания, из чего можно сделать вывод, что любое изменение эмоционального состояния в процессе работы было вызвано условиями самого задания.

Испытуемым было предложено нарисовать рисунок на тему «смерть». Никаких других пояснений, уточнений и установок не давалось. Испытуемым выдавался белый лист бумаги, набор цветных фломастеров (12 цветов), акварельные краски. Время на исполнения рисунка не ограничивалось. По окончании испытуемым предлагалось рассказать о том, что изображено на рисунке. Уточняющие вопросы не задавались.

При последующем анализе рисунков были выявлены существенные различия в используемой цветовой гамме, графической и тематической стилистике.

Рисунки лиц, не принимавших участие в танатотерапевтических сеансах, в отличие от участников тренингов характеризовались:

1. Скудностью и маловыразительностью художественных изобразительных приемов, которые использовались в процессе рисования.
2. Преимущественным использованием темных цветов
3. Незначительным заполнением поверхности листа рисунком.
4. Смещением рисунка в нижнюю границу листа, в зону «земли».
5. Использованием стандартной, общепризнанной, социализированной символики (дорога, крест, могила и т.п.).
6. Относительно малым наполнением рисунка цветовым содержания («незакрашивание» и «непрорисовывание» внутренних частей изображения), что в данном случае можно трактовать, как нежелание акцентировать внимание на предложенной теме.
7. Значительно меньшим (по сравнению с результатами лиц, проходивших сеансы танатотерапии) временем, которое затрачивалось на выполнение рисунка.
8. Менее выразительным описанием рисунка.
9. Преимущественно - отказом от получения копии рисунка.

Цветовое преимущество в рисунках лиц, не проходивших сеансы танатотерапии.

Очень важным показателем отношения испытуемых, не проходивших сеансов танатотерапии, к смерти было отсутствие «Я-образа» в рисунке. Из всей группы только два человека сказали о том, что нарисовали собственную смерть. Все остальные

изображали смерть, как абстракцию, как нечто, не имеющее к ним никакого отношения, даже в отдаленном будущем.

Если условно разделить рисунки на стандартно-символические (содержащие общепринятую символику, апеллирующую к самому понятию «смерть»), проективные (отражающие события собственной жизни, собственный опыт, наблюдения) и эмоциональные (передающие отношение к смерти, как правило - страх), то группа разделилась следующим образом. Стандартно-символические рисунки были получены от 60 % испытуемых, эмоциональные от 30% и только 10% рисунков можно отнести к проективным.

Испытуемые отмечали заметное ухудшение своего эмоционального состояния («упало настроение», «нет желания даже думать об этом», «сразу столько грустных воспоминаний»), в некоторых случаях агрессивность в адрес проводящего тест.

Цветовое преимущество в рисунках лиц проходивших сеансы танатотерапии.

В отличие от них испытуемые, которые проходили сеансы танатотерапии, принимались за выполнение задания с большим желанием, не выказывали отрицательного отношения к теме рисунка, объяснения содержали положительную эмоциональную окраску. На выполнение рисунка затрачивалось больше времени, использовалась богатая цветовая палитра, отмечалось незначительное использование черного цвета. В рисунках содержалась нестандартная, несоциализированная символика. Испытуемые не боялись проявить в рисунке и его описании собственные чувства и отношение к смерти. Даже тогда, когда испытуемый говорил о наличии страха смерти, он не боялся его показать, проявить и соответствующим образом на него отреагировать. Один из участников исследования, проходивший сеанс танатотерапии, нарисовал собственные похороны: себя лежащим в гробу посреди большого зала с колоннами, в окружении скорбящих родственников. В объяснении он сказал, что всегда боялся представить именно момент собственных похорон, который ассоциировался у него с абсолютной конечностью жизни. Участие в тренинге, в результате которого произошла глубинная проработка всех связанных со смертью страхов, и возможность выразить свои чувства посредством рисунка дали возможность открыто взглянуть на собственную проблему. Нарисовав похороны, как бы взглянув на них со стороны, испытуемый не только отреагировал свой страх, но и осознал его причины, одной из которых было неоднократное присутствие на похоронах близких родственников в ранне-детском возрасте. Другая участница тренинга изобразила смерть в виде женского силуэта. В объяснении она сказала, что после тренинга ассоциирует смерть с прекрасным и хотела подчеркнуть ее телесную сущность.

Отмечено, что 60% лиц проходившие сеансы танатотерапии рисовали свою собственную смерть, о чем говорили и на что акцентировали в рисунке. Некоторые испытуемые пытались отобразить даже собственные ощущения процесса умирания (представление о нем или ощущения полученные в результате инициации естественной, правильной смерти по В. Баскакову). По предложенной классификации 30% рисунков участников танатотерапевтических сеансов и тренинга относятся к стандартно-символическим, 45% - к проективным и 25% - к эмоциональным.

Участники не отмечали изменения эмоционального состояния в худшую сторону. Некоторые говорили, что испытывают радость от возможности открыто выражать свои чувства и отношение к смерти. Замечено, что абсолютно все участники, проходившие сеансы танатотерапии не были настроены отрицательно к теме задания. Несмотря на то, что отношение к смерти, в особенности к собственной смерти, у участников, проходивших сеансы танатотерапии, различное, все они отмечают, что стали лучше осознавать свои чувства и не стремятся вытеснить их.

Как известно, человек, не обучающийся рисованию специально, даже будучи взрослым остается на определенной стадии детского или подросткового рисования. Также

можно утверждать, что определенному возрасту соответствует определенный страх смерти. От ранне-детского «мама, я что умру?» до зрелого страха уйти в тяжелой болезни, не дорастив детей и не сделав всего, чего хотелось в жизни. Как показал опыт, большая часть потенциальных участников тренингов по танатотерапии находится на той или иной стадии «застревания» на детских формах страха смерти. Это видно и на рисунках. Среди тем, на которых акцентируют внимание испытуемые - это пустота (меня нет); чернота (ничего больше не увижу); одиночество.

Глубинный анализ рисунков на тему «Смерть», позволил предположить, что существует взаимосвязь между выражением страха (тем самым «застреванием» на определенной возрастной фазе) и художественно-изобразительным возрастом рисовальщика. В связи с этим возникает вопрос, не блокирует ли столь мощный страх, каким является страх смерти творческие и когнитивные способности человека?

Учитывая, что метод исследования с помощью рисуночного теста относится к проективным методам, для подтверждения правильности сделанных нами выводов необходимо продолжение данного исследования с помощью более широкого спектра методик, предпочтительно предлагающих объективную оценку. Тем не менее, значительное количество различий в оценке собственного отношения к смерти, выразившихся в рисуночном тесте, демонстрирует мощный динамический эффект танатотерапевтического воздействия, проявляющийся в способности к изменению психического отреагирования столь глубокого страха, как страх смерти.

4.2. Танатотерапия посттравматического стресса В.Ю.Баскаков (г. Москва)

Сб. Актуальные проблемы психофизиологической коррекции функционального состояния военнослужащих / Материалы всеармейской научно-практической конференции (25-26 октября 2001г.)- СПб.: ООО “ФАРМиндекс”, 2001.- с.372-373.

Танатотерапия (от греч. *thanatos* смерть и *therapia* - уход, забота, лечение) - область установления человеком максимально полного контакта с процессами умирания и смерти (Баскаков В., 1991, Баскаков В., 1998, Баскаков В., 2000, Баскаков В., 2001, Baskakov V., 1994). Утрата культуры т.н. *правильного, естественного* умирания и смерти, выражаяющейся к подготовке к смерти при жизни, ясном понимании наличия процессов умирания и смерти в каждодневных жизненных актах, отсутствие примеров такой смерти в настоящий момент - сформировало образ смерти-монстра, мучительной агонии. Даже слово смерть превратилось в табу.

Посттравматический стресс, как реакция на страх смерти, максимально подчеркивает различия «социального» и «животного» тела человека. Сам стресс является результатом отсутствия контакта, взаимодействия указанных видов тел, их взаимоподдержки. В момент сильного страха смерти человек пытается опереться на привычный ему способ реагирования - через конвенциональные структуры сознания, максимально усиливает присущие ему социальные/культурные и индивидуальные паттерны (потеря чувствительности, спазмы/гипервентиляция дыхания, отсутствие ориентировки и др.) (Гроф С., Хэлифакс Дж., 1996, Горобец П., 2000, 10. Kubler-Ross, E., 1969).

Танатотерапия, помогает устанавливать и восстанавливать утраченный баланс между «социальным» и «животным» телом человека. Она восстанавливает «животные/биологические» способы реагирования на смерть, в основе которых лежит интеграция тела животного (замереть или прыгнуть) в отличие от дезинтеграции тела человека (тела социального/окультуренного/цивилизованного) (Баскаков В., 1991, Баскаков В., 1998, Баскаков В., 2000, Баскаков В., 2001,8).

Приводится опыт оказания помощи лицам, находящимся в посттравматическом стрессе: А.Пономарев, К.Баранников (Екатеринбург); К.Кишиневская (Саратов); Е.Косырева (Минск); С.Воронкина (Краснодар); И.Воскресенская (Петрозаводск); Е.Белая (Владивосток).

4.3. Танатотерапия (примирение со смертью) **Шубина Е.В.(г. Санкт-Петербург)**

Сб. Актуальные проблемы психофизиологической коррекции функционального состояния военнослужащих / Материалы всеармейской научно-практической конференции (25-26 октября 2001г.)- СПб.: ООО “ФАРМиндекс”, 2001.- с.169-172.

Метод, получивший название "Танатотерапия", был создан более 20 лет назад московским психологом Владимиром Баскаковым, совместившим в своей работе многолетний опыт психоанализа, опираясь на работы В.Райха, А.Лоуэна и привнеся в него бесценный опыт восточных учений о единстве тела и духа. Традиционно, танатотерапию определяют как одно из направлений телесно-ориентированной психотерапии. В настоящее время создан московский институт танатотерапии, преподавание метода и практическое его применение ведется во многих учебных заведениях и клиниках у нас в стране и за рубежом.

Танатотерапия - это область контакта с процессами умирания и смерти, построенная на принципах моделирования характеристик тела только что умершего человека. Целью является приведение всего человеческого самоощущения к принятию естественной смерти. В этом случае сам акт смерти воспринимается как важнейший, пусть и последний этап жизни, несущий в себе сгусток колосальной энергии ("катарсис умирающих" по В.Баскакову). Развитие цивилизации сопровождалось исчезновением духовных, подчас ритуальных упражнений с человеческим телом, и смерть застает сознание человека врасплох и причиняет немыслимые душевные и физические страдания не только умирающему, но и тем, кто находится рядом с ним.

Естественная смерть (под которой в традициях данной методики понимается смерть, наступившая не в результате насилия или внезапно) на уровне тела умирающего характеризуется максимальной расслабленностью, уходом боли, сниженным или вовсе отсутствующим контролем со стороны сознания, пассивностью ("объектностью", "предметностью"). В основе Танатотерапии лежит воссоздание феномена естественного (правильного) умирания и составления представления о биологическом и социальном теле. Специальные телесно-ориентированные психотехники позволяют пациентам приобрести уникальный телесный опыт, похожий одновременно и на жизнь в самом ее начале и на безболезненную смерть (В.Баскаков, 1998). Эта тренировка, конечно, не пособие для умирающих, а скорее искусственное воссоздание телесных ощущений, над которыми стоит задуматься. Прошедший сеанс человек не только по-другому начинает чувствовать тело, но и приобретает глубокий трансперсональный опыт.

Работа с пациентом происходит в соответствующей обстановке, под спокойную («медитативную») музыку. Характерно, что с пациентом может работать как один человек, так и группа специалистов. В последнем случае наблюдается более сильный эффект и глубина погружения в трансовое состояние. От пациента во время сеанса не требуется в буквальном смысле слова ничего. Напротив, желание пациента расслабиться и ощутить какие-либо особые переживания идет во вред, т.к. фиксирует его сознание на привычных и ожидаемых телесных ощущениях, снять которые и является целью танатотерапевта.

Широко применяются групповые занятия, в процессе которых группа под руководством опытного консультанта осваивает приемы танатотерапии и поочередно практикует их. Это несет сильнейшую эмоциональную нагрузку, связанную с вхождением в глубокие социальные и телесные контакты с партнерами по группе.

Опыт участников групп показывает, что практика танатотерапии - это мощное средство максимального расслабления, позволяющее в определенных ситуациях отключать контроль сознания, находить удовольствие в предметности и объективности собственного тела, обогащающее трансперсональный опыт. Метод полезен как мощный способ воздействия на паттерны психологических проблем (с целью их ассилияции) без запускания стандартной для этих случаев реакции отреагирования. Танатотерапия дает возможность в процессе глубокого трансового погружения под контролем «проводни» пациента через очаги его душевной боли и страха и снять или ослабить их негативное воздействие.

Сверхконтроль, вообще, является одной из базовых проблем невротизации личности, в особенности русского человека, для которого «потерять голову» едва ли не самая большая беда.

Наиболее актуально это для представителей «силовых» структур, в частности военнослужащих, которые вообще не имеют права терять контроль, так как такая потеря может стать причиной не только личной гибели, но и гибели товарищей. Усиленный период выполнения служебных функций дает проявления зачастую спустя месяцы, годы в виде бессонницы, спонтанных галлюцинаций, потребности вооружаться, в буквальном смысле слова «держать топор под кроватью».

Танатотерапия помогает решить проблему социального избегания, предлагая пациенту максимально комфортную модель первичного социального контакта, который может проходить как на вербальном, так и на невербальном уровне, а может и отсутствовать вообще.

Последнее время метод успешно применяется, как дополнительное средство, в борьбе с алкоголизмом, токсикоманией, наркоманией. Вышеперечисленные проблемы являются следствием, в том числе и серьезных душевных переживаний, ощущения собственной неполноценности. Восстановление целостности, гармонии со своим телом, принятие себя такого, какой ты есть безусловно способствует восстановлению и душевной гармонии, а сильнейшие эмоциональные переживания от контакта с терапевтом и группой могут с успехом заменить другие способы «расслабления».

Танатотерапия успешно помогает работать со страхами и фобиями, применяется для лечения нарушения сна, проблем в сексуальной сфере, для помощи лицам, страдающим заболеваниями опорно-двигательной системы, для работы с будущими матерями для снижения родовой боли и послеродовой адаптации.

Раненым, тяжелобольным, в особенности перенесшим резекцию конечностей, этот метод помогает установить контакт с биологическим телом и его реакциями, смириться с его приобретенной неполноценностью, принять и полюбить его таким, каким оно стало.

Несомненно, данный метод может быть полезен для реабилитации военнослужащих, вернувшихся из зоны военных конфликтов, страдающих синдромом посттравматического стрессового расстройства. Связано это еще и с тем, что работа с пациентом в процессе сеанса танатотерапии не всегда предполагает вербальный контакт, который, как правило, затруднен или неадекватен на стадии начала работы с жертвами ПТСР.

Особая роль танатотерапевта - это помочь тем, кто ухаживает за больными и умирающими. Танатотерапевт, в этом случае, обучает тому, как помочь максимально расслабить больного, снять боль, увести от беспокоящих мыслей, улучшить настроение и открыть путь для оптимизма. Специфические приемы, заимствованные из древнейших традиционных обрядов помощи умирающему, способны облегчить человеку последние мгновения жизни, но, к сожалению, не могут применяться в нашей стране из-за несогласованности с установками официальной медицины.

4.4. Случай применения танатотерапии

Саша, 18 лет. Причина обращения к психологу - приобретение уверенности для поступления в ВУЗ. При работе в группе психоэмоционального раскрытия с подключением телесно-ориентированных техник впервые ощущил опыт чувственного переживания при упражнении "театр прикосновений". Данное реагирование привело к более глубокой работе с "Я-концепцией" клиента с акцентом на телесность. После участия в танатотерапии - выход на основную проблему, не заявляемую ранее. А именно - наличие физического дефекта полового органа (фимоз) и осознавание в себе гомосексуальности.

Дальнейшая работа проводилась комплексно: медицинская хирургическая помощь по исправлению дефекта (оперирован по поводу фимоза), работа по осознаванию и раскрытию эмоций через телесно-ориентированные техники. Именно работа с телом в групповых техниках позволила осознать молодому человеку, обозначающему себя как гомосексуал, что чувственные переживания, получаемые от прикосновения как мужчины, так и женщины, одинаковы по глубине. В последующем это позволило признать себя бисексуальным и иметь сексуальные контакты как с мужчинами, так и с женщинами.

Данный опыт позволил снять коммуникативные блоки. В настоящее время молодой человек психосоциально адаптирован, успешно учится в институте, собирается жениться и иметь детей (хотя имеет и гомосексуальные контакты).

4.5. Золотова (Каткова) А.В. «Танатотерапия аддиктивных подростков из неполных семей» (Дипломная работа Москва 2011)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....
Глава 1. Рассмотрение проблемы формирования и коррекции аддиктивного поведения
1.1. Особенности подросткового возраста как фактора формирования аддиктивной направленности
1.2 Танатотерапия как один из видов работы с химически зависимыми подростками.....

Глава 2. Применение танатотерапии при коррекции аддиктивного поведения подростков

- 2.1. Методика исследования
 - 2.2. Анализ и обсуждение результатов
 - 2.3. Обсуждение результатов
- Выводы по 2 главе

Заключение

Список используемой литературы

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы. Распад семьи является острой проблемой современного общества. В настоящее время наблюдается стремительный рост количества разводов. По

данным статистики, за последние годы резко возрастают число подростков, которые воспитываются в неполных семьях, где, в подавляющем большинстве, воспитателем является мать. Жизнь и условия воспитания ребенка без отца имеют явную специфику и существенно отличаются от жизни ребенка в полной семье. Все это приводит к нарушению социализации и адаптации подростка, а также к нарушению поведения.

В подростковом и юношеском возрасте особенно актуальными являются не сформировавшийся ранний алкоголизм, не наркомания и токсикомания, а злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами – ПАВ, когда зависимость от них еще отсутствует. Для подросткового возраста характерна черта, иногда называемая «первичным», «изначальным», «поисковым» подростковым полинаркотизмом. Суть этой черты состоит в том, что многие подростки склонны испробовать на себе действие различных ПАВ.

Оптимальный подход в решении проблемы профилактики развития различных форм аддиктивного поведения старшеклассников - это перенос акцента с проблемы алкоголизма, наркомании, токсикомании к проблемам молодого человека, использующего ПАВ для ухода от реальности, в которой он испытывает трудности, для открытия и утверждения своего уникального и неповторимого «Я».

Таким образом, в настоящее время для эффективной работы по профилактике и коррекции аддиктивных форм поведения подростков является актуальным проведение телесных психотехник и в частности танатотерапии, целью которых будет выступать коррекция особенностей аддиктивного поведения подростков, юношей и девушек.

В соответствии с этим **целью** данной работы является коррекция проблемных зон аддиктивных подростков путем применения танатотерапии.

Объект исследования – аддиктивные подростки из неполных семей.

Предмет исследования – танатотерапия аддиктивных подростков из неполных семей.

Гипотеза данной работы состоит в следующем:

1. При работе с аддиктивными подростками эффективно применение танатотерапии;
2. При применении танатотерапии многие проблемные зоны аддиктивных подростков можно корректировать.

Практическая значимость работы заключается в том, что ее результаты могут быть использованы в работе практических психологов, а также психологов реабилитационных центров и психологических служб.

ГЛАВА I. Рассмотрение проблемы формирования и коррекции аддиктивного поведения

1.1 Особенности подросткового возраста как фактора формирования аддиктивной направленности

Подростковый возраст и период ранней юности - это период острых противоречий в развитии личности ребенка. У старшеклассника ярко проявляют себя притязания на взрослость и социальное признание, углубляется самоанализ, происходит активное развитие самосознания, становления «Я-концепции», стремления к социальному и личностному самоопределению. Л.И.Божович подчеркивает, что стремление к новому, взрослому положению, выход за пределы дозволенного дают подростку возможность дальнейшего развития. Подростковый протест, негативизм, искаженные формы самоутверждения возникают как закономерная реакция на отношение взрослых к подростку как к ребенку, недооценивающее формирование новых духовных, психологических и социальных потребностей у старшеклассников [2].

Неблагополучное разрешение кризиса развития личности в подростковом и юношеском возрасте нередко обуславливает развитие различных аддикций – зависимых форм поведения.

“Начало формирования аддиктивного процесса происходит всегда на эмоциональном уровне” [7, с.19]. “Исходная точка – переживание интенсивного острого изменения психического состояния в виде повышенного настроения, чувства радости, экстаза, необычного подъема, ощущение драматизма, риска в связи с определенными действиями (прием вещества, изменяющего психическое состояние, переживание в связи с ситуацией риска в азартной игре, чувство необычного волнения при знакомстве и др.) и фиксация в сознании этой связи” [15, с.19]. У подростка, испытавшего подобные эмоции, появляется понимание того, что, оказывается, существуют доступные способы достаточно быстро и без особых усилий изменить свое психическое состояние. Группой риска становятся молодые люди с низкими адаптивными возможностями, неустойчивые перед разного рода стрессорами, проявляющие постоянное недовольство собой, жизнью и окружением, в котором в трудную минуту не находится поддержка.

К особенностям подросткового возраста относится также развитие мировоззрения.

Мировоззрение – система представлений, взглядов, идей на окружающую действительность, это своего рода интеграция опыта, знаний и самосознания в ценностную картину мира, которая обуславливает жизненную ориентацию человека, его отношение к действительности и самому себе. Самоопределение, стабилизация личности

в старшем подростковом возрасте и ранней юности связаны, именно, с выработкой мировоззрения, с получением ответов на такие вопросы как «А что я значу в этом мире?» «Какое место я занимаю в нем?» «Каковы мои возможности?» «Какой я?».

В связи с этим к основным мировоззренческим предпосылкам аддиктивного поведения старшеклассников можно отнести следующие:

- 1) конфликтные межличностные отношения с родителями (особенно в неполных семьях с разведенными родителями);
- 2) потеря смысла;
- 3) чувство одиночества;
- 4) одновременное стремление и страх свободы («тяжесть свободы»);
- 5) страх смерти;
- 6) трудности в решении проблемы сексуальности.

Рассмотрим поподробнее некоторые из них.

Конфликтные межличностные отношения с родителями. Воспитание и психологический климат в семье играют решающую роль в формировании личности. Более того, отношения в семье продолжают оказывать свое влияние, как на протяжении всего детства, так и в дальнейшей жизни. Форма и в какой-то степени функция этих отношений меняется. Однако их значимость остается постоянно высокой, особенно для подростков. Исследования свидетельствуют о травмирующей роли развода на личность ребенка. Факт развода вызывает такие тяжелые последствия, как неврозы, депрессивные состояния и различные нарушения в поведении. Однако вопрос о том, являются ли эти отклонения временными или сохраняются спустя несколько лет после расторжения брака, остается открытым.

Родители в проблемных (неполных) семьях заняты тем, что без конца диктуют детям, что им не надо делать. Естественно, у них не остается возможности для радостного общения со своими домочадцами. Такие родители не задают себе вопроса, что за человек их ребенок, они перестают радоваться ему как близкому другу, и дети, которые не наслаждаются общением со своими родителями, стремятся поменьше бывать дома. Для таких семей чаще всего сомнительно даже предположение, что можно наслаждаться, получать особую радость от общения друг с другом, с детьми. Они избегают друг друга, потому что оказываются настолько сильно вовлечеными в свою работу или какую-то иную деятельность вне дома, что у них все реже возникает необходимость контакта с близкими.

Как отмечает В.С. Мухина, воспитание детей в неполной семье обладает рядом особенностей. Вследствие отсутствия одного из родителей, оставшемуся приходиться

брать на себя решение всех материальных и бытовых проблем семьи. При этом ему необходимо также восполнить возникший дефицит воспитательного влияния на детей [10].

По словам Й. Лангмейера и З.Матейчека, если в семье отсутствует какой-либо основной член, то легко возникает опасность депривации для ребенка, так как не всегда можно заместить роль, которую данный член семьи должен был бы выполнять в отношении ребенка и в отношении всей семейной единицы [6, с. 146].

Согласно исследованиям Е.О. Смирновой и В.С. Собкина [17, с. 56], наиболее распространенными стилями воспитания в неполных семьях являются неустойчивый стиль воспитания (в результате такого воспитания, ребенок усваивает тот факт, что все происходящее зависит не от его поведения, а от внешних причин); гипопротекция (воспитание по типу гипопротекции означает пониженное внимание к ребенку. В этом случае родители крайне мало интересуются делами, успехами, переживаниями ребенка. Формально запреты и правила в семье существуют, требования к ребенку предъявляются, но родители не контролируют их выполнение); повторствующая гиперпротекция (повышенное внимание к ребенку в сочетании с тесным эмоциональным контактом, полным приятием всех поведенческих проявлений. В этом случае родители стремятся выполнить любую прихоть ребенка, оградить от трудностей, неприятностей, огорчений); эмоциональное отвержение.

Психологические исследования (А.И. Захаров, А.С. Спиваковская, Е.О. Смирнова, В.С. Собкин, Й. Лангмейер, З.Матейчек и др.) свидетельствуют, что в силу названных причин дети из неполных семей, по сравнению со сверстниками из полных семей, обладают рядом психологических особенностей, которые в большинстве случаев носят ярко выраженный негативный характер.

По словам А.И. Захарова [5], к психологическим особенностям детей, воспитывающихся в неполных семьях, следует отнести тягостное чувство отличия от сверстников; неадекватную требовательность к матери и высокое желание изменений ее поведения, активный поиск «значимого взрослого».

В свою очередь, неадекватное отношение к ребенку может принимать следующие формы: ребенок, «замещающий» мужа; гиперопека и симбиоз; воспитательный контроль посредством нарочитого лишения любви; воспитательный контроль посредством вызова чувства вины; изоляция; соперничество; псевдосотрудничество [11, с.123].

Практически все стили «отклоняющегося» воспитания проявляются в неполных и конфликтных семьях. Возможны различные результаты личностного развития ребенка при подобных отношениях матери:

- «социальный неудачник» («социализированный преступник»). Такой ребенок в детстве признавался как личность родителями. Но считался непослушным, был с ними близок, но очень недолго.

- «несоциализированный преступник» - получает очень скучное воспитание и рано оценивается как неперспективный, для него характерны кражи, драки, наркомания, пьянство.

- «социальная неудачница» - любимица матери, которая была брошена ради очередного мужчины и стремится привлечь к себе внимание плохим поведением, любовные связи для нее заменяют связь с матерью [11, с. 53].

Большинство неполных семей возникают в случае развода и по причине ухода отца, то есть относятся к материнским семьям. Жизнь и условия воспитания ребенка без отца имеют явную специфику и существенно отличаются от жизни ребенка в полной семье.

По мнению В.С. Мухиной матери редко удается сдерживать и скрывать свое раздражение по отношению к бывшему мужу; ее разочарование и недовольство нередко бессознательно проецируется на их общего ребенка. [13, с. 168].

Ребенок без отца страдает также от недостатка авторитета, дисциплины и порядка, которые в нормальных условиях олицетворяются отцом. Ребенок, растущий, главным образом, без отцовского авторитета, бывает часто недисциплинированным, несоциальным, агрессивным в отношении взрослых и детей.

Очень важным в неполной материнской семье может явиться отсутствие уверенности и устойчивости в социальном включении, так как профессия отца представляет обычно реальную и символическую базу экономического обеспечения семьи, а ее основательность является порукой уверенности [6, с. 178].

Девушки-подростки, лишившиеся в детские годы отца в связи с его уходом из семьи, сохраняют к нему критическое отношение: либо они чувствовали, что он их бросил, либо переняли отрицательное отношение к нему от матери. Особенности их адаптации во многом зависят от того, каким в их представлении остался отец.

Когда родители разводятся, то сложившиеся негативные отношения между родителями становятся препятствием к полноценному участию отца (как правило) в воспитании детей.

В распавшейся из-за развода родителей семье (разведенная семья) наблюдается драматическая ситуация. Было проведено немало психологических исследований (М.Я. Яковлева, В. С.Ткаченко, М.А. Крюкова, С.Л. Калиничева, А.С. Колесник, И.М. Овчинникова), которые свидетельствуют о травмирующем влиянии развода на ребенка. Большинство практикующих психологов рассматривают развод родителей как главное

негативное бытие в жизни ребенка, источник неуверенности, замешательства, болезненных переживаний.

Страх смерти. Страх смерти цикличен: он, то возрастает, то ослабевает на протяжении жизни. Маленькие дети невольно выхватывают проявления человеческой смертности из того, что их окружает. С возрастом ребенок, как правило, перестает испытывать страх. Новые впечатления, школьные заботы дают ему возможность отвлечься от страхов, забыть их. Растет ребенок, и страх смерти, как и другие страхи, меняет свой характер, свою окраску. Когда человек достигает отрочества, *страх смерти* заявляет о себе в полный голос: подростки часто начинают беспокоиться, размышляя о смерти, некоторые даже подумывают о самоубийстве. Так как подросток – уже социально ориентированная личность, он хочет быть в кругу себе подобных. При патологической заостренности страх смерти может серьезно подорвать жизнеутверждающую силу личности, творческий потенциал развития. Многие подростки противопоставляют этому страху свою виртуальную личность, увлекаясь жестокими компьютерными играми, они ощущают себя властителями смерти. Другие становятся дерзкими, глумятся над смертью, распевают высмеивающие ее песенки, смотрят фильмы ужасов. Некоторые подростки бросают вызов смерти, идя на безрассудный риск (употребление сильных психоактивных веществ, совершение суицида). Особенностью подросткового понимания смерти является двойственность смерти и бытия. В сознании происходит как бы раздвоение: с одной стороны, подросток видит себя в гробу, горько оплакиваемого родственниками, с другой стороны, предполагает, что может быть свидетелем собственных похорон. Свою «временную» гибель подросток воспринимает как способ воздействия на значимых близких. Только к концу подросткового возраста формируется правильное представление о смерти как необратимом прекращении жизни [16].

Считается, что половина суицидальных попыток в подростковом возрасте являются демонстративными, т.е. без настоящего намерения умереть, а лишь разыграть для окружающих спектакль, производящий впечатление суицидальной попытки с целью привлечь к себе внимание, добиться каких – то преимуществ, избавиться от грозящих неприятностей. Причиной суицида подростка, чаще всего, является длительная конфликтная ситуация в семье. Чаще всего преобладают давящий стиль воспитания, требования безапелляционного выполнения указаний. Тем не менее, различить истинные и демонстративные попытки не всегда легко. Отсутствие страха смерти лежит в основе выбора всевозможных опасных игр, отсутствие жизненного опыта приводит к драматическим способам ухода из жизни [16].

В связи с этим, в юношеские годы возникают и образы бессмертия. Примириться с тем, что ты когда-то уйдешь из этой жизни навсегда в небытие, трудно, и потому легко прививается в сознании фантазия о том, что потом, спустя какое-то время, ты вновь появишься, может быть, в качестве другого ребенка.

Расставаться с идеей личного бессмертия трудно и мучительно. И потому вера в физическое бессмертие не проходит сразу. Отчаяние, смертельно опасные поступки подростка - не просто демонстрация и проверка своей силы и смелости, а в буквальном смысле слова игра со смертью, проверка судьбы при абсолютной уверенности, что все обойдется, сойдет с рук.

Одна из особенностей молодости - это убежденность в том, что ты бессмертен, и не в каком-нибудь нереальном, отвлеченном смысле, а буквально: «никогда не умрешь!».

Бессмертному некуда спешить. Он все еще успеет в этой жизни: и поучиться, и поработать, и поразвлекаться. Только человек, осознавший конечность своего существования, начинает задумываться о его смысле, начинает поиски своего места в этой жизни.

Аддиктивные подростки не хотят задумываться о будущем, откладывая все трудные вопросы и ответственные решения на "потом". Они пытаются продлить эпоху веселья и беззаботности.

"Вечный юноша" вовсе не счастливчик. Гораздо чаще это человек, который не сумел вовремя решить задачу самоопределения и пустить корни в созидательной деятельности.

Стремление к бессмертию побуждает к деятельности. И в этом смысле страх смерти, умеренно выраженный, не достигший патологической заостренности, играет позитивную роль в подростковом и юношеском возрасте.

Трудности в решении проблемы сексуальности. Половое созревание, то есть комплекс психических и физических изменений, происходящих у подростков, в том числе появление первой менструации у девочки и первой поллюции у мальчика, является очень важным моментом в жизни каждого человека и должно восприниматься как позитивное событие. Оно означает следующий шаг в развитии подростка, а не начало, как это считается во многих семьях, "головной боли" и "вечного беспокойства", особенно, когда речь идет о девочке.

Долгое время беседы о половом воспитании были запретными. Считалось, что они способны вызвать у молодых людей чрезмерное любопытство и привести к преждевременному половому опыту. Исследования, проведенные Всемирной организацией здравоохранения, доказали безосновательность такого мнения. Наоборот, было выявлено, что молодежь, получившая информацию в этой области, обычно

осознанно начинает половую жизнь в более поздние сроки, она лучше подготовлена к ситуациям риска [9].

Сексуальность подростка носит дисгармоничный характер. Между его эмоционально-психологическим и соответствующим физическим развитием существуют противоречия. Подросток, как правило, обуреваем желаниями, фантазиями и мечтами сексуального характера.

Семья имеет важное значение в формировании сексуального поведения подростка. Родители всегда должны думать о том, что они хотят передать своим детям, соответствует ли их собственное поведение тем нормам, выполнения которых они требуют от детей. Бывают родители, которые с наступлением половой зрелости у детей резко меняют свое отношение к ним. Отцы перестают обнимать, целовать сына или дочь, как это случалось раньше. Такое изменившееся и уже несвободное поведение отца, когда дочь "уже женщина", сын "уже мужчина", может вызвать растерянность и тоску у подростка и даже стать причиной неприятия им своего взросления.

Девочкам-подросткам родители очень часто запрещают прогулки, особенно, если те выходят в компании юношей. В результате возникают частые конфликты.

На протяжении многих лет исследователи пытаются получить ответ на вопрос, как влияет на половую активность подростков употребление ими наркотиков и алкоголя. Есть указания на то, что и наркотики, и алкоголь ведут к более раннему началу половой жизни (Jessor, lessor, 1977; Ensminger, 1987) [9].

Участники одного из общенациональных исследований пришли к выводу, что подростки, рано пристрастившиеся к марихуане или алкоголю, с большей вероятностью нежели их сверстники, не использующие наркотики и спиртное, начинают половую жизнь.

Рассматривая связь между сексуальностью подростков и употреблением ими наркотиков и спиртного под иным углом зрения, ученые приходят к выводу, что подростки, раньше других проявляющие сексуальную активность, как правило, начинают употреблять спиртное и наркотики в следующем после первого полового контакта году (особенно это относится к женщинам) (Mott, Haurin, 1988) [9].

В последнее время особенно широкое распространение среди подростков получила торговля наркотиков на бартерной основе: в обмен на секс; это обстоятельство способствует распространению в школьной среде болезней, передаваемых половым путем.

Заслуживают обсуждения несколько важных в практическом плане гипотез. Одна из них (Jessor, Jessor, 1977) постулирует существование у некоторых подростков

"предрасположенности к переменам" - психологической особенности, отражающей готовность изменить свой статус в процессе развития (например, готовность подростка экспериментировать с наркотическими средствами или начинать активную сексуальную жизнь). Большое влияние на "предрасположенность к переменам" оказывает окружение подростка, особенно поведение его близких друзей [9].

Очевидно, что наркотики и алкоголь снижают порог чувствительности для проявлений сексуальности; более того, некоторые подростки именно с этой целью используют указанные средства. К употреблению спиртного и наркотиков часто прибегают из-за их пресловутой "способности усиливать половое чувство", хотя на самом деле такая способность существует лишь в воображении подростка, а не заложена в химической структуре используемого вещества.

Но существует множество личностных и межличностных факторов, которые без сомнения оказывают влияние на сексуальное поведение подростков, помимо наркотиков и алкоголя.

Чувство одиночества. Одиночество – это переживание, вызывающее комплексное и острое чувство, которое выражает определенную форму самосознания, и показывающее раскол основной реальной сети отношений и связей внутреннего мира личности.

Наиболее остро выражена эта проблема в юности, а впервые одиночество осознается человеком в подростковом возрасте.

В период юности ребенок открывает свой внутренний мир. Он обретает способность погружаться в себя и наслаждаться своими переживаниями. Подросток начинает ощущать свое тело, открывает для себя мир любви. Практически любое событие стимулирует его к размышлению о себе и своих проблемах.

Открытие внутреннего мира — важное, волнующее событие, но оно приносит с собой множество тревог и переживаний. Появляется чувство неповторимости и одиночества. Оно возникает как смутное беспокойство, может ощущаться как внутренняя пустота, которую необходимо заполнить.

Почти все дети проходят через периоды страшного одиночества, которые просто невыносимы. Тогда они чувствуют себя беззащитными, неуверенными в этом большом и проблемном мире.

Если подросток много времени проводит со сверстниками, это пугает родителей, так как дочь или сын могут попасть в так называемую асоциальную группу, где ребята приобщаются к пьянству, наркомании, преступности. Чтобы оградить ребенка от влияния асоциальной группы, родители запрещают общаться с подростками, которые им не

нравятся. Запреты родителей – изоляция ребенка. Изолированный ребенок – одинокий ребенок.

Тем не менее, несмотря на конфликты, родители должны стараться сохранять душевную близость с детьми, своей твердостью и пониманием поддерживать у подростка чувство уверенности в себе. Молодым людям необходимо чувствовать, что у них есть кто-то, кто им открывает новые горизонты, кто может быть требовательным и в то же время понимать их сомнения. И хотя известно, что подростки довольно откровенны друг с другом, охотно обсуждают разные проблемы, они все равно нуждаются в дополнительном диалоге со взрослыми, особенно с родителями, у которых свой взгляд на мир, продиктованный жизненным опытом, которого так не хватает молодым.

1. 2. Танатотерапия как один из видов работы с химически зависимыми подростками.

Многие психотерапевты пытаются объяснить природу возникновения и развития различных аддикций.

В. Райх в основу алкоголизма, нарко- и токсикомании ставит саморазрушающее следование инстинктам, которое возникает, «... когда блокируется разрядка энергии, легко достижаемая в нормальных любовных отношениях» [14].

В трансперсональной психологии (Ст.Гроф) использование наркотических веществ связывается с патологией в III перинатальной матрице, а именно, со стремлением индивида к ненасильственному самоубийству. Если во время родов использовалась анестезия, то индивид будет почти на клеточном уровне запрограммирован искать выход из тяжелых стрессов в наркотическом состоянии [3].

В качестве ведущей психотерапии при работе с химически зависимыми подростками мы отдаем предпочтение одному из видов телесной психотерапии – танатотерапии (Танатотерапия (от греч. "Thanatos" - смерть и "therapia" - лечение, уход, забота; акцент делается на двух последних значениях) - это система и метод ориентированной на тело психотерапии, или телесной психотерапии. Это объясняется несколькими моментами [1, с.5].

Во-первых, танатотерапию можно считать особым видом психотерапии, направленным на установление утраченного контакта с естественными процессами жизни через процессы смерти и умирания. Эти процессы сопутствуют базовому стремлению к жизни (инстинкт жизни = избегание смерти, которое возможно только при наличии контакта с феноменом смерти, или подлинного знания о ней), они же запускаются и в

последние мгновения жизни человека на земле. У подростков с химической зависимостью эти процессы развиваются с точностью до наоборот.

Раскрывая основные особенности личности со склонностью к аддиктивному поведению, В. Д. Менделевич [15] обращает внимание на рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с разнообразными аддикциями, стараются избегать кризисов (т.е. процесс «стремление к жизни»). Аддиктивной личности, напротив, претит традиционная жизнь с ее устоями, размеренностью и прогнозируемостью, когда «еще при рождении знаешь, что и как произойдет с данным человеком». Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами являются для них той почвой, на которой они обретают уверенность в себе, самоуважение и чувство превосходства над другими (т.е. процесс «стремления к смерти»).

Во-вторых, одним из видов символической смерти является любое окончание, завершение как смерть. В архаических и ряде современных культур любой возрастной переход (взросление мальчиков и девочек: изменение гормональных циклов), взлеты и падения в статусе взрослых людей обычно инициируются через смерть, что смягчает (демптирует), устраниет временной разрыв [1, с.14]. Подростковый возраст можно смело считать возрастом своеобразного перехода, завершения периода детства и переход во взрослую жизнь. Этот возраст, как мы уже раньше упоминали (§ 1) также характеризуется путанностью детства и взрослости.

Данные проблемы охватывают своим влиянием всю психику и все тело подростка: проблемы сильных чувств - руки, сверхконтроля сознания - голова, межполовых взаимоотношений - паховая область и опор - ноги.

Проблема номер один - первая и по "проблемности" - это сверхконтроль со стороны сознания, своеобразное "горе от ума" Это - вполне целесообразная для жизни в нашем обществе функция. Но для ряда ситуаций, причем жизненно важных, - отключить контроль, "потерять голову", пусть на время, - показано и даже необходимо. У современных подростков, можно отметить, отсутствие контроля. И в данном случае, танатотерапия может помочь показать подростку все прелести наличия/отсутствия контроля в нужных ситуациях [1, с.52].

Вторая базовая проблема - мы спускаемся вниз по телу - проблема рук, то есть контактов, поскольку в руках кодируются наши контакты. «Так как руки растут из грудной клетки» - затрагиваются сильные чувства. Нам известно, что подростковый

возраст – возраст появления новых, неизвестных чувств, которые могут «захлестнуть» подростка. Также, подростки, зачастую очень эмоциональны и не умеют свои эмоции контролировать, особенно если это эмоции, возникающие при употреблении психоактивных веществ. «Эмоция находит точку опоры в жесте». Начиная эмоционально общаться - мы начинаем активно жестикулировать, - дыхание переходит в грудную клетку. Руки - особая часть тела человека. Можно сказать, что руки - символ человеческого существования [1, с.52].

Третья базовая проблема - проблема паховой области. В этой области кодируются наши отношения с лицами противоположного пола. Паховая область - особое место в русской культуре телесности. Словарь русских ругательных слов (т.н. "мат") - самый обширный, а сами слова - наиболее сильные (все мы слышали как умеет выражаться наша современная молодежь). Слишком раннее начало половой активности, а также многочисленные половые связи зависимых подростков, особенно под действием психоактивных веществ также может служить поводом для работы в режиме танатотерапии [1, с.52].

Наконец, четвертая базовая проблема связана с ногами - опорами. Опорами с большой буквы, поскольку опоры распространяются на все виды телесности - индивид, семью, коллектив, государство. Аддиктивные подростки, как правило, демонстрируют отсутствие опор, так как нарушены детско-родительские отношения (см. § 1). Работа по установлению контакта с базовыми процессами в танатотерапии ведется во всем круге базовых психологических/ психосоматических проблем [1, с.53].

В-третьих, в танатотерапии, в отличие от многих методов телесной психотерапии, исключается отреагирование чувств, что также облегчает работу с подростками. Благодаря максимальному обездвижению и тотальному расслаблению тела (основательное "заземление") создаются условия для безопасной (не разрушающей) встречи-контакта с причинами страха смерти. Эти же условия способствуют постепенной трансформации болезненных переживаний и представлений [1].

В танатотерапии в подготовительной и инициирующей фазах за счет установления контакта с "телом номер один", - создаются условия безопасности для решения проблем клиента, что сопряжено с энергетическим выходом (см., В. Райх). В таком случае активизированная энергия не пускается в реакцию отреагирования и не сопровождается активными действиями клиента.

ГЛАВА II. Применение танатотерапии при коррекции аддиктивного поведения подростков

2.1. «Методика исследования»

Цель – коррекция проблемных зон аддиктивных подростков путем применения танатотерапии.

Объект исследования – аддиктивные подростки из неполных семей.

Предмет исследования – танатотерапия аддиктивных подростков из неполных семей.

Гипотеза данной работы состоит в следующем:

3. При работе с аддиктивными подростками эффективно применение танатотерапии;
4. При применении танатотерапии многие проблемные зоны аддиктивных подростков можно корректировать.

В данной работе представлено исследование, выборку которого составили 3-е испытуемых. Девушки в возрасте 13, 15 и 17 лет с алкогольной аддикцией. Исследование проводилось в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних с химической зависимостью «Возрождение» г. Москвы в отделении реализации программ социальной реабилитации в условиях дневного пребывания в течении 2-х лет (в период с 2008 по 2010 гг.).

Характеристика клиентов: все девушки воспитываются в неполных (материнских) семьях и являются старшими детьми, имеющими брата или сестру. Двое имеют отчима (т.е. семья является искаженной или деформированной (Е.А. Личко), не участвующего в воспитании подростка. Все подростки употребляют алкоголь в течение 2-3 лет. Для данной категории клиентов характерно увлечение экстремальными видами спорта, попытка суицида, «рисование» иголкой по телу. Все 3-и девушки имели ранние половые отношения с лицами противоположного пола, 2-е из них – с разными половыми партнерами.

Учитывая тот факт, что подростки не любят делиться и рассказывать о своих проблемах посторонним людям, целесообразнее всего, в данном случае, применить метод танатотерапии.

Характеристика методик: Работа проводилась во всем круге базовых психологических проблем (проблема сверхконтроля, проблема контактов, проблема паховой области, проблема опор). Исходя из этого были применены следующие четыре базовых приема: 1) «*Teatr прикосновений*». Сценой такого театра выступает тело

пассивно-воспринимающего. На этой сцене "актер" предъявляет разные типы контактов - игольчатые, точечно касаясь кончиками пальцев разных участков тела партнера, достаточно жесткие, надавливающие всей поверхностью ладони или кулаком, разнесенные по разным участкам тела (одновременно несколько касаний в разных местах тела партнера), разного рода перекрытия- "мосты".

Главное условие правильности выполнения данного приема формулируется как "не спеши!"

2) «Телесная гомеопатия»: минимальные, по силе и амплитуде, воздействия

В этом приеме открывается для себя область т.н. "телесной гомеопатии" и происходит знакомство с одним из ключевых ее принципов - принципом малых доз и величин. Применительно к работе в танатотерапии можно этот принцип сформулировать так: минимальные по силе и амплитуде воздействия имеют максимальные по силе чувства и переживания.

3) «Телесная магия»: ясные и точные намерения и действия

Применительно к телесным практикам и приемам танатотерапии работа связана с вытягиваниями конечностей и головы. В таком случае описываемая магия будет выражаться в том, что называется присоединение.

4) Последовательность предъявляемых опор

Появление этого элемента танатотерапии и соответствующего ему приема связано с изменениями, которые происходят с телом занимающегося к данному моменту. Телу клиента в целом и его отдельным частям становится небезразличным как, какие и в какой последовательности производят с ним манипуляции. Важной становится **последовательность** действий терапевта.

2.2 «Анализ и обсуждение результатов»

Клиент	Характеристика клиента (краткая история)	Применение приемов.
Катя*(13 лет)	Воспитывается в деформированной (по Личко Е.А.), имеющей отчима семье. Является старшей дочерью и имеет сестру 3-х лет (рождена от отчима). Отношения с мамой нарушены. Говорит, что «она ей не нужна». В 12 лет имела половые	1. «Театр прикосновений». Подростки, как правило, доверяют своим друзьям. Для них, как правило, теряют актуальность взаимоотношения со значимым взрослым. Прием «театр прикосновений» помогает увлечь аддиктивного подростка в мир новых,

	<p>отношения с противоположным полом. Катя любит «рисовать» иголкой или другими колющими предметами на теле, чтобы оставались шрамы. Как правило, на руках. Мама за это ее ругает, но она продолжает скрытно выкальывать узоры. Мечтает сделать шрамирование. Употребляет алкоголь, причем как в компании, так и одна. Исходя из вышеперечисленного можно предположить о наличии четырех базовых проблем и в связи с этим применении соответствующих методик.</p>	<p>незнакомых ему ощущений. Позволяет удивить его. Способствует появлению у него новых эмоций, без употребления ПАВ.</p> <p>2. «Телесная гомеопатия»: минимальные, по силе и амплитуде, воздействия. Так как аддиктивные подростки привыкли получать массу эмоций и чувств путем употребления ПАВ, т.е. используя активные действия, они не знают другого способа. Благодаря главному принципу применения данного приема: минимальные по силе и амплитуде воздействия приводят к максимальным по силе чувствам и эмоциям, мы можем применять его на подростках с химической зависимостью и таким образом даем им альтернативу нового чувствования своего тела.</p>
Света(15 лет)	<p>Воспитывается в деформированной семье, имеющей отчима. Старшая дочь, имеющая сестру 3-х лет. Постоянно устраивает скандалы и требует от мамы повышенного внимания. К сестре относится очень холодно. (Сестра рождена от отчима). Употребляет алкоголь в компании друзей. Имела первые половые отношения с противоположным полом в 13 лет. На данный момент имеет опыт отношений с разными половыми партнерами. Школу периодически прогуливает. Отношение к родному отцу потребительское, «он должен ей все покупать». Была попытка суицида, с целью привлечения внимания.</p>	<p>3. «Телесная магия»: ясные и точные намерения и действия. Главный принцип употребления психоактивных веществ – уход от проблемы. От чувствования своего тела. «Телесная магия» позволяет увидеть возможности своего тела, вновь его почувствовать, а может и полюбить.</p> <p>4. Последовательность предъявляемых опор. Употребление алкоголя и наркотиков приводит к состоянию, когда меняется не только сознание, но и состояние тела. Данный прием позволяет показать подростку, что изменения в теле, а следовательно и в эмоциональной сфере, можно достигнуть</p>
Марина(17 лет)	Воспитывается в неполной	

	<p>(материнской) семье. Имеет младшего брата, которого использует в своих целях (Выполняет за нее работу по дому). Брат рожден от другого мужчины. С родным отцом не общается и имеет на него обиду. С 14 лет имеет половые отношения с мужчинами. Проживала 2 года в гражданском браке, но заставляла мать содержать ее. Употребляет алкоголь, преимущественно крепкие напитки. Школу практически не посещает. Увлекается экстремальными видами спорта.</p>	<p>путем работы с телом, без употребления.</p>
--	--	--

* - все имена изменены

2.3. «Обсуждение результатов»

Так как все клиенты относятся к химически зависимым подросткам, то можно отметить у данной категории одинаковые проблемные зоны, за исключением некоторых нюансов, касающихся различной глубины в вопросах воспитания в семье и взаимоотношения среди сверстников.

В данной работе проблемные зоны всех троих клиентов сведены воедино.

1. Самой главной проблемой можно считать взаимоотношения в семье и в первую очередь с мамой. У всех девушек взаимоотношения нарушены, конфликтны. По телу наблюдается дисгармония как правой, так и левой сторон. 1. Плохие отношения с матерью подталкивают к раннему вступлению в половые взаимоотношения с противоположным полом, так как девушки не получают должного внимания, заботы и любви. При работе в рамках танатотерапии это отразилось в проблеме контактов, а отсюда и сильных чувств. Проблема сексуальности так же всплывает на поверхность и демонстрирует нам мертвую зону в области паха. Дыхание у всех троих поверхностное. При работе появляется трепор век, что свидетельствует о недоверии к взрослым. 2. Отсутствие отца привело девочек к плохой адаптации в социуме. А это свидетельствует о плохих опорах, как

внутренних, зачастую они плохо разбираются в своих чувствах и не доверяют сами себе, так и внешних, употребление ПАВ подтверждает это.

2. Второй проблемой является взаимоотношения со смертью, точнее своеобразная игра с ней. Как упоминалось выше, все клиенты, так или иначе, имеют к этому отношение. Уже само употребление алкоголя указывает на «самоубийство», так как раннее употребление чревато последствиями. Помимо этого девушки совершали суицид, либо были на подходе к этому. Как правило, это носило демонстративный характер для привлечения внимания родителей. Это опять говорит нам о нарушенных детскоРодительских взаимоотношениях, а это свидетельствует о проблеме чувств, контактов, потере опор и отсутствие контроля. Как упоминалось выше, образы беззаботной жизни свидетельствует о своеобразном бессмертии. Поэтому следует вернуть физическое ощущение тела, чтобы научить правильно оценивать личное время.
3. Мертвая зона паховой области говорит о плохих взаимоотношениях с матерью (и опять мы возвращаемся в проблему чувств и контактов), а также о низкой сексуальной чувствительности, которую девушки стремятся повысить, употребив алкоголь.
4. Все клиентки являются старшими детьми в семье, недолюбливают своих братьев или сестер. И это свидетельствует о проблеме в области груди.

После включения в работу приемов танатотерапии появилась возможность уменьшить дозу употребления алкоголя, появилось доверие к некоторым взрослым, и отчасти к отцу. Дыхание стало более глубоким и размеренным. Попытка суицида не наблюдалось. Паховая область «задышала». Появились рассуждения о сохранении своей сексуальной энергетики. В целом можно отметить, что клиентки посещали все сессии, в то время как подростков очень сложно увлечь психологическими консультациями.

Выводы по II главе

Почти все перечисленные проблемы взаимоотношения родителей к ребенку являются следствием деструкции семьи. Отсутствие какой бы то ни было организующей функции мужчины-отца в структуре семейных отношений и замыкание всей системы психологических связей на ребенке. Мать и ребенок оказываются в плену друг у друга, в круговороте действий и эмоций, из которых один выход: невроз (чаще - истерия) и инфантилизация личности ребенка (всевозможные проявления психической незрелости).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подростковый возраст один из самых трудных и загадочных возрастных периодов человека. Изучение проблемы употребления подростками психоактивных веществ свидетельствует о дисгармонии внутреннего мира, желании испытать новые и сильные чувства и ощущения, но в первую очередь наличие данной проблемы говорит о нарушении детско-родительских взаимоотношениях. Семья является важнейшим источником развития и формирования личности ребенка. Семья может выступать в качестве как положительного, так и отрицательного фактора развития. Положительное воздействие на развитие состоит в том, что только в условиях семейного воспитания формируется полноценная личность ребенка, и вместе с тем никакой другой социальный институт не может потенциально нанести столько вреда психическому развитию ребенка, насколько это способна сделать семья.

Работа в рамках танатотерапии позволила уменьшить, а зачастую и избавиться от некоторых дисгармоничных причин. Необычная форма работы позволяет увлечь подростка в мир новых впечатлений и чувств. Подростки, употребляющие алкоголь обладают рядом особенностей, а именно проблемами сексуальности (паховая область), проблема контактов и сильных чувств, слабых опор. И в данной ситуации родители занимают одну из ведущих ролей при психотерапии подростка и зачастую только от них зависит, вернется ли их ребенок к нормальной жизни или нет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение. – М.:Институт общегум. исслед-й, 2007.
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте.- М., 2008. - 400с.
3. Гроф С. Психология будущего: Уроки современных исследований сознания. – М., 2001.-464с.
4. Дружинин В.Н. Психология семьи. – М.: КСП, 1996.
5. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М.: Просвещение, 1986
6. Лангмайер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. - Прага: «Авиценниум», 1984.

7. Леонова Л.Г., Бочкарева Н.Л. НарКом – Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Учебно-методич. пособие.- Новосибирск, 1998
8. Личко Е. А. Подростковая психиатрия. – Л.: Наука, 1979.
9. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии.
10. Мухина, В.С. Возрастная психология : феноменология развития, детство, отрочество : учеб, для студентов, обучающихся по пед. специальностям / В.С. Мухина.- М.: Академия, 2009.-640с.
11. Нартова-Бочавер С.К., Несмеянова М.И., Малярова Н. В., Мухортова Е. А. Чей я – мамин или папин? – М.: МЦНМО, 1995.
12. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. - М.: Тривола, 1998.
13. Овчарова Р. В. Семейная академия: вопросы и ответы. – М.: Просвещение: Учебная литература, 1996.
14. Райх В. Функция оргазма. - СПб.: Ювента, 1997. – 136с.
15. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.:Речь, 2007.- 627с.
16. Свободное тело / Под ред. В.Ю.Баскакова. – М.:Институт общегум. иссл-й, 2004.
17. Смирнова Е.О., Собкин В.С. Специфика эмоционально-личностной сферы детей, живущих в неполной семье. - М., 1988.
18. Хрестоматия по социальной психологии. Учебное пособие для студентов: Сост. и вступ. очерки Т. Кутасовой. - М.: Международная педагогическая академия, 1994.
19. <http://www.talagi.ru/info/suicide.htm>

4.6. Иванова Е.А. Использование приемов и принципов Танатотерапии в работе с подростками (Дипломная работа Москва 2011 г.)

Глава 1. Теоретическая

1.1.Психологическая характеристика подросткового возраста

Одним из основных, т.н. критических периодов в жизни любого человека является подростковый период. Границы перехода от детства к юности и от юности к зрелости условны. И не потому, что наука не способна внести определенность в этот вопрос. Надо различать хронологический возраст - прожитое данным индивидом число лет, физиологический возраст - степень физического развития человека, психологический возраст - степень психического развития, социальный возраст - степень овладения культурой данного общества. Возрастные категории всегда обозначают не столько возраст и уровень биологического развития, сколько общественное положение, социальный статус лица. В наше время подростковый (отреческий) период - это возраст от 10-11 до 15-16 лет, который плавно переходит в юношеский, условно ограничиваемый

двадцатью годами. Было бы ошибочно рассматривать детство и тем более юность только как период подготовки к взрослой жизни. Таковыми они являются с социальной точки зрения. Но с психологической точки зрения этим ограничиваться нельзя. Периодизация жизненного пути всегда включает указание на то, какие задачи должен решить человек, достигший определенного возраста, чтобы своевременно перейти в следующую фазу жизни.

Как писал Л.С.Выготский, переходный возраст включает в себя два ряда процессов. Натуральный ряд характеризуется процессами биологического созревания организма, включая половое созревание, социальный ряд - процессы обучения, воспитания, социализации в широком смысле слова. Процессы эти всегда взаимосвязаны, но не параллельны.

Процессы акселерации свидетельствуют о том, что физическое созревание подростка происходит сегодня значительно быстрее и заканчивается раньше, чем в прошлом столетии. С социальным же созреванием дело обстоит гораздо сложнее. Подростковый, отреческий, возраст от 10-11 до 15-16 лет - переходный прежде всего в биологическом смысле. Социальный статус подростка мало чем отличается от детского. Психологически этот возраст крайне противоречив, он характеризуется максимальными диспропорциями в уровне и темпах развития. Важнейшая психологическая особенность его - зарождающееся чувство взрослости. Оно выражается в том, что уровень притязаний подростка предвосхищает будущее его положение, которого он фактически еще не достиг, намного превышает его возможности. Именно на этой почве у подростка возникают типичные возрастные конфликты с родителями, педагогами и с самим собой. В целом это период завершения детства и начала "вырастания" из него.

Контрастность детства и зрелости, между которыми он "находится", затрудняет подростку усвоение взрослых ролей и порождает много внешних и внутренних конфликтов. Общие закономерности подросткового возраста проявляют себя через индивидуальные вариации, зависящие не только от окружающей подростка среды и условий воспитания, но и от особенностей организма и личности. Ребенка всячески ограждают от вопросов пола, в жизни же взрослых отношения мужчины и женщины играют важную роль.

Любая общая характеристика возраста в целом может рассматриваться лишь как канва, по которой каждый педагог, психолог и т.д. в каждом конкретном случае должен вышить сугубо индивидуальный узор психологии конкретного подростка.

Переходный возраст (в широком понимании этого слова) всегда считался критическим в смысле перехода, перелома, перемены. Насколько кардинальными и глобальными оказываются перемены в личности в подростковый период? Характер перехода зависит от той совокупности, той композиции, которая сложится на основе развившихся к тому моменту внутренних факторов и наличных условий окружающей среды. Подростковый возраст занимает важную фазу в общем процессе становления человека как личности, когда в процессе построения нового характера, структуры и состава деятельности ребенка закладываются основы сознательного поведения, вырисовывается общая направленность в формировании нравственных представлений и социальных установок.

Занимая переходную стадию между детством и юностью, отрочество представляет исключительно сложный этап психического развития. По уровню и особенностям психического развития отрочество - это типичная эпоха детства, с другой - перед нами растущий человек, стоящий на пороге взрослой жизни, в усложненной деятельности которого реально намечается направленность на новые формы общественных отношений.

В подростковом возрасте происходит бурный рост, развитие и перестройка организма ребенка, неравномерность физического развития, когда преимущественно происходит рост костей туловища и конечностей в длину, приводит к угловатости, неуклюжести, потере гармонии в движениях. Осознавая это, подросток стесняется и старается

замаскировать свою нескладность, недостаточную координацию движений, принимая порой неестественные позы, пытаясь бравадой и нарочитой грубоостью отвлечь внимание от своей наружности. Даже легкая ирония и насмешка в отношении его фигуры, позы или походки вызывают часто бурную реакцию, ибо подросток угнетает мысль, что он смешон и нелеп в глазах окружающих.

Подростковый возраст - это возраст жадного стремления к познанию, возраст кипучей энергии, бурной активности, инициативности, жажды деятельности. Заметное развитие в этот период приобретают волевые черты характера - настойчивость, упорство в достижении цели, умение преодолевать препятствия и трудности. В отличие от младшего школьника, подросток способен не только к отдельным волевым действиям, но и к волевой деятельности. Он часто уже сам ставит перед собой цели, сам планирует их осуществление. Но недостаточность воли сказывается, в частности, в том, что проявляя настойчивость в одном виде деятельности, подросток может не обнаруживать ее в других видах. Наряду с этим, подростковый возраст характеризуется известной импульсивностью.

Внимание подростка характеризуется не только большим объемом и устойчивостью, но и специфической избирательностью. В этот период уже может быть произвольное внимание.

Избирательным, целенаправленным, анализирующим становится и восприятие. Значительно увеличивается объем памяти, причем не только за счет лучшего запоминания материала, но и его логического осмысления. Память подростка, как и внимание, постепенно приобретает характер организованных, регулируемых и управляемых процессов. Существенные сдвиги происходят в интеллектуальной деятельности подростков. Основной особенностью ее в 10-15 лет является нарастающая с каждым годом способность к абстрактному мышлению, изменение соотношения между конкретно-образным и абстрактным мышлением в пользу последнего. Важная особенность этого возраста - формирование активного, самостоятельного, творческого мышления.

Бурно развиваются чувства подростков. Их эмоциональные переживания приобретают большую устойчивость. Под влиянием окружающей среды происходит формирование мировоззрения подростков, их нравственных убеждений и идеалов. Возможность осознать, оценить свои личные качества, удовлетворить свойственное ему стремление к самосовершенствованию подросток получает в системе взаимодействия с "миром людей". И сам этот мир воспринимается им именно через посредство взрослых людей. Подросток ждет от них понимания, доверия.

Непослушание, своеволие, негативизм, упрямство отнюдь не представляют собой обязательных черт характера подростка. Лишь как следствие неправильного подхода к подростку, когда не учитываются его психологические особенность, порой возникают конфликты и кризисы, ни в коей мере не являющиеся роковыми и неизбежными. Так, непонимание или игнорирование взрослыми истинных мотивов поведения подростка, реагирование лишь на внешний результат его деятельности или, что еще хуже, приписывание подростку не соответствующих действительности мотивов приводят его к внутреннему сопротивлению воспитательным воздействиям. Взрослые не учитывают психологических особенностей детей разных возрастов, плохо используют их возможности, в том числе активность, энергию подростков, их стремление к самостоятельности. Позиция настоящего воспитателя по отношению к воспитанникам - это прежде всего позиция старшего товарища, авторитетного друга.

Кризис подросткового возраста связан с возникновением в этот период нового уровня самосознания, характерной чертой которого является появление у подростка способности и потребности познать самого себя как личность, обладающую именно ей, в отличие от всех других людей, присущими качествами. Это порождает у подростка стремление к

самоутверждению, самовыражению (т.е. стремление проявлять себя в тех качествах личности, которые он считает ценными) и самовоспитанию. Депривация указанных выше потребностей и составляет основу кризиса подросткового возраста.

Основные психологические новообразования этого периода: теоретические формы мышления, познавательные интересы, способность управлять своим поведением, чувство ответственности и многие другие качества ума и характера школьника, отличающие его от детей дошкольного возраста. При этом главную роль играет развитие мышления, происходящее в ходе усвоения научных знаний.

У него постепенно формируются ценностные ориентации, складываются относительно устойчивые образцы поведения, которые в отличие от образцов детей младшего школьного возраста представлены уже не столько в виде образа конкретного человека, сколько в определенных требованиях, которые подросток предъявляет к людям и к самому себе. Потребность понять самого себя и быть на уровне собственных к себе требований, т.е. достигнуть избранного образца. А неумение удовлетворить эти потребности определяет целый "букет" психологических особенностей (проблем, с которыми они приходят к психологу), специфичных для подросткового кризиса.

Кризис переходного периода протекает значительно легче, если уже в этом возрасте у школьника возникают относительно постоянные личностные интересы или какие-либо другие устойчивые мотивы поведения. Наличие у подростка устойчивых личностных интересов делает его целеустремленным, а следовательно, внутренне более собранным и организованным. А это, в свою очередь, способствует формированию волевых качеств личности.

1.2.Психосексуальное и физическое развитие подростков

Одним из важнейших факторов, обуславливающих процесс формирования личности в подростковом и юношеском возрасте является физическое развитие ребенка, характеризующееся гормональным выбросом, неравномерным ростом разных частей тела, ускоренным ростом всего организма. Гормональная перестройка позволяет говорить о сексуальной революции в теле ребенка, которая заставляет его по иному оценивать то, что происходит в его организме. Физиологическая перестройка организма подростков сопровождается возникновением у них повышенной утомляемости. "Вначале появляется повышенная двигательная активность, а затем сильная возбудимость или сонливость".

До этого момента его ничто подобное не беспокоило, поэтому он не задумывался над тем, что происходит у него внутри. Гормональные процессы заставляют его обратить внимание на свое тело. Многие психологи считают этот момент пусковым в развитии того, что называют "кризисом подросткового возраста". Точнее, наверное, будет говорить о том, что половое созревание дает толчок к психосексуальному развитию. А оно в свою очередь является результатом половой социализации, в процессе которой индивид усваивает социально одобряемые нормы и правила сексуального поведения и выбирает определенную половую роль (сексуальную ориентацию). Понятно, что этот процесс определяется тем, в каком социальном окружении растет ребенок, откуда он черпает знания о сексуальной жизни человека, какие формы и методы социализации используют социальные институты (семья, сверстники, дошкольные заведения, школа, учреждения культуры, СМИ).

Именно в этот период происходит формирование такого важного компонента Я - концепции человека как его сексуальная ориентация.

Подросток полон тревог и волнений по поводу своего тела и внешности в целом. Они связаны как раз с половыми признаками и несоответствием своего тела тем, часто завышенным, представлениям о необходимых чертах маскулинности и фемининности. В принципе, подростку все может не нравиться в своем теле. Степень недовольства собой зависит от величины расхождения между его (ее) представлением о мужественности (женственности) с теми критериями которые он (она) соотносит со своим телом.

Например, беспокойство по поводу полноты, маленького или большого роста, наличие угрей, якобы короткого полового члена у мальчиков, слабого развития грудных желез у девочек и т.п. Признаком несоответствия у подростков может быть что угодно.

Психологический механизм такого явления следующий: у подростков переходного возраста вполне понятно стремление стать взрослым: с одной стороны они понимают, что они уже не дети, с другой их привлекает таинственность, неизвестность, запретность взрослой жизни, наличие свободы и прав, отсутствие ограничений со стороны взрослых.

Подростки уже не дети, они всеми силами стремятся стать взрослыми. Или хотя бы казаться ими. Отсюда их такая обостренная чувствительность к мнимому или действительному несоответствию образу взрослого.

Отсюда же их попытки перенять и осуществлять образцы взрослого поведения. Причем, в силу несформированности всех компонент зрелой личности подростки способны перенять только наиболее легко воспроизводимые проявления взрослости. А среди таких подавляющим большинством являются социально не одобряемые. Плюс сюда же включается девиантное поведение, как способ подражания взрослому поведению.

Подтверждение же своей взрослости с помощью социально одобряемого поведения, требует от человека проявления воли, чувства ответственности, самостоятельности, умения принимать решения, умения отстаивать свое Я и т.д., которые у подростка либо совсем еще не сформированы, либо находятся в стадии развития.

Поэтому, задача взрослых, не толкать подростков на путь девиантного поведения, не желая признавать в них зарождающиеся черты взрослого человека, а, во-первых, не отказывать им в удовлетворении этой потребности, и, во-вторых, целенаправленного обучать социально приемлемым формам проявления тех черт взрослости, которые у них формируются.

Половое созревание, скачок в росте, нарастание физической силы, изменение внешних контуров тела и т.п. действительно активизируют у подростка интерес к себе и своему телу. Это происходит теперь, потому, что физическое созревание является одновременно

социальным символом, знаком повзросления и возмужания, на который обращают внимание и за которым пристально следят другие взрослые и сверстники.

Одни буквально рвутся вон из детства, у других расставание с ним происходит очень мучительно. Вызывая даже желание умереть.

«В подростковом возрасте, подчеркивал Л.С.Выготский, имеет место разрушение и отмирание старых, детских интересов и созревание и развитие новых.» Он писал: "Если в начале фаза развития интересов стоит под знаком романтических стремлений, то конец фазы знаменуется реалистическим и практическим выбором одного наиболее устойчивого интереса, большей частью непосредственно связанного с основной жизненной линией, избираемой подростком". Особое внимание он обращал на развитие мышления в подростковом возрасте. Главное в развитии мышления - овладение подростком процессом образования понятий, который ведет к высшей форме интеллектуальной деятельности, новым способам поведения. Функция образования понятий лежит в основе всех интеллектуальных изменений в этом возрасте. "Понимание действительности, понимание других и понимание себя - вот что приносит с собой мышление в понятиях."

Л.С.Выготский отмечал также еще два новообразования этого возраста - развитие рефлексии и на ее основе - самосознания. Развитие рефлексии у подростка не ограничивается только внутренними изменениями самой личности, в связи с возникновением самосознания для подростка становится возможным и неизмеримо более глубокое и широкое понимание других людей. Развитие самосознания, как никакая другая сторона душевной жизни, зависит от культурного содержания среды.

В концепции Д.Б.Эльконина подростковый возраст, как всякий новый период, связан с новообразованиями, которые возникают из ведущей деятельности предшествующего периода. Учебная деятельность производит "поворот" от направленности на мир к направленности на самого себя. Самоизменение возникает и начинает осознаваться сначала психологически в результате развития учебной деятельности и лишь подкрепляется физическими изменениями. Это делает поворот к себе еще более интимным.

Центральное новообразование этого возраста - возникновение представления о себе как "не о ребенке"; подросток начинает чувствовать себя взрослым. Стремится быть и считаться взрослым, он отвергает свою принадлежность к детям, но зато есть огромная потребность в познании его взрослости окружающими. В концепции Д.Б.Эльконина ведущим типом деятельности в этом возрасте является общение со сверстниками.

Осознование чувства одиночества связано с возрастными трудностями становления личности, порождает у подростков неутомимую жажду общения и группирования со сверстниками, в обществе которых они находят или надеются найти то, в чем им

отказывают взрослые: спонтанность, эмоциональное тепло, спасение от скуки и признание собственной значительности.

Именно здесь осваиваются нормы социального поведения, нормы морали, здесь устанавливаются иерархические отношения, распределение ролей, выполняемых каждым человеком в системе межличностного общения. Это может происходить либо в школе, либо в компании подростков группирующихся по месту жительства, по интересам, на основе каких-то других группообразующих факторов.

Деятельность общения чрезвычайно важна для формирования личности в полном смысле этого слова. В этой деятельности формируется самосознание. Основное новообразование этого возраста - социальное сознание, переносимое внутрь. По Л.С.Выготскому, это и есть самосознание. Сознание означает совместное знание. Это знание в системе отношений. А самосознание - это общественное знание, перенесенное во внутренний план мышления.

Контролирование своего поведения, проектирование его на основе моральных норм - это и есть личность.

Глава 2. Использование приемов и принципов Танатотерапии в работе с подростками.

Основная проблема кризиса переходного возраста - Проблема «перехода» из детства в отрочество. «В подростковом возрасте, подчеркивал Л.С.Выготский, имеет место разрушение и отмирание старых, детских интересов и созревание и развитие новых.» В настоящее время у подростка можно наблюдать «ПОЛНЫЙ» круг базовых проблем человека (по В.Ю.Баскакову).

1. отсутствие «опор» (ориентиров, целей, желаний)
2. проблема сексуальности (половое созревание, «бешеное» тело)
3. проблема выражения чувств (не с кем поделиться, не знают как)
4. проблема гиперконтроля (необходимость контролировать свои мысли, эмоции, поступки, «держать лицо»)

У многих недостаточный контакт с собственным телом, чувство неполноценности, неуверенность в своих силах, заниженная самооценка, невозможность расслабиться, проблемы межличностных отношений.

Танатотерапия (ТТ) – метод психотерапии, который моделирует реальную смерть через ее символическое представление. Применение этого метода в работе с подростками позволяет решить многие проблемы, с которыми обычно обращаются подростки.

Танатотерапевт работает не с определенным симптомом(проблемой), а с полным кругом базовых проблем.

ТТ помогает установить **несформированный** баланс между «социальным» и «биологическим» телом подростка.

В результате применения базовых приемов ТТ (иньский подход) происходит расслабление тела, способствующее восстановлению энергетического баланса в теле человека.

Первый базовый прием ТТ «театр прикосновений». Терапевт на время сеанса становится «актером» (активно - действующим), клиент – «зрителем» (пассивно – воспринимающим). Сцена в этом театре «тело» «зрителя».

ТТ предъявляет разные типы контактов:

- точка (касается кончиком пальца тела клиента)
- линия (касается ребром ладони, ступни тела клиента)
- плоскость (касается ладонью, ступней тела клиента)
- мост – перекрытие (соединение нескольких частей тела клиента за 1 касание)

Закон контакта в ТТ: дать другому человеку можно не больше, чем он может взять, и наоборот, другой может взять не больше, чем ему могут дать. Воздействие, осуществляемое в ТТ, является результатом взаимодействия между клиентом и ТТ-том.

Основной принцип выполнения данного приема (и не только) в ТТ **«не спеши!»**. Терапевт «возвращает» этот утраченный ребенку принцип.

Клиент ложится на эту процедуру максимально напряженным, с негативными ожиданиями, страхом. Терапевт «не набрасываясь» на клиента, дает ему время побыть с самим собой.

ТТ предлагает клиенту максимально комфортную модель социального взаимодействия/контакта, который проходит как на вербальном, так и на невербальном уровне (контакт «земля»).

У клиентов «уходят» коммуникативные блоки.

Во время выполнения приема терапевт, используя разные контакты, может: указывать на что-либо, объединять, разделять что-либо, ограничивать в чем-то, опекать, поддерживать своего подопечного.

Второй прием ТТ «телесная гомеопатия». Терапевт подсаживается к любой из конечностей клиента, устанавливает контакт с телом клиента, начинает плавно и очень

медленно поворачивать выбранную конечность. Т.к. в теле человека все взаимосвязано, работая с какой-либо конечностью ТТ воздействует на большую группу мышц, «оживляя» их. В этом приеме могут активизироваться контексты – аспекты *принятия – отпускания* (по Баскакову)

Основной принцип выполнения данного приема **минимальные по силе и амплитуде воздействия приводят к максимальным по силе чувствам и переживаниям**. Терапевт может не опасаться за «отреагирование» чувств клиента, т.к. тело клиента максимально заземленно и способно абсорбировать их.

Третий прием ТТ « телесная магия»: ясные и точные намерения и действия.

Терапевт подсаживается к любой из конечностей клиента, устанавливает контакт с телом клиента, плавно приподнимает руку партнера над полом и очень медленно и аккуратно начинает вытягивать выбранную конечность на себя. Вытягивание осуществляется спиной, руки терапевта прямые (не дрожат), что не отвлекает клиента от переживаний, происходящих в собственном теле. Терапевт вытягивает (приглашает вытянуться) конечность подростка на максимально возможное расстояние, прислушиваясь к телесным проявлениям клиента, при этом открывая канал протекания внутренней энергии.

Работа терапевта ВСЕГДА структурна: *знаемая последовательность известных психотерапевтических действий гарантированно приводит к знаемому результату.*

Сопровождая (без надавливания) возвращение конечности на «место», терапевт занимает позицию «отца» (выполняет функцию «отца»), отпускаемая конечность сама восстанавливает внутренний «порядок».

Следуя принципу **точных и ясных намерений и действий**, терапевт выступает в роли идеального «родителя», у которого слова не расходятся с действиями. Что, к сожалению, очень часто происходит в сегодняшней действительности.

У подростка появляется определенность в желаниях и целях.

***Четвертый прием ТТ «последовательность предъявляемых опор» (В.Ю.Баскаков)
«последовательность предъявляемых и выбиваемых опор» (Е.Э.Газарова)***

При выполнении этого приема в теле подростка формируем «баланс» между внутренним «Я» (поддержка терапевта – предъявляемые «опоры») и социумом (в какой зоне: личность, семья, общество работает терапевт).

Один из принципов этого приема **расти, смелеть, рисковать** (по И. Резниченко) очень четко иллюстрирует закон Л.С.Выготского о зоне ближайшего развития: *то что сегодня ребенок делает с Вами, завтра он будет делать САМ.*

У подростка увеличивается стремление к «зрелой» автономии, к самоутверждению, к преодолению ограничений, к проявлению воли, умение отстаивать свое «Я». Появляется желание быть ответственным за свою жизнь.

В течение переходного периода ломаются и перестраиваются все прежние отношения ребенка к миру и к самому себе и развиваются процессы самосознания и самоопределения, приводящие, в конечном счете, к той жизненной позиции, с которой подросток начинает свою самостоятельную жизнь.

В третьей части дипломной работы будут представлены результаты консультирования подростков с применением методов ТТ.

4.7. Герасимов М. Случай применения танатотерапии при помощи клиенту пережить болезненную ситуацию (Курсовая работа по танатотерапии, Москва 2006 г.)

В этой работе описывается случай применения танатотерапии при помощи клиенту пережить болезненную ситуацию.

В октябре 2005 года ко мне за помощью обратилась Галя Б., 27-ми лет. Шесть лет назад она переехала из Рязани в Москву. Ушла из родительской семьи с целью начать собственную жизнь. По профессии программист, за эти шесть лет она добилась должности начальника отдела в частной фирме занимающейся разработкой программного обеспечения. Вместе с этим, увлекалась эзотерикой и психологией, посещала различные тренинги и семинары, в том числе и телесно-ориентированные. В отношениях с мужчинами, вне рабочих рамок, переходила в детское состояние, чувствовала себя ребёнком. На тренингах познакомилась с Вадимом, мужчиной 37-ми лет, с которым и жила последние три года у него на квартире. Вадим уже был женат, у него есть двое детей которые живут с бывшей женой. Последние полгода Галя чувствовала себя чем-то раздражённой, хотелось всё бросить и уйти, вечерами запиралась в ванной и плакала. Раздражал Вадим, совместная жизнь с которым тяготила. Съезжалась с ним в надежде весело проводить время. Вспоминался отец, который много пил и пьёт, теряет зрение. Когда-то в детстве Галя решила быть для матери вместо него. В этот момент подвернулось предложение купить комнату в коммуналке. Заняв денег Галя так и поступила. Пока делала ремонт и занималась квартирой наступило некое просветление, однако как только переехала жить туда прошлое состояние вернулось. Когда было совсем плохо ощущала боль в спине, слева, чуть ниже лопатки. В остальном ощущения от тела очень слабые, описать их не была способна.

Из описанной мне ситуации я сделал следующие выводы: по приезду в Москву для Гали более важными были вопросы связанные с работой, проявление себя во внешнем мире. Опору в остальном она нашла в отцовской фигуре, которой выступил Вадим. По мере решения рабочих проблем, успешности в своём виде деятельности, у Гали появилась большая самостоятельность и опорность. В связи с этим началась переоценка ценностей вообще и конкретнее отношений с близким мужчиной. В этот момент проявилась трудность перехода к более самостоятельной жизни, потребность в которой для себя Галя осознаёт.

Языком моторных полей основную проблему можно описать как проблему полей оппозиции/аттракции выраженную в трудности отказаться от уже не нужных отношений.

С точки зрения четырёх базовых проблем это проблема чувств, связанных с отцовской фигурой. И за этой уже проблемой лежит проблема определения себя как самостоятельной женщины, всплывающая во взаимоотношениях с мужчинами, проблема области паха. Причём род деятельности – программирование, заставляет постоянно большую часть внимания переносить к голове, к контролю.

Общее направление работы – распутывание клубка чувств связанных с травмирующей ситуацией, создание большей опорности ног, работа с полем оппозиции, перенаправление внимание от контроля к телу.

Первый сеанс. Поза тела закрытая, чуть агрессивная. Недоверие. Дыхание лишь животом, много поверхностной энергии, очень мало абсорбции. Быстрый уход в транс. По ходу сеанса несколько раз вздрагивание всем телом. К концу сеанса левая рука развернулась и расслабилась. Проявился порог на выдохе, подтверждающий проблему отпускания. Состояние изменилось не сильно.

Второй сеанс. Неравномерность позы – правая нога напряжена, левая расслаблена, руки вдоль тела, чуть закрыты. Двойственность положения – есть недоверие, но есть и желание открыться. Опять много поверхностной энергии. При контакте «земля» на стопы ног произошло резкое сжатие правой стороны, тело перекосило вправо. «Земля» на стопу и колено левой ноги привела к расслаблению перекоса. После проведения «последовательности предъявляемых опор» для левой руки и «телесной магии» для правой ноги тело расслабилось, по моим ощущениям через него прошла волна энергии, которая на этот раз полностью абсорбировалась. Облегчилось дыхание, и открылся рот. К концу сеанса тело начало дышать волнообразно, со звучанием на выдохе. Однако, повторились резкие вздрагивания всем телом.

Третий сеанс. Поза тела расслабленная и более уверенная по сравнению с предыдущими сеансами. Появилась мягкость и спокойствие. По ходу сеанса резких вздрагиваний не наблюдалось. К концу – волнообразное дыхание через открытый рот и более спокойное и ровное протекание энергии по телу.

В результате проведённых сеансов отношения Гали с Вадимом перестали быть напряжёнными, появилась большая глубина чувств и свобода в собственных решениях. Через три месяца после окончания встреч Гали уволилась с основной работы и занялась рисованием на профессиональном уровне, выполняя заказы по росписи стекла.

Выводы: сеансы танатотерапии позволили Гале освободить ресурс для перехода к более самостоятельной жизни, изменения отношения к работе (основным смыслом стало творчество) и большей автономности в отношениях с мужчинами.

4.8. Задорожная О. В. Созависимость как проблема нарушения контакта с процессами смерти и умирания/ Дипломная работа, Москва 2011

Содержание

Реферат
---------	-------

Ведение	
Глава 1	Психологические и соматические маркеры созависимости ...
1.1	Формирование и проявление феномена созависимости в отношениях.....
1.2	Источники психосоматических заболеваний при созависимости
Глава 2	Танатотерапевтический подход при работе с созависимой личностью
.....	
Заключение	
Библиографический список.....	

Реферат

Цель: исследование способов танатотерапевтической помощи в налаживании контакта с процессами смерти и умирания при работе с созависимой личностью.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – созависимое поведение личности как результат нарушения контакта с процессами смерти и умирания.

На основании анализа социальной ситуации, жалоб клиента и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: использование танатотерапевтического подхода при работе с созависимой личностью будет способствовать восстановлению ее контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

Задачи исследования:

- 1) провести анализ литературы по проблемной анатомии;
- 2) систематизировать имеющиеся знания о проблеме созависимости, причинах ее возникновения и ее проявлениях;
- 3) провести танатотерапевтические сессии с клиентом, имеющим картину созависимого поведения;
- 4) провести анализ полученных результатов, обобщить полученный опыт.

Методы исследования и работы. Теоретическая группа: анализ, синтез, систематизация, сравнение, классификация. Практическая группа: наблюдение, беседа, методы, используемые в танатотерапевтическом подходе, а также методы телесно-ориентированных практик.

Новизна исследования и работы – предпринята попытка выявить взаимосвязи между психомоторикой и соматическими маркерами созависимости. Также нами проанализирована динамика соматических и поведенческих изменений созависимой личности в формате танатотерапевтического подхода.

Практическая значимость исследования и работы: расширяет имеющиеся знания о проявлениях созависимой личности за счет смещения акцента в поле танатотерапевтической проблематики; дает возможность переосмыслиения классических «янских» подходов в работе с созависимостью; позволяет осмыслить взаимосвязи психического состояния, его соматического проявления и поведенческих маркерах созависимости.

Область применения – возможно широкое применение в психотерапевтической практике, в частности, при работе со структурными компонентами Я-концепции личности, проблемами созависимого поведения, социальной адаптированностью личности и адекватностью проявления чувств.

Выбор темы обусловлен как профессиональным, так и личным интересом. Изначально сама в анамнезе имела маркеры созависимости (результат семейной родительской и воспитательной ситуации). В дальнейшем, при работе с клиентами, имеющими разные соматические и психологические проблемы, поставила задачу найти взаимосвязи между социальным, соматическим и характерологическим статусом созависимой личности, что в имело в основе личную заинтересованность. Думаю, одной из причин созависимости является внутриличностный конфликт, как столкновение разных систем ценностей зависимого и созависимого лица, что влечет за собой у обоих нарушение связи с процессами смерти и умирания, но проявляется по-разному, т.к. изначально имеет разную направленность.

Один из конфликтов созависимого человека – невозможность принятия решения другого человека, с которым он находится в близких отношениях, о нежелании жить, о собственной «социальной смерти». Этот конфликт можно рассматривать как конфронтацию представлений о «социальной» личности и ее реальным воплощением. Проблема страха смерти «социальной» личности Другого порождает проблему сверхконтроля сознания созависимого лица, препятствуя естественным процессам жизненности. Особенности работы в танатотерапии позволяют разрешить подобные внутриличностные конфликты: снизить сверхконтроль сознания, вернуть природную опорность телу и восстановить естественные связи с процессами смерти и умирания.

Введение

Актуальность исследования. Современное общество характеризуется кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни. Возникает проблема страха перед действительностью, что порождает стремление уйти от реальности. В поисках средств защиты от перманентной фрустрации все чаще люди прибегают к

стратегиям аддиктивного поведения (Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В., 2001), прежде всего к употреблению алкоголя и наркотиков [1, с. 100].

Зависимость одного члена семьи от психоактивных веществ неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. У членов семьи при этом возникают нарушения, обозначаемые термином созависимость (со - приставка, указывающая на совместность, сочетанность действий, состояний), которая, по мнению Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриевой (2001) - это аддикция отношений [25, с. 100].

Созависимость - это состояние, возникающее у членов семьи больного алкоголизмом или другими формами зависимости, которое подчас тяжелее, чем само заболевание. Опасение специалистов, в первую очередь, вызывает паттерн усвоенных форм поведения, чувств и верований, делающих жизнь проблемной, отрицательно влияющей на адаптацию личности, приводящей к негативным личностным изменениям, нарушениям гармоничного и всестороннего развития. Зачастую наиболее серьезные проблемы в плане социальных контактов созависимые испытывают именно из-за тревожных ожиданий неудач в общении, особенно в новых для них ситуациях, группах и коллективах. Более того, боясь утратить контроль над ситуацией, созависимые сами попадают под контроль событий или своих близких [с.].

Главными составляющими созависимого состояния личности являются: переживание чувства вины и стыда, «идеальное» поведение, появление гневливости, переживание угрызений совести и стресса, приспособление к житейским неудобствам, концентрация всех действий на пьющем муже, жалость к себе, переживание чувства непереносимой обиды, духовной деградации, появление страхов, выраженной тревоги, депрессии. Исходя из вышесказанного, можно сформулировать **проблему** нашего исследования: насколько применение метода танатотерапии продуктивно при работе с созависимой личностью? Одним из возможных вариантов решения проблемы является использование психологических средств, способствующих коррекции созависимых состояний личности.

Один из внутренних конфликтов созависимого человека - конфронтация представлений о «социальной» личности и ее реальным воплощением, т.е. невозможность принятия близким человеком решения о нежелании жить, о собственной «социальной смерти». Проблема страха смерти «социальной» личности Другого порождает проблему сверхконтроля сознания созависимого лица, препятствуя естественным процессам жизненности. Особенности работы в танатотерапии позволяют разрешить подобные внутриличностные конфликты: снизить сверхконтроль сознания, вернуть природную опорность телу и восстановить естественные связи с процессами смерти и умирания.

Цель: исследование способов танатотерапевтической помощи в налаживании контакта с процессами смерти и умирания при работе с созависимой личностью.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – созависимое поведение личности как результат нарушения контакта с процессами смерти и умирания.

На основании анализа социальной ситуации, жалоб клиента и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: использование танатотерапевтического подхода при работе с созависимой личностью будет способствовать восстановлению ее контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

Задачи исследования: 1) провести анализ литературы по проблемной анатомии; 2) систематизировать имеющиеся знания о проблеме созависимости, причинах ее возникновения и ее проявлениях; 3) провести танатотерапевтические сессии с клиентом, имеющим картину созависимого поведения; 4) провести анализ полученных результатов, обобщить полученный опыт.

Методы исследования и работы. Теоретическая группа: анализ, синтез, систематизация, сравнение, классификация. Практическая группа: наблюдение, беседа, методы, используемые в танатотерапевтическом подходе, а также методы телесно-ориентированных практик.

Новизна исследования и работы – предпринята попытка выявить взаимосвязи между психомоторикой и соматическими маркерами созависимости. Также нами проанализирована динамика соматических и поведенческих изменений созависимой личности в формате танатотерапевтического подхода.

Практическая значимость исследования и работы: расширяет имеющиеся знания о проявлениях созависимой личности за счет смещения акцента в поле танатотерапевтической проблематики; дает возможность переосмыслиения классических «янских» подходов в работе с созависимостью; позволяет осмыслить взаимосвязи психического состояния, его соматического проявления и поведенческих маркеров созависимости.

Область применения – возможно широкое применение в психотерапевтической практике, в частности, при работе со структурными компонентами Я-концепции личности, проблемами созависимого поведения, социальной адаптированностью личности и адекватностью проявления чувств.

Структура работы. Работа состоит из реферата, введения, двух глав (теоретической и практической), заключения и списка литературы. Теоретическая глава посвящена обзору

литературы по проблеме созависимости, ее природы и причин формирования. Эмпирическая глава содержит описание работы с конкретным клиническим случаем, используемых в работе приемов и динамику изменений.

В заключении представлены основные выводы по исследованию.

ГЛАВА 1 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СОЗАВИСИМОСТИ

1.1 Формирование и проявление феномена созависимости в отношениях

В последнее время формы болезненной зависимости от психоактивных веществ принято объединять общим термином «зависимость от химически активных соединений» [23, с. 110]. Больной, страдающий химической зависимостью, редко живет в полной изоляции. Обычно он живет либо в родительской, либо в им созданной семье с детьми и женой (мужем). В большинстве таких семей обнаруживаются осложнения, которые в последние 15 лет стали обозначаться термином созависимость (со — приставка, указывающая на совместность, сочетанность действий, состояний) [20, с. 6].

Созависимость является не только мучительным состоянием для страдающего ею, но и для членов семьи, принимающих такие правила и формы взаимоотношений, которые поддерживают семью в дисфункциональном состоянии. Созависимость — это фактор риска рецидива химической зависимости у больного, возникновения различных нарушений в потомстве, почва для развития психосоматических заболеваний и депрессии [30, с. 16].

Химическая зависимость — семейное заболевание. Есть теории, рассматривающие химическую зависимость как симптом дисфункции семьи [22, с. 62]. Созависимые происходят из семей, в которых имели место либо химическая зависимость, либо жестокое обращение (физическая, сексуальная или эмоциональная агрессия), а естественное выражение чувств запрещалось. Такие семьи носят название дисфункциональных [22, с. 61].

Признаки дисфункциональной семьи: 1) Отрицание проблем и поддержание иллюзий, 2) Вакуум интимности, 3) Замороженность правил и ролей, 4) Конфликтность во взаимоотношениях, 5) Недифференцированность "я" каждого члена, 6) Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной, 7) Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия, 8) Склонность к полярности чувств и суждений, 9) Закрытость системы, 10) Абсолютизование воли, контроля [18, с. 86].

Воспитание в дисфункциональной семье подчиняется определенным правилам: взрослые — хозяева ребенка; лишь взрослые определяют, что правильно, что неправильно; родители держат эмоциональную дистанцию; воля ребенка, расцениваемая как упрямство, должна быть сломлена и как можно скорее.

К группе созависимых лиц являются:

- 1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;
- 2) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных химической зависимостью;
- 3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях [30, с. 196].

Воспитание в дисфункциональной семье формирует те психологические особенности, которые составляют почву созависимости. В исследованиях В.Д. Москаленко отмечено, что большинство семей являются собой больных ассортативный брак (не случайный выбор супруга, а выбор по наличию определенных признаков). Как правило, подобный выбор делается неосознанно [19, с. 56]. Из практики групповой психотерапии жен больных химической зависимостью следует, что в группе из 12 женщин обычно 9 человек являются дочерьми больных алкоголизмом отцов или матерей [19, с. 71].

К основным характеристикам созависимости относятся следующие.

Низкая самооценка. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими, хотя не имеют четких представлений, как эти другие должны к ним относиться. Склонны к постоянной самокритике, но не переносят, когда их критикуют другие, в этом случае они становятся самоуверенными, негодующими, гневными [18, с. 28]. Не умеют принимать комплименты и похвалу должным образом. В глубине души не считают себя достаточно хорошими людьми, они испытывают чувство вины, когда тратят на себя деньги или позволяют себе развлечения [18, с. 114]. В лексиконе доминируют глаголы долженствования. Они стыдятся не только пьянства мужа, но и самих себя. Не веря, что могут быть любимыми и нужными, они пытаются заработать любовь и внимание других, и стать в семье незаменимыми.

Компульсивное желание контролировать жизнь других:

- верят, что в состоянии контролировать все: чем хаотичнее ситуация дома, тем больше усилий они прилагают по ее контролю,
- уверены, что лучше всех в семье знают, как должны развиваться события и как должны себя вести другие члены,

- для контроля используют разные средства — угрозы, уговоры, принуждение, советы, подчеркивая тем самым беспомощность окружающих ("муж без меня пропадет") [22, с. 100].

Попытка взять под контроль практически неконтролируемые события часто приводит к депрессиям. Невозможность достичь цели в вопросах контроля созависимые рассматривают как собственное поражение и утрату смысла жизни. Повторяющиеся поражения усугубляют депрессию.

Другим исходом контролируемого поведения созависимых является фрустрация, гнев. Боясь утратить контроль над ситуацией, созависимые сами попадают под контроль событий или своих близких [22, с. 110]

Желание заботиться о других, спасать других:

- любят заботиться о других, часто выбирая профессии врача, медсестры, воспитательницы, психолога, учителя,

- имеют убежденность в ответственности за чувства, мысли, действия других, за их выбор, желания и нужды, за их благополучие или недостаток благополучия и даже за саму судьбу,

- безответственны в отношении собственного благополучия (плохо питаются, плохо спят, не посещают врача, не удовлетворяют собственных потребностей) [30, с. 37],

- делают и то, что не хотят делать: говорят "да" тогда, когда им хотелось бы сказать "нет", делают для близких то, что те сами могут сделать для себя,

- больше отдают, чем получают, решают проблемы другого, а в совместной деятельности (например, ведение домашнего хозяйства) делают больше, чем им следовало бы делать по справедливому разделению обязанностей [30, с. 112].

В качестве вторичной выгода от такого поведения созависимого выступает мнимая некомпетентность, беспомощность и неспособность химически зависимого, что дает основание созависимым чувствовать себя постоянно нужными и незаменимыми. Спасая химически зависимого больного, созависимые неизбежно подчиняются закономерностям, известным под названием "Драматический треугольник С. Карпмана" или "Треугольник власти" [24, с. 210].

Созависимость — зеркальное отражение зависимости. Основными психологическими признаками любой зависимости является триада:

- обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости (об алкоголизме, наркотиках);

- отрижение как форма психологической защиты;

- утрата контроля.

Указанные выше признаки относятся и к созависимости. Сходство зависимости и созависимости усматривают в том, что оба состояния:

- а) представляют собой первичное заболевание, а не симптом иного заболевания;
- б) приводят к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации;
- в) при невмешательстве могут привести к преждевременной смерти;
- г) при выздоровлении требуют системного сдвига как в физическом, так и в психологическом плане [25, с. 21].

На основе анализа литературы нами выделены некоторые признаки зависимости и созависимости, которые для наглядности, удобства и сравнения, мы представили в виде таблицы.

Проявления зависимости и созависимости

Признак	Зависимость	Созависимость
Охваченность сознания предметом пристрастия	Мысль об алкоголе или другом веществе доминирует в сознании	Мысль о близком, больном химической зависимостью, доминирует в сознании
Утрата контроля	Над количеством алкоголя или другого вещества, над ситуацией, над своей жизнью	Над поведением больного и над собственными чувствами, над своей жизнью
Отрицание, минимизация, проекция	Я не алкоголик, Я не очень много пью	У меня нет проблем, проблемы у моего мужа
Агрессия	Словесная, физическая	Словесная, физическая
Преобладающие чувства	Душевная боль, вина, стыд, страх	Душевная боль, вина, стыд, ненависть, негодование
Рост толерантности	Увеличивается переносимость все больших доз вещества (алкоголь, наркотики)	Растет выносливость к эмоциональной боли
Синдром похмелья	Для облегчения синдрома требует новая доза вещества, к которому имеется пристрастие	Порвав взаимоотношения с зависимым человеком, созависимые вступают в новые деструктивные взаимоотношения
Опьянение	Часто повторяющееся	Невозможность спокойно,

	состояние в результате употребления химического вещества	рассудительно, т.е. трезво, мыслить
Самооценка	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение
Физическое здоровье	Болезни печени, сердца, желудка, нервной системы	Гипертензия, головные боли, невроз сердца, язвенная болезнь
Сопутствующие психические нарушения	Депрессия	Депрессия
Перекрестная зависимость от других веществ	Зависимость от алкоголя, наркотиков, транквилизаторов может сочетаться у одного индивида	Помимо зависимости от жизни больного, возможна зависимость от транквилизаторов, алкоголя, и др.
Отношение к лечению	Отказ от помощи	Отказ от помощи
Условия выздоровления	Воздержание от химического вещества, знание концепции болезни, долгосрочная реабилитация	Отстранение от человека, с которым имеются длительное время близкие отношения, знание концепции созависимости, долгосрочная реабилитация

Таким образом, параметры проявлений как зависимости, так и созависимости имеют много общего.

В свою очередь, поведение зависимости-созависимости характеризуется также нарушением границ психологической территории, что трактуется как «...воздействие одного человека на другого с той или иной степенью насилия/насильственности с целью изменить по своему усмотрению принадлежащую человеку систему представлений о себе, своих возможностях, ресурсах и своем месте в мире, заставить изменить правила и принципы, навязать чуждые цели и способы их достижения и т. д., а также самовольное использование и присвоение физической территории другого человека или его предметов физического мира» [23, с. 131].

Сущность созависимых отношений, по мнению М.М. Решетникова, отражается и объясняется с позиций «клеточной структуры» депрессии [26, с. 144].

Исходя из представлений о психической структуре человека, состоящей из «Оно», «Я» и «Сверх-Я», М. М. Решетников описывает глубинную сущность депрессии: «Мы знаем, что Оно — не структурировано, бесформенно, является представительством сферы инстинктов (большей частью асоциальных), в нем нет причинно-следственных отношений, понятий и пространства, и времени (все «существует» в неопределенном времени) и его деятельность подчинена только одному принципу — удовольствия. Оно контактирует с реальностью только через Я, которое в отношении Оно является своеобразной «оболочкой» [25, с. 102]. Основной функцией Я, которая развивается из Оно является тестирование реальности и взаимодействие с реальностью. Я социализирует требования Оно и делает их приемлемыми для личности и ее Сверх-Я. Сверх-Я развивается частично из Я, а частично путем интроверсии родительских и других социальных запретов, моральных норм и установок.

То есть в норме эта гипотетическая структура личности в виде «клетки», где в центре находится «ядро» — Оно, окруженное «оболочкой» Я, а поверх этой оболочки — еще одна «оболочка» Сверх-Я со своим содержимым.

Если Я было исходно «сломано» в детстве или даже просто «надломлено», то Я фактически отсутствует или оказывается «опустошенным» и Оно напрямую контактирует со Сверх-Я, которое не принимает и жестоко осуждает потребности Оно, диктуемые принципом удовольствия и никак не соотносимые с реальностью.

Во-вторых, так как Я было «сломано» в раннем детстве, то из него не могло развиться нормальное собственное Сверх-Я (у большинства из нас — всегда более «покладистое», чем его социальный прототип), поэтому единственная «наружная оболочка» представлена почти полностью родительскими запретами и оценками, а также жесткими вариантами моральных норм и социальных установок [25, с. 100]. В итоге фрагментарное Я, которое, фактически, не имеет собственного содержания, оказывается «зажатым» между властными побуждениями (стремлением к удовольствию) Оно и требованиями Сверх-Я. Это Я опустошено и ожесточено, весь его запрос к внешнему миру обусловлен потребностью любви, любви безбрежной, такой, как ему представляется и которая вряд ли возможна [25, с. 147].

Итак, для созависимых отношений характерно наличие искажений Я участников взаимодействия, основанное на дефиците родительской любви. Система представлений о себе, еще не закончив формироваться, уже была повреждена или опустошена. Каждый человек, развивающийся таким образом, «обладает утратой» и поэтому вечно ищет любви, которая была необходима и которую он так и не смог получить.

Решетников выделяет 4 формы созависимых отношений, используя понятие о взаимодействии психологических территорий и о «клеточной структуре» созависимости [25, с. 101].

1. Любовь через отказ от собственного суверенитета и растворение своей психологической территории в территории партнера.

Человек, отказавшийся от своего суверенитета, живет интересами партнера, перенимает его взгляды, вкусы, систему ценностей, усваивает их без критики и осмысливания. Он также перенимает от партнера систему представлений о себе. Ответственность за свою жизнь полностью передается значимому Другому и отказывается от своих желаний, целей, стремлений. Партнер используется им как материнская утроба: как среда обитания, как источник всего необходимого, как способ выживать.

В данном случае партнер играет роль Родителя, отношением которого и заполняется пустующая оболочка.

2. Любовь через поглощение психологической территории партнера, через лишение его суверенитета.

В данном случае роль Родителя играет сам ищущий любви и заполнения. Образ идеального партнера складывается из эклектических представлений о любви и заботе, порой несовместимых между собой. Поведение человека в этом случае управляет его собственным Сверх-Я с помощью долженствований и бывает удовлетворено только в случае, когда роль контролирующего опекуна выполняется им идеально. Ответственность за жизнь партнера полностью принимается на себя. Собственные желания, цели, стремления осознаются только через призму их полезности для партнера, которого контролируют и руководят им так же, как это делают по отношению к ребенку. Любая самостоятельность партнера пресекается.

3. Любовь через абсолютное владение и разрушение психологической территории объекта любви.

В данном варианте человек может действовать двумя способами:

А) Желая наполнить собственное Я, он проецирует это желание на партнера, и начинает заполнять партнера собственными представлениями о своем Идеальном Я. Но структура Я партнера занята, поэтому ее надо разрушить и опустошить, чтобы появилась возможность увидеть в партнере возможного себя.

Б) Человек уже не способен ни наполнить собственное Я, ни даже пытаться созидать свое Идеальное Я в партнере. Он способен только разрушать, то есть делать то, что когда-то сделали с ним. И разрушая, он испытывает некоторое удовлетворение, поскольку разрушенная личность партнера со всей очевидностью свидетельствует о том,

что: 1) он не единственный, кто пережил такие страдания, 2) он имеет власть, может контролировать окружающее, 3) разрушая партнера, но при этом удерживая его около себя, он получает представление о себе как о человеке сильном, самостоятельном и значимом, поскольку партнер продолжает слушаться его и демонстрировать свою покорность и любовь.

4. Любовь через отражение в значимом Другом.

На партнера перекладывается ответственность за собственное благополучие. Ему предписывается определенное поведение, которое обеспечит заполнение опустошенного Я его любовью, его отношением. Значимый Другой должен всячески показывать, что имеет дело с человеком, который соответствует стандартам Идеального Я [21, с. 157]. Если партнер перестал служить «зеркалом», то возможно четыре варианта дальнейших действий:

1. Партнер, который не ведет себя в соответствии с ожиданиями, может быть покинут ради поиска нового «зеркала»;

2. Переживание недостатка «стараний» партнера стимулирует либо поиск одновременно развивающихся нескольких отношений, либо постоянную смену партнеров (чаще противоположного пола), которые могли бы взять на себя функцию заполнения пустующего Я;

3. На партнера, который не осуществляет постоянное наполнение Я, усиливается давление с помощью различных манипуляций (взывание к жалости, демонстрация беспомощности, призывы к справедливости, шантаж или прямые мольбы о любви, уверения, что без его постоянного внимания и признаний в любви он не сможет жить);

4. Предпринимаются попытки заслужить любовь и внимание партнера ценой любых жертв и унижений [18, с. 211].

Во всех рассмотренных способах взаимодействия любовь является способом компенсировать собственную недостаточность, а партнер — объектом, который призван дополнить эту недостаточность до целостного Я. Созависимые люди обладают свойством обесценивания самого партнера, который по-настоящему полюбил их, или обесценивания его чувства. Проявление обесценивания возможно по трем направлениям.

1. Этот человек говорит, что любит меня. Но это не может быть правдой, потому что меня любить нельзя. Значит, все, что он делает и говорит — просто ложь. А его цель — усыпить мою бдительность и использовать меня.

2. Этот человек говорит, что любит меня и, похоже, что он говорит правду. Но он ошибается. Он любит не меня, а тот образ, который я создал. Или он просто не разобрался во мне. Если бы он знал, какой я на самом деле, он отвернулся бы от меня с презрением.

3. Этот человек говорит, что любит меня, и, по всей видимости, он говорит правду. Но это означает только то, что он такой же, как и я, неполноценный человек, недостойный любви. Если бы он был «настоящим», он никогда не смог бы полюбить меня, потому что меня по-настоящему хороший человек любить не может [21, с. 203].

При таком восприятии любви по отношению к себе, подобные люди просто не в состоянии испытать удовлетворения даже от истинного чувства.

Таким образом, к социально-психологическим факторам, детерминирующим развитие системы межличностных отношений созависимых лиц, можно отнести семейные отношения, поведение значимых лиц, баланс и адекватность поощрения-наказания, особенности общения с ребенком и выстраиваемые паттерны взаимодействия. Все эти факторы определяют дальнейшее развитие личности и способствуют формированию созависимости.

Как зависимость, так и созависимость являются длительным, хроническим состоянием, приводящим к страданиям и деформации духовной сферы. У созависимых эта деформация выражается в том, что они вместо любви питают к близким ненависть, теряют веру во всех, кроме себя, хотя своим здоровым импульсам тоже не доверяют, испытывают жгучее чувство ревности, зависти и безнадежности [17, с. 151].

Необходимо отметить, что любые значимые отношения рождают определенную долю эмоциональной созависимости, тем не менее, в зрелых отношениях всегда остается пространство для удовлетворения собственных потребностей, достижения собственных целей и индивидуального роста личности, которая, как известно, сохраняет здоровье и жизнеспособность исключительно в процессе развития [18, с. 13]. Созависимый человек перестает отличать собственные потребности и цели от целей и потребностей любимого. Его мысли, чувства, поступки, способы взаимодействия и решения двигаются по замкнутому кругу, циклично возвращая человека к повторению одних и тех же ошибок, проблем и неудач.

1.2 Источники психосоматических заболеваний при созависимости

Психосоматический подход - один из наиболее перспективных системных подходов к пониманию природы и происхождения всевозможных заболеваний, который акцентирует внимание на тесной взаимосвязи психического и соматического.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности

защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Д. Боаделла и другие исследователи [10, с. 108] описывают три панциря, каждый из которых связан с одним из зародышевых листков: мышечный (мезодермальный), висцеральный (эндодермальный) и церебральный панцирь (эктодермальный).

Мышечный панцирь может вызывать нарушения в двух направлениях: гипотонус (слабость и недостаток накопления итраты энергии) и гипертонус (напряженность, повышенная энергетическая заряженность).

Висцеральный панцирь приводит к нарушению перистальтики и дыхания (тенденция к хронической гипо- или гипервентиляции и к повышенной раздражимости кишечника).

Церебральный панцирь приводит к нарушениям биоэлектрической активности мозга, различным расстройствам взаимодействия коры, подкорки и вегетативной нервной системы, нарушениям зрения и т.д. [3, с. 28]

В. Райх описал телесные зажимы у человека, возникшие когда-то в стрессовой ситуации с целью ограничения движения, дыхания и чувства, и рассматривал личность уровнево:

- поверхностный: так называемый «панцирь» характерных отношений, сформировавшийся для защиты от угрозы целостности личности;
- глубокий уровень болезненных чувств, включающий в себя гнев, тоску, тревогу, отчаяние, страх, обиду, чувство одиночества;
- ядерный уровень (ядро личности), в котором сосредоточены чувства базисного доверия, благополучия, радости и любви [3, с.49].

В каждом из «панцирей» проявляются нарушения здоровья на всех уровнях: соматическом, психическом и духовном.

Соматические аспекты здоровья:

1. Дыхание регулярно, ритмично, сопровождается свободными движениями грудной клетки;
2. Перистальтика не спастическая, но и не вялая, сопровождается ощущением "внутреннего благополучия";
3. Мускулы готовы легко переходить от напряжения к расслаблению;
4. Кровяное давление нормальное, пульсация в конечностях хорошая;
5. Кожа теплая, с хорошим кровоснабжением;
6. Лицо подвижно, мимика живая, голос и взгляд выразительны, "глаза контактны";

7. Оргазмические функции не нарушены; оргазм представлен ритмичной непроизвольной пульсацией, сопровождается глубоким удовлетворением и любовью к партнеру. Человек может испытывать к одному и тому же лицу и сексуальные, и сердечные чувства.

На физическом уровне:

1. Скачки артериального давления. Его неустойчивость проявляется по-разному:
 - повышение АД, поначалу кратковременное, которое постепенно перерастает в стойкое – гипертоническую болезнь,
 - понижение АД, на фоне умеренной артериальной гипотонии происходит ее углубление. Симптомы: тошнота, слабость, дурнота мушки, разнообразные проявления телесного дискомфорта. Возникает парадоксальная головная боль – компенсаторный спазм сосудов ГМ;
 - скачки давления.
2. Сердцебиение или перебои сердечного ритма, сопровождающиеся паническими атаками.
3. Различные варианты психоэмоциональной боли в шее и голове: боль ответственности (затылок), боль возражения или безмолвный протест при попытке сохранения самообладания (височно-челюстная), боль размышления, которая связана с сомнениями, испытываемыми в процессе принятия решения (лоб), боль рождения, наблюдалась при невротических и субдепрессивных состояниях (теменная область).
4. Боль в области сердца, возникающая вне связи с физической нагрузкой и имитирующая стенокардию.
5. Боль в области живота, имитирующая заболевания органов пищеварения. Особенно характерны боли блуждающего или схватывающего характера, колики. Возможно расстройство стула (медвежья болезнь).
6. Боли в спине, имитирующие радикулит.
7. Одышка, не связанная с болезнями органов дыхания, и как чувство неудовлетворенности вдохом, сопровождающееся желанием вдохнуть поглубже. Как следствие – возникает ощущение онемения и покалывания в руках. Аналогичные ощущения в ногах могут сопровождаться судорогами икроножных мышц.
8. Нарушения глотания и ощущение комка в горле.
7. Кратковременное нарушение зрения, когда предметы расплываются или мельтешат перед глазами и человеку приходится напрягать зрение, фокусировать взгляд.
8. Головокружение, вызывающее неуверенность при ходьбе, ощущение ватных ног, ощущение упывания земли из-под ног.

9. Приливы жара – озноба, могут сопровождаться дрожью.
10. Нарушения аппетита. Невротические симптомы отрыжки, изжоги, тошноты, психогенной рвоты.
11. Обильное мочеиспускание. Обычно, после приступа паники.
12. Нарушение стула.
13. Нарушения сна.
14. Нарушения сексуальности.

Проявления стрессовых расстройств на психологическом уровне:

1. Беспокойство, тревога.
2. Подавленное настроение, резкие его перепады, неконтролируемые бурные вспышки эмоций.
3. Немотивированная раздражительность и высокая конфликтность,
4. Нарушение отношений с людьми: от эмоциональной холодности, до открытой враждебности и агрессии по отношению к окружающим.
5. Стремление отгородиться от реальной жизни как источника стресса.

У высших организмов процессы расширения и сжатия управляются двумя ветвями вегетативной нервной системы, симпатической и парасимпатической. Ее импульсы идут ко всем органам и мышцам тела, регулируя обмен энергии, кровообращение и работу сердца, пищеварение, дыхание, сексуальные функции и оргазм. В норме эти процессы ритмичны и переживаются здоровыми людьми как приятное ощущение в теле.

В теле человека нарушения взаимодействия мыслей, действий и чувств наиболее сфокусированы:

— между головой и позвоночником (между энто- и мезодермами), между мыслями и действиями—в задней части шеи (по мнению Райха, это наиболее ранний блок, приобретаемый человеком во внутриутробной жизни, в родах, а также в первые дни и недели жизни);

— между головой и туловищем (энто- и эндодерма), мыслями и эмоциями — в горле. Этот блок формируется, когда "оральные проблемы сдавливают горло";

— между позвоночником и внутренними органами (между мезо- и эндодермами), между чувствами и действиями, между действиями и дыханием — в области диафрагмы. Это более поздний блок, он соответствует анальному и генитальному подавлению [7].

В статье И.В. Бирюковой, на основе анализа литературы, выделены факторы, приводящие человека к потере контакта с собственным телом.

1. Любой рода физическое, эмоциональное, психологическое насилие.
2. Травмы, полученные при рождении, которые ребенок не мог контролировать.

3. Другие травмы тела (несчастные случаи, хирургические вмешательства).
4. Плохие ранние «объектные отношения» (различного рода депривации).
5. Неадекватные или нарушенные границы в межличностных отношениях членов семьи.
6. Чувство стыда или критика, которые родители проецируют на ребенка.
7. Ощущение человеком того, что его тело или качество его жизни не соответствует культурному идеалу или семейному паттерну-стилю.
8. Выживание в катастрофах [8, с. 182].

Опираясь на подход В. Райха, а также факторы, приводящие человека к потере контакта с собственным телом, можно предположить, что у созависимой личности будут наблюдаться все соматические нарушения, либо отдельно взятые, т.к. у такого человека наблюдается отказ от собственных потребностей и собственной личной жизни, - символическая смерть. Исходя из вышесказанного, можно предположить, что созависимые личности будут иметь психосоматические нарушения, т.к. по критериям проявлений стрессовых расстройств их маркеры присутствуют на всех трех уровнях (психологическом, духовном и соматическом).

Глава 2. Танатотерапевтический подход при работе с созависимой личностью

Цель: исследование способов танатотерапевтической помощи в налаживании контакта с процессами смерти и умирания при работе с созависимой личностью.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – созависимое поведение личности как результат нарушения контакта с процессами смерти и умирания.

На основании анализа социальной ситуации, жалоб клиента и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: использование танатотерапевтического подхода при работе с созависимой личностью будет способствовать восстановлению ее контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

Задачи исследования:

5) провести танатотерапевтические сессии с клиентом, имеющим картину созависимого поведения;

6) провести анализ полученных результатов, обобщить полученный опыт.

В практической части нашего исследования будет описан опыт психотерапевтической работы с клиенткой, имеющей черты созависимого поведения.

Клиентка М. 40 лет с истероидным складом личности. В браке 18 лет. Имеет 17-летнюю дочь, с которой складываются «непростые сопернические отношения и непонимание» (со слов клиентки), на фоне относительного внешнего благополучия. Отношениями с мужем не удовлетворена, но все окружающие их считают «идеальной парой».

Выросла в семье с сильно пьющим отцом, который умер 17 лет назад от заболевания легких. После анамнестической беседы выявлены паттерны созависимого поведения, которые клиентка перенесла на свою семью, к которым относятся:

- ощущение утраты контроля над собственными чувствами, над своей жизнью
- отрицание наличия собственных проблем, но акцент на проблемах мужа
- словесная агрессия
- преобладание чувства вины, стыда, ненависти, негодования
- рост выносливости к эмоциональной боли
- сниженный эмоциональный фон
- вступление в новые деструктивные взаимоотношения
- подвижная самооценка, допускающая саморазрушающее поведение
- физическое здоровье: головные боли, сердечные боли, нарушение деятельности ЖКТ.

Также клиентка показывает поведение, которое выделено в литературе как один из возможных вариантов совладания с переживанием созависимости [20, с. 157]. В частности, в результате переживания недостатка «стараний» мужа ищет постоянную смену партнеров (которые берут на себя функцию заполнения пустующего Я); а также предпринимает попытки с помощью различных манипуляций (взывание к жалости, демонстрация беспомощности) заслужить внимание партнера любой ценой (от ревности до вымаливания прощения за несуществующий проступок).

Основная жалоба:

Считает, что живет как в клетке, жизнь проходит как «день сурка», чувствует, что в семье ее не ценят, несмотря на то, что она выполняет свои обязанности и лишает себя «возможности жить и быть любимой», от чего «невероятно устала». В социальных контактах крайне ограничена, работает дома. Муж считает, что женщине нет необходимости часто выходить из дома, чтобы «не смущать мужчин». Муж иногда контролирует ее походы за покупками, наблюдая со стороны и прозванивая по телефону. Имеет активную мимику, достаточно громкий голос, напряженную позу (область плеч и таза). Сожалеет, что «жизнь прошла, а она так ничего и не видела». На вопрос, что ей

мешает выйти на работу, поехать отдохнуть, поговорить с семьей, отвечает неизменное «не знаю».

В анамнезе имеет левосторонний парез в результате скандала в семье на почве вышеописанного состояния. Лечение в течение 1,5 месяцев в неврологическом отделении больницы. 2 года назад резала вены на левой руке. Имеет нарушения со стороны деятельности ЖКТ.

Внешний вид:

Высокого роста, нормального телосложения. Бегающий взгляд, активная мимика. Движения порывистые, часто рубящие. Повышенная двигательная активность. Хаотичные движения в поле ротации.

Биофизические признаки:

Лицо: мимически активное, порой наблюдается застывшее испуганное выражение. Беспокойный бегающий взгляд.

Глаза: большие, широко раскрыты, очень подвижные. Лоб напряжен.

Челюсть: без признаков напряжения. При разговоре активность данной группы мышц несколько снижена.

Голос: громкий, иногда напряжен и монотонен (при разговоре «на публику»). Дыхание беззвучное.

Руки: Кисть и пальцы расслаблены. При разговоре активно использует короткие движения в поле канализации.

Плечи и спина: напряженные, наклоненные вперед, прижаты к туловищу. Левое плечо незначительно выше правого.

Таз: ригиден, имеет зажим в поясничном отделе, отставлен назад.

Ноги: напряженные, в полусогнутом состоянии. Колени и носки стоп ног несколько развернуты вовнутрь. Походка несколько «подпрыгивающая».

С клиенткой было проведено 8 танатотерапевтических сессий с периодичностью раз в 5 – 11 дней.

Изначально работа начиналась с приема «театр прикосновений», затем «телесная гомеопатия». С 4 сессии использовался прием «телесная магия» на левую ногу и «телесная гомеопатия». На 5 сессии, после приема «телесная гомеопатия» применялся прием «последовательность предъявляемых опор», где клиентка показала яркое отреагирование – непроизвольными телесными движениями (правая рука, подрагивания головы и разворот влево, раскрытие правой ноги вовне). Также наблюдалось форсированное дыхание и появление слез. Сессия была приостановлена, посредством

перевода в рациональный канал восприятия. Затем сессия была продолжена (заземление на стопы) + «театр прикосновений».

По окончании работы, по словам клиентки, она стала увереннее в себе, стала спокойнее, улучшился сон. Рецидивов со стороны ЖКТ не наблюдается уже 7 месяцев. Пропало устойчивое желание контролировать всё и всех. Появилось ощущение «хозяйки собственной жизни», стала задумываться о смыслах, о наличии собственных проблем, реже стали вспышки словесной агрессии, выровнялся эмоциональный фон. Зимой впервые полетела на отдых за границу сама, сумев убедить мужа в необходимости именно такой формы времяпрепровождения. Также изредка стала выходить из дома на светские мероприятия с подругами (кино, театр, концерты).

Видимые со стороны изменения: Появилась активная жизненная позиция, прилив жизненных сил; голос стал плавнее, менее напряженный, глубинный; дыхание ровное, тихое с удлиненным выдохом, появилось желание с удовольствием вдыхать, что указывает на восстановление контакта клиента с собой; движения стали плавными, исчезла суетливость и порывистость; исчезла напряженность во взгляде, ушел бегающий взгляд; лобные морщинки разгладились.

Таким образом, наша гипотеза нашла свое подтверждение. Мы можем констатировать, что у нашей клиентки, имеющей проявления созависимости, в результате танатотерапевтических сеансов стал налаживаться контакт с реальностью. Это выражается в изменениях общесоматического статуса, появлении активности, налаживании общей чувствительности, снижении суетливости, частичном восстановлении сна. Также наблюдаются изменения в социальном плане и отсутствие желания контролировать жизнь других.

Было проведено 8 сессий и полученный опыт работы позволяет констатировать, что проведенные сессии оказали положительное влияние на общее состояние клиента, дали опорность и возможность, на базе использования внутреннего ресурса, получения опыта символической смерти старых стереотипов и обретение опыта новых паттернов социального взаимодействия, справиться с некоторыми проявлениями созависимости.

Заключение

Выбор темы курсовой работы обусловлен личным интересом, т.к. сама длительное время жила в отношениях созависимости, имела опыт и паттерны созависимого поведения.

Анализ литературы по проблеме созависимости и проведенные сессии с клиенткой, позволяют заключить следующее.

1. Анализ литературы по проблеме созависимости позволяет констатировать следующее.

- созависимость имеет уровневые проявления (психологический, духовный и соматический);

- для созависимых отношений характерно наличие искажений личностного восприятия участников взаимодействия, первичной причиной чего выступает изначальный дефицит родительской любви, - система представлений о себе, еще не закончив формироваться, уже была повреждена или опустошена. Каждый человек, развивающийся таким образом, «обладает утратой» и поэтому вечно ищет любви [29];

- созависимый человек перестает отличать собственные потребности и цели от целей и потребностей Другого. Его мысли, чувства, поступки, способы взаимодействия и решения двигаются по замкнутому кругу, циклично возвращая человека к повторению одних и тех же ошибок, проблем и неудач;

- к группе созависимых лиц относятся:

1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;

2) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных химической зависимостью;

3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях [30].

К основным характеристикам созависимости относятся следующие: низкая самооценка, компульсивное желание контролировать жизнь других, желание заботиться и спасать других.

2. Гипотеза, заявленная в нашем исследовании, нашла свое подтверждение. Нами установлено, что танатотерапевтический подход при работе с созависимой личностью позволяет способствовать восстановлению контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

3. Внутриличностный конфликт, присутствовавший в жалобах клиентки М. можно рассматривать как конфронтацию «социальной» личности и «биологической». Проблема страха смерти «социальной» личности породило проблему сверхконтроля сознания, препятствуя естественным биологическим процессам, что вызвало некоторые

психосоматические реакции. Особенности работы в русле танатотерапии позволяют разрешить подобные внутриличностные конфликты крайне гомеопатично: снизить сверхконтроль сознания, вернуть природную опорность телу и восстановить естественные связи с процессами смерти и умирания в бережном режиме, исключая «смертельные переживания», посредством «заземления» дает дополнительное ощущение опор. В процессе сессий запускались биологические механизмы, которые производили изменения непосредственно на уровне тела, что, в свою очередь, привело к изменению стереотипов поведения.

4. В результате проведенной танатотерапевтической работы (проведено 8 сессий) у нашей клиентки стал налаживаться контакт с реальностью. Результаты работы позволяет констатировать, что проведенные сессии оказали положительное влияние на общее состояние клиента, дали опорность и возможность, на базе использования внутреннего ресурса, получения опыта символической смерти старых стереотипов и обретение опыта новых паттернов социального взаимодействия, а также возможность справиться с некоторыми проявлениями созависимости.

На наш взгляд, причиной созависимого поведения являются как объективные факторы развития личности, так и внутриличностные конфликты, как разновидности нарушений связи с процессами смерти и умирания. Проблема страха смерти «социальной» личности (в случае созависимости – потеря контроля за поведением другого человека, участия в его жизни, а также несоответствия своим идеальным представлениям о своем партнере) порождает проблему сверхконтроля сознания, препятствуя естественным биологическим процессам. Особенности работы в танатотерапевтическом режиме позволяют разрешить подобные внутриличностные конфликты: снизить сверхконтроль сознания, вернуть природную опорность телу и восстановить естественные связи с процессами смерти и умирания.

Таким образом, проблема созависимости личности является актуальной, требующей решения и касается процессов адаптации, самореализации человека и его соматического и психического здоровья. Танатотерапия как одно из перспективных и альтернативных направлений психотерапии позволяет деликатно, в гомеопатическом режиме, оказать помощь личности в непростых жизненных ситуациях, в адаптации к новым жизненным условиям и в восстановлении ее контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Айвазова А.Е. Психологические аспекты зависимости. – СПб.: Речь, 2003.
2. Акопов А.Ю. Свобода от зависимости. Социальные болезни Личности. – СПб., 2008.
3. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М., 2009.
4. Афанасьев А.Ю. Синтаксис любви. Типология личности и прогноз парных отношений. – М., 2000.
5. Баскаков В.Ю. Минимальные по силе и амплитуде воздействия. /Телесно-ориентированная психотерапия: Хрестоматия. – СПб., 2002.
6. Баскаков В.Ю. Танатотерапия. Психотехнический подход: Сб. Фигуры Танатоса. – Философский альманах. Вып. 5. – СПб., 1995.
7. Баскаков В.Ю. Терапия танатоса / Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви – М., 2007.- С. 486-506.
8. Бирюкова И.В. Танцевально-двигательная терапия: осуществление в танце жизни / Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви – М., 2007.- С.520-545.
9. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М., 2004.
10. Вудман М. Страсть к совершенству: Юнгианское понимание зависимости. – М., 2006.
11. Газарова Е.Э. Тело и телесность: психологический анализ / Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви – М., 2007.- С.558-574.
12. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. – СПб., 2004.
13. Емельянова Е.В. Треугольники страданий. – СПб.: Речь, 2007.
14. Лоуэн А. Психология тела. – М., 2005.
15. Москаленко В.Д. Зависимость и созависимость в семьях больных алкоголизмом // Вопросы психологии. – 1995. - № 2. – С.76 – 79.
16. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом // Вопросы психологии. – 1991. - № 5. – С. 91-97.
17. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М., 2004.
18. Москаленко В.Д. Когда любви слишком много: Профилактика любовной зависимости. – М., 2006.
19. Москаленко В.Д. Лечение созависимости / В кн.: Современные направления психотерапии и их клиническое применение. – М., 1996. – С. 47 – 48.
20. Москаленко В.Д. Ребенок в алкогольной семье: психологический портрет // Вопросы психологии. – 1991. - № 4. – С. 65-73.

21. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления. – М., 2000.
22. Осницкий А.В. Проблемы психического здоровья и адаптации личности. – СПб., 2004.
23. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М., 1996. - 464 с.
24. Проценко Е.Н. Созависимость как психологическая категория. – М., 2007.
25. Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий. - СПб., 2003. С. 58-60.
26. Смит Э.У. Внуки алкоголиков: проблемы взаимозависимости в семье. – М., 1991.
27. Телесная психотерапия. Бодинамика / Ред.-составитель В.Б.Березкина-Орлова. М., 2010. – 409 с.
28. Уайнхольд Б. и Дж. Освобождение от созависимости. – М., 2008.
29. Шаповал И.А. Созависимость как жизнь: монография. – М., 2009.
30. Шерман Р., Фредман, Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии. М., 1997.
31. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости созависимости. – М., 2002

4.9. Гордеева С. Прикосновение в танатотерапии. Курсовая работа, Москва 2006

Общие сведения о прикосновение в телесной психотерапии.

В последнее время появилось много исследований, в том числе психо- и нейрофизиологических, доказывающих необходимость и пользу терапевтического прикосновения в отдельных случаях.

Прикосновение — это не только физический контакт, а сам физический контакт — это еще не телесная психотерапия. В данной работе рассмотрим «прикосновение» как физическое прикосновение, физический контакт, так как в методе танатотерапии прикосновение — основной инструмент терапевта.

Телесная терапия использует два основных метода чтобы освободить тело и расширить движения и осознание. Первый метод — двигательные упражнения, раскрывающие блоки, растягивающие мускулы и увеличивающие гибкость. Второй — прикосновения, освобождающие спонтанные движения, которые являются выражением глубоких чувств (то есть комплексов). И тот и другой подход можно использовать в телесной терапии, чтобы вызвать психическую осознанность и довести комплексы до сознания.

Все согласны с тем, что подлинный аффект происходит в глубочайших слоях психики, но аналитики все еще не пришли к соглашению, какими средствами нужно добираться до этого эмоционального уровня, и сколько времени требуется для интеграции сильного аффекта.

В своих работах психотерапевт Д. Мак-Нили пишет, что «психотерапия, а также биоэнергетическая подпитка могут произвести значительные изменения в телесном функционировании, что проявляется в изменении кровяного давления, пищеварения, дыхания и так далее. Сильное аффективное состояние, например ярость, можно преобразовать, дав возможность телу пережить катарсис; это биоэнергетический метод. Можно также преобразовать его с помощью медитативного состояния или с помощью интеллектуальной отстраненности и объективизации. Во всех случаях физиологические проявления ярости исчезают. Однако насколько эти методы преобразования ярости эффективны в долговременной перспективе? Центра аффективной личности можно достичь лишь через осознание на том уровне, где особое влияние оказывают глубокое дыхание и глубокая релаксация. В то же время нам мало что известно о том, как именно мы достигаем этого центра, и что происходит, когда эмоции разряжаются через мышечные действия, которые могут произвести изменения в телесных тканях. При поверхностном взгляде может показаться, что попытка изменить сознание с помощью

медитации является формой бегства от тела, однако телесные изменения все равно происходят».

Направляющие терапевты, такие как Милтон Эриксон, фокусирующиеся на изменениях в поведении, утверждают, что другие четыре шага, включая и осознание, не нужны и нежелательны для терапевтического изменения. Другими словами, они утверждают, что изменения в поведении могут привести к осознанию, а могут и не привести; и наоборот. Они считают, что ранние воспоминания не имеют отношения к тем уровням сознания, которые действуют в данный момент. Эриксон и другие показали, что можно изменить поведение, сознательно манипулируя бессознательным пациента, в то время как сам пациент остается в неведении.

Малcolm Браун, например, утверждает, что воздействие на периферийные мускулы не оказывает долговременного целительного эффекта, если вегетативный энергетический поток не был направлен в жизненно важные органы, и что духовное отношение способствует телесной терапии.

Расслабление и медитативные техники также можно использовать, чтобы преодолеть напряжение, соприкоснуться с бессознательным комплексом и ускорить аналитический процесс.

Вопрос об использовании прикосновения сложен. Эта сложность связана с тем, что прикосновение дает физический опыт и опыт отношений, и то, и другое имеет особый психологический смысл и особое культурное значение для клиента. Разбуженные прикосновением смыслы часто неосознаны и невербальны, они могут проявляться в теле и/или отношениях до того, как клиент может внятно сообщить о происходящем. Наиболее частыми примерами таких реакций являются вопросы, связанные с границами, переносом и контрпереносом. А такие несформулированные и „безадресные“, они могут нанести вред терапевтическим отношениям и, в конечном счете, клиенту.

В чем же ценность прикосновения, если, несмотря на сложность, запутанность и неоднозначность возможных реакций терапевтов и клиентов, оно продолжает использоваться в телесной психотерапии? Ведь было бы куда проще объявить ВСЕ прикосновения неприемлемыми, чем прояснять и создавать стандарты и процедуры оценки этичности и обоснованности их применения. Тем более, что при тонкой настройке на клиента телесные психотерапевты не обязаны использовать в своей практике

прикосновения, они могут работать с дыханием, движением или просить клиента направлять его осознавание на телесные переживания и ощущения.

В телесной психотерапии прикосновение является одним из основных принципов работы, одним из видов контактных каналов и инструментом интервенции. Через прикосновение терапевт устанавливает проприоцептивный и кинестетический контакт с клиентом, расширяя тем самым свои диагностические и терапевтические возможности.

Вот что пишет психолог В. Березкина-Орлова в своей статье «Этика прикосновения»: Прикосновение может быть использовано с целью:

- Исследования модели контакта клиента и помохи ему в «обживании» новых моделей коммуникации;
- Обеспечения связи с внешней реальностью, чтобы клиент не «потерялся» во внутренних болезненных переживаниях;
- Привлечения и усиления внимания (к партнеру или определенной области тела);
- Научения телесному осознаванию (например, осознаванию напряжений и паттернов дыхания);
- Получения доступа к более глубоким эмоциональным переживаниям (особенно, если эти переживания связаны с преверbalным или вытесненным опытом);
- Работы с психологическим содержанием, запечатленным в мышцах (и органах);
- Для выявления латентных движений и стимуляции новых;
- Научения лучшему ощущению личностного пространства;
- Сообщения клиенту о том, что его принимают, что повысит его самооценку;
- Провокации/ фасилитации соматической разрядки (например, клиенту можно предложить использовать тело терапевта для динамического сопротивления);
- Обеспечения поддержки, комфорта и безопасности.

Все вышеперечисленное может быть достигнуто и при использовании других способов взаимодействия с клиентом, однако эффект от физического прикосновения быстрее и сильнее, чем например при контакте глазами и словами.

Есть и более глубокие причины для использования прикосновения в терапии. Потребность в прикосновении является у высших млекопитающих такой же фундаментальной как потребность в пище, воде и безопасности.

Прикосновение (причем не случайное, а прикосновение как взаимодействие) это также один из важных инструментов для саморегуляции и совладания с жизненными стрессами. Недавние исследования профессора Kerstin Moberg (Karolinska Institute в Стокгольме) и ее коллег показали, что мягкое и спокойное прикосновение повышает выработку окситоцина, гормона, который образуется в задней доле гипофиза, он активизирует паттерны ослабления стресса. Это ведет к уменьшению тревоги и успокоению. Окситоцин увеличивает уровень серотонина и дофамина. Прикосновение также снижает уровень кортизола, что существенно при посттравматических стрессовых расстройствах.

Поэтому, прикосновение, используемое в терапевтическом процессе, может обладать огромной мощью и быть как полезным, так и неполезным для клиента. Поэтому психотерапевтам важно понимать, что является этичным (и терапевтически приемлемым) прикосновением, что таковым не является, зачем и когда мы используем этот мощный инструмент, с какими клиентами и какой тип прикосновения допустим, а в каких случаях запрещен.

Резюмировать все вышесказанное можно следующим образом:

- В телесной психотерапии прикосновение является одним из основных принципов работы, одним из видов контактных каналов, специальным навыком терапевтической интервенции и инструментом работы.
- На данный момент не существует ясного и четкого, прописанного в соответствующих документах и принятого всеми школами и ассоциациями телесной психотерапии, определения «приемлемого и этичного» вида прикосновений.
- Психотерапевт имеет право использовать прикосновение в своей практике только после соответствующего обучения и опыта работы под супервизией.

- Прикосновение используется только с разрешения клиента и только в тех случаях, когда оно терапевтически полезно с точки зрения терапевта.
- При принятии решения о целесообразности использования прикосновения психотерапевт обязан учитывать особенности личной истории клиента и его опыт отношений с другими людьми, его диагноз, пол, культурное значение прикосновений для клиента и его окружения, его возможность интегрировать опыт прикосновения, его склонности к зависимостям, вопросы состояния его личностных границ, особенности сексуальности и пр.
- Психотерапевт должен осознавать, что клиент, давая согласие на прикосновение, не всегда может оценить его возможный эффект, поэтому он должен информировать клиента о целях прикосновения, а также о том, что тот имеет право отказаться от данной интервенции в любой момент.
- Прикосновение должно быть четким, явным и недвусмысленным по интенции. При нечетком прикосновении теряется ощущение границ. При «непонятных» прикосновениях мы можем ввести в заблуждение и себя, и клиента... Прикосновение не должно быть эротически окрашено, оно не должно содержать никаких сообщений, кроме того, что «прикосновение произошло».
- Психотерапевт несет ответственность за собственную сексуальность и ее использование в психотерапевтической работе. Использование сексуальности в личных целях является нарушением этики.
- Прикосновение никогда не должно использоваться для удовлетворения личных потребностей терапевта (властных, сексуальных и т.п.).
- Враждебное, агрессивное и сексуальное прикосновение являются абсолютным табу для психотерапевтов.
- Есть области тела, запрещенные для прикосновений (области гениталий, женской груди, сосков, анального отверстия)».

Итак, в телесной психотерапии прикосновение – это один из основных методов работы. В области прикосновения создается зона повышенного осознанного внимания. Прикосновения помогают лучше ощущать свое тело, соприкоснуться с глубокими чувствами, с внутренними ресурсами здоровья и развития. Искусство прикасаться и принимать прикосновения – это путь к контакту с «внутренним ребенком», к расширению возможностей телесно-чувственного осознавания себя и мира, к углублению ощущения «Я».

Работа с телом через прикосновение, а не с помощью слов (в вербальной терапии) может открыть доступ к тому, что невозможно выразить языком, особенно – к доверbalному опыту. Хотя запустить воспоминания может все, что затрагивает органы чувств: хлопок двери, рассвет, шум сыплющегося мусора, приятный аромат пирожка, - прикосновение воздействует сильнее всего, особенно когда исходное происшествие сильно подействовало на тело. Когда эта часть снова испытывает прикосновение при определенных условиях, происходит также прикосновение к прошлому опыту и проявляется «память тела». Как будто клетки тела помнят отдельное событие или их последовательность. Открытие этой памяти через прикосновение позволяет затем работать со скрытым материалом, недоступным языку.

Обратимся теперь к характеристикам прикосновения в методе танатотерапии.

Каким должно быть прикосновение в танатотерапии, как определить качество и правильность прикосновения и в чем суть прикосновения в танатотерапии.

Прикосновение в танатотерапии.

ТАНАТОТЕРАПИЯ (от греч. "Thanatos" - смерть и "therapia" - лечение, уход, забота; акцент делается на двух последних значениях) - это система и метод ориентированной на тело психотерапии.

"Танатотерапия" напрямую связана с одной из базовых проблем Человека и Человечества - невозможности установления полноценного (максимально полного) контакта с процессами смерти и умирания. Реальность смерти, воспринимаемая человеком как его персональная конечность, законченность, летальность ("прах", "тлен"), активизирует слишком сильные его чувства. Активизация чувств человека - это активизация его энергии.

Человеческое, окультуренное и цивилизованное ("социальное"), тело не способно впитать (другой профессиональный термин - "заземлить") такое количество энергии, которое связано с переживанием смерти (Баскаков В., 1998).

Механизмы танатотерапии заключается в том, что в момент расслабления происходит активизация целительных бессознательных структур, активизация энергии, которая не приводит к привычному ее подавлению и удержанию (к примеру, удержанию чувств в "русском теле", Баскаков В., 1998) или, наоборот, отреагированию, а позволяет максимально полно ее принять, "впитать" ("заземлить"). Это способствует ее разблокированию и гармонизации. Расслабление, а, значит, и "заземление" создает максимально безопасные условия для активизации подавленных чувств, проблем, болезней.

Основное правило танатотерапии - «правило контакта» - заключается в особого качества прикосновении – «контакт Земля» и точности выполнения приемов метода.

Контактами типа "земля" называются плотные неподвижные прикосновения большой площади. То есть в этот момент рука терапевта вполне определенно и надежно лежит на теле клиента (или партнера), не двигаясь и не меняя степени своего давления. Точнее, давления как такового в общем-то нет - за исключением собственного веса руки терапевта. Кстати, это не обязательно должна быть рука - прикасаться вполне допустимо и ногой, и лбом, и локтем, и плечом, и бедром, и вообще всем, чем сумеете. Очень важно, что такой контакт никак не соотнесен с дыханием клиента - то есть если рука терапевта лежит у него на груди, то поднимается и опускается она только за счет движений его грудной клетки. Такие контакты в профессиональной психотерапии используются во многих случаях. В первую очередь, они необходимы тогда, когда необходимо дать человеку почувствовать некую реальность окружающего мира, напомнить ему, что он

жив, находится на земле, и вообще существует здесь и теперь. Кроме того, без них не обойтись, когда нужно обратить внимание человека на то, что происходит в той или иной части его тела - ведь совершенно необязательно делать это словами. Естественно, тогда психотерапевт прикасается именно к этой части тела. Внимание - а, значит, и энергия - автоматически направляется в зону прикосновения. Это, кстати, и способ привлечь в нужное место дополнительную энергию. (Тимошенко)

Танатотерапевт может предъявлять разные типы контактов - игольчатые, точечно касаясь кончиками пальцев разных участков тела партнера, достаточно жесткие, надавливающие всей поверхностью ладони или кулаком (но не жестокие!), разнесенные по разным участкам тела (одновременно несколько касаний в разных местах тела клиента), разного рода перекрытия-«мосты» например, своей рукой перекрыть обе ноги партнера. Но он обязан следить за однозначностью своего прикосновения («контакт Земля»). Он не позволяет своим сексуальным чувствам проявляться через изменение качества прикосновения и/или допустимого концепцией танатотерапии формата выполнения приемов.

Что касается «прикосновения», то сам режим контакта-касания, поляризация ролей на «активный» и «пассивно-воспринимающий», активизирует особый контекст или аспект данного взаимодействия. Мы только в одном случае будем так касаться и взаимодействовать с телом другого – когда это тело стало объектом, предметом, вещью.

Рассмотрим принципы выполнения приемов танатотерапии:

- 1) не спеши. Сила и быстрый темп приводят наши тела в состояние максимальной закрытости, зажатости, заковывают в своеобразные «мышечные панцири» (В.Райх).
- 2) «минимальные по силе и амплитуде воздействия приводят к максимальным по силе чувствам и переживаниям» - телесная гомеопатия. Проявляемые в таком случае чувства не ведут (не могут привести!) к отреагированию в силу того, что источник этой янской активности окружен "океаном" иньской составляющей. Сообразно данному закону прием "телесная гомеопатия" позволяет максимально "заземлить" тело клиента, создать условия для безопасной активизации его чувств, проявлению его мыслей. Данный принцип хорошо проявляется в приеме «телесная гомеопатия». Впечатления от данного приема в основном касаются ощущений поляризации внутри тела. Часто возникает ощущение отсутствия той или иной конечности или, наоборот, ощущение наличия руки терапевта, при том, что последний уже приступил к работе с другой конечностью.
- 3) ясные и точные намерения и действия. Применительно к телесным практикам и приемам танатотерапии магия будет выражаться в том, что называется присоединение. В данном упражнении участники сталкиваются с переживаниями объектности и

предметности собственного тела, его частей. Большинство поражает гутаперчивость конечностей, их небывалая длина...

- 4) Последовательность предъявляемых опор. Телу человека в целом и его отдельным частям становится небезразлично как, какие и в какой последовательности производят с ним манипуляции. Последовательность действий терапевта становится очень важной.
- 5) закон контакта: дать другому человеку можно не больше, чем он может взять, и наоборот, другой может взять не больше, чем ему могут дать. В этом смысле, воздействие, осуществляемое в танатотерапии, является результатом взаимодействия между клиентом и танатотерапевтом. Только в ходе выполнения телесных приемов танатотерапии можно усвоить и понять данное положение.

В танатотерапии, в отличие от многих методов телесной психотерапии, исключается отреагирование чувств; этот подход имеет концептуальный характер и обеспечивает более полное понимание взаимосвязи событий в индивидуальной истории жизни. Все вышеперечисленное приводит к снятию психического напряжения, максимальному обездвижению и тотальному расслаблению тела (основательное "заземление"), чем создаются условия для безопасной (не разрушающей) встречи-контакта с причинами страха смерти. Эти же условия способствуют постепенной трансформации болезненных переживаний и представлений.

Только в таком случае (сочетание особого вида контакта "танатотерапевт-клиент"; особого режима выполнения приемов - "телесной гомеопатии"; ставка на иньский подход, когда сессия начинается с "тотального заземления"), в танатотерапевтической сессии достигается ее результат: тело отпускает ровно столько энергии (момент т.н. "активизации"), которая тут же поглощается самим телом (момент т.н. "абсорбции" (подробнее о моторных полях "активизация"/"абсорбция" см. Д. Боаделла, 2002).

В состоянии такого тотального расслабления тело с виду напоминает тело человека, умершего естественной, "правильной" - природосообразной – смертью: на лице появляется выражение полного спокойствия, само тело становится "объектным", обездвиженным, выраженно расслабленным, очень тяжелым. Принципиально важной характеристикой, отличающей тело клиента, проходящего танатотерапию от всех других средств релаксации, является то, что конечности и тело человека холодают.

Тело totally "заземляется", и контроль отступает и отпускает чувства. Чувства (энергия чувств) запускает механизм поглощения ("абсорбирования") энергии. Поглощение

способствует дальнейшему "заземлению" и т.д. Привычные паттерны, блоки и защиты становятся ненужными, утрачивают смысл и значение.

Тело, таким образом, выступает своеобразным гарантом безопасности, мерилом и регулятором баланса процессов активизации-поглощения энергии. Это своеобразные "программы" самого тела, работа которых зависит только от условий, которые способствуют их запусканию.

При всем при этом танатотерапевт находится в процессе оценивания психотерапии, ее прогресса и своей собственной полезности для клиента. Он не позволяет своему желанию ускорить приближение позитивных (в его представлении) результатов терапии стать доминирующим в работе. Танатотерапевт не «помогает» течению естественных внутренних процессов применением иных приемов или двусмысленного прикосновения. Он учитывает возможности клиента абсорбировать новый опыт (как телесный, так и психологический).

Отзывы людей, прошедших сеансы танатотерапии.

Напоследок приведем несколько примеров – отзывов людей, прошедших сеансы по танатотерапии, их описания, ощущения от прикосновений, мысли.

Покровский С.: «Придя под руками психотерапевтов в состояние релаксации, мне казалось, что я приподнялся над поверхностью и застыл в этом положении. Чувство необычайной легкости, уравновешенности – но не апатии (!)».

Рыбьянов М.: «...Сперва я недоумевал и сдерживался, чтобы не улыбаться. Первые несколько минут была просто музыка. Хотелось открыть глаза и оглядеться – и тут я почувствовал первые прикосновения. Мягкие, нежные прикосновения – к ступням т ладоням. Меня просто трогали. Через некоторое время мои руки и ноги, управляемые чужими ладонями, крутились где-то в пространстве, от хозяина совершенно отдельно. Невыносимое ощущение – с тобой делают, что хотят, а ты не имеешь права вмешаться: если вмешаешься, то не приблизишься к смерти.... И вдруг меня отпустили. Руки и ноги вернулись в стандартное раскинутое положение. Музыка притихла. И тут случилось первое «нечто»: слова Баскакова «возвращайтесь...» - я рассыпал едва-едва, будто бы сидя в глубокой деревянной бочке. Зато пальцы шевелились вроде бы вполне привычно и адекватно. Глаза открылись тоже абсолютно обыкновенно. Второе «нечто» произошло тогда, когда я попытался подняться. Спина не хотела слушаться. Более того – подниматься абсолютно не хотелось. Я с трудом встал на ноги и тут же понял, что лучше упасть в кресло, - ощущение было такое, будто я два дня подряд разгружал вагоны с цементом».

Капитанчук О.: «Я, признаться, ничего такого не увидела, потому что полного расслабления не вышло. Под музыку мастер прикасался к разным частям моего тела, пытаясь снять напряжение и отключить самоконтроль. Но самоконтроль от этого увеличивался. Внезапно, когда я уже совсем потеряла надежду «умереть», по мне разлился холод. Настоящий холод о кончиков пальцев распространился по всему организму так, что меня начало колотить. Но дальше этого пока не пошло. Возможно, за два-три сеанса танатотерапевт и сможет расплющить меня так, что перестану себя чувствовать, но пока, увы. Мой контроль на месте. После сеанса смерти я очень долго не могла отогреться, хотя в «ритуальной» комнате было тепло».

Жуковская Н.: «Через несколько мгновений я почувствовала очень медленные деликатные прикосновения. Кто-то тихонько потягивал меня за ноги, поворачивал голову, поднимал руки. Честно говоря, не верилось, что эти несложные манипуляции дадут какой-то эффект, как вдруг я начала себя чувствовать гулливершем, смутно удивляясь, как же

мы все помещаемся в небольшом кабинете. Странным образом увеличившись в размерах, тело продолжало трансформироваться – я все больше напоминала себе самой гигантский кусок раскатанного теста. Двигаться было невозможно, да и не хотелось. Мелькнула мысль, что если это и есть вечный покой, то я совсем не против».

Еще в древности жрецы или посвященные в знания люди знали о глубинной связи физического и психического, тела и души. Геродот, греческий историк, в V веке до н. э. пишет о "чудесных исцелениях", совершаемых египетскими жрецами. С помощью медленных, мягких прикосновений они вызывали необыкновенные ощущения метаморфоз длины, объема, формы, веса тела, иллюзии полета и растворения. Менялось при этом и субъективное восприятие времени. Это глубокие трансовые состояния, в результате которых происходит исцеление, то есть восстановление единства, цельности человека на всех уровнях - физическом, энергетическом, эмоциональном, духовном. Легкими движениями руки танатотерапевт может добиться того, что клиент почувствует все то, что чувствует человек при безболезненной смерти – исчезнет самоконтроль, понизится температура тела, похолодеют конечности, произойдет глубокое трансовое погружение и тотальное расслабление тела. И в таком состоянии может исчезнуть чувствительность к болезненным переживаниям и страхам, или, наоборот очаги душевной боли и страха – станут очевидны, как пятна чернил на белом листе бумаги. Прикосновение является мощным инструментом в руках танатотерапевта, тонким и весьма специфичным, поэтому применять его нужно следуя правилам и принципам метода танатотерапии.

Литература.

1. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение.- М., Институт танатотерапии, 2002
2. Газарова Е.Г. Психология телесности - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2002
3. Танатотерапия в публикациях – М.: АНО Институт танатотерапии при участии Института общегуманитарных исследований, 2006
4. Малкина-Пых И.Г. Телесная терапия – М.: ЭКСМО, 2005
5. <http://www.telesnost.ru/>
6. <http://www.thanatology.ru/>
7. www.world-of-body.ru
8. <http://psygt.ruindex.php/>
9. http://www.temenos.ru/index.php?page=articles/show_articles&lastid=32&p=1
10. <http://marks.on.ufanet.ru/PSY/TOPKIS1.HTM#begin>

4.10. Якобсон П.Г. Кризисные состояния личности: специфика проявления и терапия (дипломная работа), Москва 2011

Содержание

	Стр.
Реферат
Ведение
Глава 1	
1.1 Понятие кризисного состояния личности.....
1.2 Психотравмирующий стресс и ПТСР.....
1.2 Симптоматика переживания горя и утраты.....
Выводы по главе
Глава 2	
Танатотерапевтический подход при работе с психотравмой
.....
Заключение
Библиографический список.....

Реферат

Цель: использование ресурса психотравмирующей ситуации в работе с кризисными состояниями личности методом танатотерапии.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – исследование способов помощи личности в кризисном состоянии «в налаживании контакта с процессами смерти и умирания».

На основании соматического статуса клиентов и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: танатотерапевтическая работа с клиентом, переживающим расставание с близким человеком, будет способствовать восстановлению чувствительности и контакта с реальностью.

Задачи исследования:

- 1) провести анализ литературы по проблеме кризисных состояний личности, различных направлений практикоориентированных подходов к работе с телом;
- 2) провести сравнительный анализ стадий умирания по Кюблер-Росс и стадий переживания стресса;
- 3) провести танатотерапевтические сессии с 2 клиентами, пережившими психотравмирующую ситуацию или имеющими проявления ПТСР;
- 4) провести анализ полученных результатов и обобщить полученный опыт.

Методы исследования и работы. Теоретическая группа: анализ, синтез, систематизация, сравнение, классификация. Практическая группа: беседа, нестандартизированное интервью; методы, используемые в танатотерапевтическом подходе, а также методы телесно-ориентированных практик.

Новизна исследования и работы – предпринята попытка обобщить теоретические знания о горе, горевании и его стадиях, а также психотравме и ПТСР и применить их в контексте танатотерапевтической проблематики.

Практическая значимость исследования и работы:

- расширяет представление о возможном реагировании личности на психотравмирующую ситуацию;
- дает возможность переосмысления классических «янских» подходов в работе с клиентами, пережившими психотравмирующую ситуацию;
- позволяет осмыслить взаимосвязи психического состояния и его соматического проявления;
- танатотерапевтическая работа с психотравмой может применяться в как в профилактических целях, так и непосредственно в ситуации эксцесса.

Область применения – возможно широкое применение в психотерапевтической практике, при обучении слушателей, получающих квалификацию психолога, при подготовке психотерапевтов, танатотерапевтов, а также в качестве прикладного аспекта при работе с психотравмой, ПТСР.

Выбор темы обусловлен жизненными обстоятельствами, которые позволили актуализировать интерес к данной тематике и заняться ею вплотную, пережив и испытав чувство потери, безысходности, ненужности, бессмыслинности и бренности бытия. От воздействия психотравмирующих факторов в современной социальной ситуацией нестабильности, активного вторжения общества в личное пространство, размывание границ личности и сложности сохранять автономию в активном социуме никто не застрахован. Танатотерапия является деликатным способом помощи личности в преодолении психотравмирующих переживаний.

Введение

Актуальность исследования. Проблема кризисных состояний является чрезвычайно актуальной и касается угрозой мортальности бытия человека. За последние годы резко возросло количество антропогенных катастроф, ростом психической напряженности, увеличением числа экстремальных ситуаций, обострением социальных конфликтов, что вызывает у человека психотравматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве. ПТСР - затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с угрозой жизни или здоровья.

По мнению Н.В. Тарабриной, интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях, связанных с угрозой существованию человека бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе проявления последствий пережитой психотравмы¹. Пережив психотравмирующую ситуацию человек начинает иначе относиться к обыденной действительности, что часто сопровождается внутриличностными, поведенческими изменениями, психическими расстройствами, психосоматическими нарушениями. Основой является экстремальность пережитых событий, выходящих за пределы обычных человеческих переживаний и вызывающих интенсивный страх, ужас и ощущение беспомощности.

Проводимые в настоящее время исследования проявлений и последствий психотравмирующего стресса весьма разнонаправлены, однако, в контексте

¹ Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. - СПб., 2001.

танатотерапевтического подхода данная проблематика системно не рассматривалась.

Цель: использование ресурса психотравмирующей ситуации в работе с кризисными состояниями личности методом танатотерапии.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – исследование способов помощи личности в кризисном состоянии «в налаживании контакта с процессами смерти и умирания».

На основании соматического статуса клиентов и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: танатотерапевтическая работа с клиентом, переживающим расставание с близким человеком, будет способствовать восстановлению чувствительности и контакта с реальностью.

Задачи исследования:

- 1) провести анализ литературы по проблеме кризисных состояний личности, различных направлений практикоориентированных подходов к работе с телом;
- 2) провести сравнительный анализ стадий умирания по Кюблер-Росс и стадий переживания стресса;
- 3) провести танатотерапевтические сессии с 2 клиентами, пережившими психотравмирующую ситуацию или имеющими проявления ПТСР;
- 4) провести анализ полученных результатов и обобщить полученный опыт.

Глава 1. Понятие кризисных состояний личности

1.1. Психотравмирующий стресс и посттравматическое стрессовое расстройство

Вопрос о соотношении понятий «стресс» и «травма» довольно многогранен. Травма возникает в результате стресса или стресс возникает в результате травмы? Попытки разграничить их встречаются довольно редко, одно из решений вопроса о причинно-следственной связи «стресса» и «травмы» нашло свое воплощение в диагностической категории «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), самим названием определяющей стресс как результат или следствие травмы.

Родоначальник концепции стресса канадский физиолог Г. Селье предложил термин «стресс» (от англ. – «давление», «напряжение») для обозначения возникающих в результате любых внешних воздействий приспособительных реакций организма, направленных на восстановление гомеостаза — постоянства внутренней среды².

² Химчян З.Г. Зеленова М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство. – М., 1991.

В первых публикациях Г. Селье описал синдром биологического стресса, или общий адаптационный синдром, и три последовательно возникающие фазы: тревоги, сопротивления и истощения. Позднее он расширил рамки понятия «стресс», обозначив этим термином целый ряд психических и соматических реакций организма на любые значимые для него воздействия. Неприятное стрессовое состояние, сопровождаемое чувствами тревоги, страха и стремлением избежать негативного воздействия, Г. Селье назвал «дистрессом»³.

Наряду с физиологическим стрессом был введен термин «психологический стресс» — это реакция на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром, которая в большой степени зависит от когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных ресурсов, адекватного выбора способов совладания. Р. Лазарус впервые стал исследовать психологические процессы как промежуточные переменные, которые опосредуют ответные реакции человека на стрессовые стимулы и выделил два этапа оценки стрессогенного события: 1) оценка наличия и степени опасности, угрозы для индивида и 2) оценка собственных ресурсов, которые могли бы ему позволить справиться с угрозой. Согласно Лазарусу, стресс возникает в том случае, если человек расценивает угрожающие обстоятельства как требующие значительно больших ресурсов, чем те, что у него имеются⁴.

К основным параметрам, влияющим на интенсивность психологического стресса, Г.У. Солдатова относит:

- 1) враждебность ситуации (угроза жизни, физической и психической целостности самого человека или его близких);
- 2) интенсивность негативных воздействий;
- 3) продолжительность негативных воздействий;
- 4) неопределенность ситуации (ее непредсказуемость, многозначность);
- 5) невозможность контроля над ситуацией (происходящее совершается против воли человека);
- 6) недостаток социальной поддержки;
- 7) несовместимость нового опыта с привычной реальностью;
- 8) невозможность рационального объяснения происходящего⁵.

³ Лазебная Е.О. Зеленова М.Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации, участников боевых действий. // Психологический журнал. 1999. Т 20. № 5.

⁴ Кравец С.В. Падун М.А. Анализ представлений о психической травме. Материалы 6-й конференции. – Пермь, 2001.

⁵ Сельченок Н.В. Хрестоматия. Психология экстремальных ситуаций. – М., 1999.

Экстремальный стресс. Высокий уровень стресса и трудности в его преодолении наблюдаются в случаях пребывания человека в зонах военных действий и этнических конфликтов.

Травма. Второе ключевое понятие, которое, наряду с понятием «стресс», нередко выходит на первый план — это «травма» (от греч. - «рана»). В результате травмы повреждаются базовые структуры личности, аффективные и когнитивные системы на всех уровнях, начиная с физиологических механизмов и заканчивая общей картиной мира и образом «Я». Часто психическую травму связывают с кардинальным изменением условий жизни и с переживанием экстремальных воздействий, с которыми человек не может совладать. Результат травмы — это временные или хронические нарушения психики. Травмированному человеку окружающий мир часто кажется опасным и непредсказуемым. Однако, человек, переживший травму и вышедший из психического оцепенения, получает возможность задействовать свой опыт для личностного развития.

Посттравматическое стрессовое расстройство. Основная его особенность состоит в том, что оно имеет тенденцию не только не исчезать со временем, но становиться все более отчетливо выраженным, а также проявляется внезапно на фоне общего внешнего благополучия человека.

Р. Питман в своих исследованиях показал, что существует тесная связь между способами выхода из кризисной ситуации и способами преодоления состояния посттравматического стресса. По мнению Т. Баррет и Т. Мизес, травматические события зачастую воздействуя на организм, разрушают именно те социальные структуры, которые обеспечивают поддержку человека в сложных ситуациях. В этом случае, сложное психологическое состояние может привести к физической, психической и самоизоляции индивида⁶.

Второй составной частью двухфакторной теории ПТСР, является теория поведенческой обусловленности развития синдрома. Согласно этой теории, если воздействие событий, имеющих сходство (явное или по ассоциации) с основным травмирующим стимулом, ведет к развитию эмоционального дистресса, то человек будет все время стремится к избеганию такого воздействия⁷.

Психическая травма является одновременно объективным и субъективным феноменом. Она объективна, поскольку отражает общечеловеческий регистр переживаний. Субъективность заключается в индивидуально различном, личном

⁶ Знаков В.В. Психологические причины непонимания афганцев в межличностном общении. // Психологический журнал. 1990. № 2.

⁷ Якушкин Н.В. Психологическая помощь воинам // Психологический журнал. 1994. № 5

характере переживаний: когда-то, что больно ранит надолго одного человека, другого затрагивает только вскользь, на непродолжительное время.

Этиологическую мультифактурную концепцию предлагает А. Мэркер, с помощью которой он делает попытку объяснить, почему одни люди после переживания травматического стресса приобретают ПТСР, а другие нет. На этом основании, он выделяет три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР: 1) наличие факта травматического события, интенсивность травмы, ее неожиданность и неконтролируемость, которые исключают возможность личностного реагирования; 2) форма и сила защитных механизмов личности, способность к осмыслению ситуации и наличие социальной поддержки; 3) возраст к моменту травматизации, наличие травматических событий и психических расстройств в истории, низкие интеллект и социоэкономический уровень⁸.

На основе вышеизложенного можно сделать вывод о том, что психологическое содержание феномена ПТСР сопряжено с пониманием многоаспектности и многоуровневости данного явления. Основная роль при формировании синдрома отводится травмирующему событию, которое выступает в качестве интенсивного стимула огромной мощности, вызывающего у человека стрессовую реакцию. Травмирующее событие определенным образом затрагивает все сферы психического функционирования. В первую очередь угнетаются эмоциональный, когнитивный, социальный, физиологический и личностный уровни, что негативным образом оказывается на всей жизнедеятельности человека.

Признаки, проявляющиеся при возникновении ПТСР, условно можно разделить на первичные и вторичные⁹. Повторное переживание травмы в виде кошмаров, эмоционального оскудения сопровождаются феноменом диссоциации проявлениями повышенной возбудимости. К основным можно отнести, наиболее часто повторяющиеся ночные кошмары, для которых характерно преобладание ярко окрашенных, пугающих образов, способных вызвать состояние дезадаптации¹⁰.

Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха умеренно повышается активность, движения становятся четкими, экономичными, увеличивается мышечная сила, что

⁸ Там же.

⁹ Пушкирев А.Л. Доморацкий В.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия. - М: Издательство института психотерапии, 2000.

¹⁰ Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. - СПб., 2001.

способствует перемещению многих людей в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинанием, голос становится громким, звонким, мобилизуются воля, внимание. Мнестические нарушения представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями о происходящем вокруг. Однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерно изменение представления о времени: течение его замедляется, длительность острого периода представляется увеличенной в несколько раз.

В отношении изменений, произошедших в личностной сфере лиц, перенесших психотравмирующий стресс, Р.А. Абдурахманов выделяет следующие показатели: 1) снижение сензитивности к опасности и повышение чувствительности к жизненно важным мелочам, незаметным непосвященному наблюдателю; 2) уменьшение экспрессивности в общении и одновременное углубление подтекста сообщения; 3) уменьшение психологической дистанции в отношениях и стремление к самоутверждению; 4) вытеснение интимно-личностных переживаний и повышение роли всего, что связано с домом¹¹.

Суммируя результаты исследования разных авторов, рассмотрим основные психологические последствия травматического события.

1. Изменения в аффективной сфере. Нарушения эмоциональной сферы могут проявляться в эмоциональном «отупении», подавленности, раздражительности, мрачности, неспособности испытывать радость, любовь, творческий подъем. Возникает ощущение беспомощности, незнания, что делать. Обостряются внутриличностные конфликты и кризисы. Появляется чувство стыда и вины.

Сильное чувство вины иногда провоцирует приступы самоуничтожительного поведения. Пострадавший чувствует себя оскверненным, испорченным, несущим клеймо, отличающимся от других людей, считает, что его никто не способен понять.

Человек может впасть в глубочайшую депрессию, которая сопровождается апатией, нервным истощением и отвращением к жизни, ощущением ее бессмыслинности и бесполезности. Повышенная общая тревожность проявляется как на психологическом уровне (беспокойство, страх, неуверенность в себе, чувство вины), так и на физиологическом (мышечные и головные боли, расстройства пищеварения).

2. Изменения в когнитивной сфере. У пострадавшего ухудшается память, может наблюдаться амнезия на травматические события, нарушается концентрация внимания. Периодически возникающие яркие образы «обрушаиваются» на психику, они

¹¹ Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации военнослужащих Афганистана // Психологический журнал. - 1992. - № 1.

сопровождаются сильным чувством тревоги и страха. Во сне непрошеные воспоминания принимают форму ночных кошмаров — человек просыпается разбитым, с напряженными мышцами, в поту. У человека, пережившего травматическое событие, появляется противоречивость, конфликтность ценностей, нравственных норм, его идеалы, основные убеждения о себе, о мире, о вере, о других людях могут резко трансформироваться, приводя к безнадежности и отчаянию.

3. Изменения в поведении. Наблюдаются алогичность и непоследовательность поступков, непредсказуемость поведения, излишняя расторможенность, немотивированная бдительность (человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, подозревая, что ему постоянно угрожает опасность). Безвредные, но внезапные стимулы могут вызвать реакцию испуга и поведение, как во время опасности. Может наблюдаться повышенная агрессивность, раздражительность, которая часто выражается в приступах ярости. Из-за притуплённости эмоций пострадавшему трудно устанавливать и поддерживать близкие и дружеские отношения. Повышается конфликтность, наблюдаются изоляция, отчужденность, постоянное недоверие. В попытке снизить интенсивность посттравматических симптомов пострадавшие могут злоупотреблять наркотическими или лекарственными веществами¹².

Очень часто из-за проблем в коммуникационной сфере пережившие травматический стресс избегают обращаться за помощью. И самой частой причиной является убежденность в непонимании чувств переживаемых человеком. Они считают, что их способен понять только тот, кто пережил подобное, именно такой человек способен оказать поддержку и понимание.

Таким образом, в результате перенесенной человеком психотравмирующей ситуации, происходят личностные изменения, которые влияют на социально-психологическую адаптацию, на взаимоотношения с другими людьми и на внутрисемейные взаимоотношения. К личностным изменениям у лиц, переживших психотравмирующий стресс, ряд авторов относят: снижение сензитивности к опасности и повышение чувствительности к жизненно важным мелочам, незаметным непосвященному наблюдателю; уменьшение экспрессивности в общении и одновременное углубление подтекста сообщения; уменьшение психологической дистанции в отношениях и стремление к самоутверждению; вытеснение интимно-личностных переживаний и повышение роли всего, что связано с домом; оскудение коммуникативных навыков, сужение социальных интересов, неспособность эффективного личностного взаимодействия.

¹² Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. - СПб., 2001.

Препятствием к нормальному взаимодействию в современном обществе, является особая система нравственных ценностей и иной уровень духовного развития объекта психотравмы. Трудности во взаимоотношениях с детьми в семьях обусловлены тяжестью протекания психологического состояния человека, которому трудно адекватно оценивать личность ребенка, и, следовательно, процесс построения доверительных взаимоотношений складывается противоречиво.

1.2 Симптомы переживание горя и утраты

В психологии различают «нормальное» и «патологическое» горе. Этапы естественного течения горя, или, как еще говорят, нормальная "работа горя" характерны для любой фазы психологического стресса, хотя их продолжительность сильно варьируется в зависимости от тяжести травмы.

Соматические нарушения. Специфические нарушения дыхания. Дыхание становится прерывистым, особенно на вдохе, появляются симптомы физического переутомления, утрата аппетита, нарушения сна (повторяющиеся кошмары, бессонница), возможна симптоматика той болезни, от которой умер близкий.

Психологическая сфера. Чувство вины (основное переживание при любой травме, а при горе - доминирующее), погруженность в образ. Ощущение опустошенности, блекести, серости мира, раздражительность. Идеализация. Чувство брошенности, вызывающее злость. Эта злость вступает в конфликт с идеализацией, вызывая сильные противоречивые чувства. Человек, чувствуя свою злость и ее несправедливость, пытается сдерживаться, и возникает желание уйти от контакта. Вначале - избегание разговоров об ушедшем, затем - назойливое рассказывание.

К другим общим симптомам горя относятся специфические нарушения в смысловой сфере. Нарушаются работоспособность, внимание, память, что усиливает и подчеркивает ощущение собственной малоценностии.

Элизабет Кюблер Росс при исследовании умирающих людей, констатировала, что психическое состояние человека, заболевшего смертельным недугом, проходит пять стадий:

1. Стадия отрицания и неприятия трагического факта. Растет тревога и напряжение, страх перед будущим. Своебразной психологической защитой является отрицание фатального заболевания. Или другая группа людей, узнав о смертельном недуге ведет себя по-иному: они становятся равнодушными, обреченными, бездеятельными. Затем

начинают говорить о своем скором выздоровлении. Эта своеобразная психологическая защита снижает мучительную тревогу и напряжение.

2. Стадия протеста. Когда первое потрясение проходит, возникает чувство протеста и возмущения. "Почему именно я?", "Почему другие будут жить, а я должен умереть?", "Почему так скоро, ведь у меня еще так много дел?" и т.п.

3. Просьба об отсрочке. В этот период происходит принятие истины и того, что происходит, но "не сейчас, еще немного". Многие, даже ранее не верующие, обращаются со своими мыслями и просьбами к Богу. Приходят начатки веры.

Первые три стадии составляют *период кризиса*.

4. Реактивная депрессия, которая сочетается с чувством вины и обиды, жалости и горя. Больной понимает, что он умирает. В этот период он скорбит о своих дурных поступках, о причиненном другим огорчениях и зле. Но он уже готов принять смерть, он спокоен, он покончил с земными заботами и углубился в себя.

5. Принятие собственной смерти. Человек обретает мир и спокойствие. С принятием мысли о близкой смерти больной теряет интерес к окружающему, он внутренне сосредоточен и поглощен своими мыслями, готовясь к неизбежному.

По мнению Э. Кюблер-Росс, стадии далеко не всегда они следуют по порядку, описанному выше.

В классификации DSM-3-R специально выделены V-коды для состояний, которые не относятся к психическим расстройствам, но могут являться предметом внимания и лечения психиатров, психотерапевтов и психологов. К этой группе расстройств относятся неосложненная реакция утраты (V-62.82), которая является нормальной реакцией на смерть близкого человека или расставание с близким. Клинически она характеризуется депрессивными переживаниями, которые сопровождаются анорексией, бессонницей, снижением веса. При неосложненной реакции утраты может иметь место и чувство вины.

Неосложненная реакция утраты может возникнуть остро или быть пролонгированной (через два–три месяца). Длительность неосложненной реакции утраты во многом определяется личностными характеристиками пациента, его окружением и социокультуральными традициями.

Начальная фаза горя - шок и оцепенение. Характерное состояние может длиться от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем - девять дней. Оцепенение - наиболее заметная черта этого состояния.

Как это ни странно, человек на этой фазе чувствует себя вполне хорошо. Он не страдает, снижается чувствительность к боли и даже "проходят" беспокоившие заболевания. Человек настолько ничего не чувствует, что даже рад был бы почувствовать

хоть что-нибудь. Его бесчувственность расценивается окружающими как недостаточность любви и эгоизм. От горюющего требуется бурное выражение эмоций, если же человек не может заплакать, его упрекают и винят. Между тем именно такое бесчувствие свидетельствует о тяжести и глубине переживаний.

Для этой фазы характерна утрата аппетита, нередко возникающая мышечная слабость, малоподвижность, иногда сменяющаяся минутами суетливой активности.

В сознании человека появляется ощущение нереальности происходящего, душевное онемение, бесчувственность, оглушенность. Притупляется восприятие внешней реальности, и тогда, в последующем, нередко возникают пробелы в воспоминаниях об этом периоде.

Комплекс шоковых реакций истолковывается как защитное отрицание факта или значения смерти, предохраняющее горюющего от столкновения с утратой сразу во всем объеме.

Шок оставляет человека в том времени, когда умерший был еще жив. Настоящее сопровождается так называемыми дереализационными и деперсонализационными ощущениями ("это происходит не со мной", "как будто это происходит в кино".)

Внешне на этой фазе человек выглядит, в общем, как всегда. Ведет себя как обычно, выполняет свои обязанности - учится, работает, помогает по хозяйству. Но можно заметить некоторые особенности: несколько механические движения, лицо анимично, неподвижно. Речь невыразительная, малоинтонированная. Немножко запаздывает с реакцией: отвечает не сразу, а чуть-чуть помедлив. Двигается и говорит немного замедленно. Сильных чувств не проявляет вовсе, временами может даже улыбаться и т.п.

Несмотря на внешнее обманчивое благополучие, объективно человек находится в довольно тяжелом состоянии. И одна из опасностей состоит в том, что в любую минуту оно может смениться так называемым острым реактивным состоянием, когда человек вдруг начинает биться головой о стену, выбрасываться из окна, т.е. становится "буйным".

Фаза страдания и дезорганизации продолжается 6 - 7 недель. В среднем 40 дней. В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, реальность как бы покрыта прозрачной кисеей, вуалью, сквозь которую сплошь и рядом пробиваются ощущения присутствия умершего.

Сохраняются и первое время могут даже усиливаться различные телесные реакции - затрудненное укороченное дыхание, мышечная слабость, астения, утрата энергии, ощущение тяжести любого действия, чувство пустоты в желудке, стеснение в груди, ком в горле, повышенная чувствительность к запахам, снижение или чрезвычайное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушения сна.

Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих мыслей и чувств. Это ощущения пустоты и бессмыслинности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества, злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация, особенно к концу фазы, подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о его плохих чертах и поступках.

Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружающими. Здесь может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность. Человеку трудно бывает сконцентрироваться на том, что он делает, трудно довести дело до конца, а сложно организованная деятельность может на какое - то время стать и вовсе недоступной.

Фаза острого горя - это самый тяжелый период. Основным переживанием выступает чувство вины. Возникают так называемые патогенные цепочки, когда человек, вспоминая событие, усматривает разнообразные намеки.

Очень характерны для данной фазы сильные нарушения памяти на текущие события. Это бывает выражено настолько сильно, что ребенок не может учиться в школе. Поэтому очень важно вовремя оказать ребенку необходимую психологическую помощь.

Окружающие замечают, что даже внешне человек, переживающий горе, сильно меняется. Амимичности как не бывало. Лицо становится очень выразительным, на нем застывает маска страдания. Походка меняется, человек горбится, появляется масса проблем со здоровьем.

В целом фазу острого горя можно считать критической в отношении дальнейшего его переживания, а порой она приобретает особое значение и для всего жизненного пути.

Фаза остаточных толчков и реорганизация. Эта фаза наступает дней через 40 после события и продолжается примерно год.

На этом этапе жизнь входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит, повседневная деятельность, умерший перестает быть главным сосредоточением жизни. Переживание горя теперь не ведущая деятельность, оно протекает в виде редких отдельных приступов. Такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, а на фоне нормального существования субъективно воспринимаются как еще более острые. Эта фаза длится, как правило, в течение года. За этот период утрата постепенно входит в жизнь.

Фаза завершения. Здесь человеку приходиться порой преодолевать некоторые культурные барьеры, затрудняющие завершение "работы горя". Смысл и задача "работы

"горя" в этой фазе состоят в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в нашей жизни.

Л.Н. Юрьева при описании способов работы с людьми, переживающими утрату, указывает, что для такого человека характерна: эмоциональная лабильность, взрывчатость, ранимость¹³.

Реакция горя в рамках расстройств адаптации является клинически оформленным психическим расстройством, приводящим к дезадаптации. Выделяют 8 этапов реакции горя, которые были выделены и описаны А.Г. Амбрумовой¹⁴.

1 этап — с доминирующей эмоциональной дезорганизацией. Как правило, он длится от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается вспышкой негативных чувств — паники, гнева, отчаяния. В поведении преобладает аффективная дезорганизация с временным ослаблением волевого контроля.

2 этап — гиперактивности. Длительность 2–3 дня. В этот период человек чрезмерно деятелен, активен, склонен к постоянным разговорам о личности и делах покинувшего его человека. В его психическом статусе доминирует эмоциональная лабильность с колебаниями настроения от дистимического с преобладанием тревожного компонента до эйфорического. Гораздо реже отмечается эмоциональное притупление без фиксации на переживании горя.

3 этап — напряжения. Его длительность — около недели. В психическом статусе преобладает психофизическое напряжение, тревога. Внешне пациенты скованы, их лицо амимично, они молчаливы. Их состояние периодически прерывается суетливой активностью, спазмами в горле или судорожными вздохами. Часто они раздражаются при попытке отвлечь их или переключить внимание на бытовые темы.

4 этап — этап поиска, который протекает, как правило на второй неделе с момента утраты близкого человека. В психическом статусе доминирует дистимический фон настроения, потеря перспективы и жизненного смысла.

5 этап — отчаяния. Это период максимальных душевных мук, который развивается, как правило, на 3–6 неделе после потери значимого близкого. В психическом статусе пациентов доминируют жалобы на бессонницу, тревогу и страх, высказываются идеи самообвинения, собственной малоценностии и вины. Пациенты испытывают одиночество, беспомощность, отмечают потерю смысла жизни и дальнейшей перспективы. В этот период они раздражительны, отказываются от общения с близкими,

¹³ Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. – СПб., 2004. С. 62.

¹⁴ Амбрумова А.Г. Суицид: течение и профилактика. - М., 2004.

зачастую подвергая их критике. На высоте переживания очень часто возникает загрудинная боль, сопровождаемая выраженной тревогой и беспокойством.

6 этап — с элементами демобилизации. Этот этап наступает в случае неразрешения этапа отчаяния. В этот период пациенты, как правило, малообщительны, сосредоточены на внутренних переживаниях, ими овладевает чувство безнадежности, ненужности, одиночества. Они избегают контактов с окружающими.

7 этап — разрешение. Как правило, длительность его ограничивается несколькими неделями. Пациент смиряется со случившимся, примиряется с этим и начинает возвращаться к докризисному состоянию.

8 этап — рецидивирующий. В течение 1 года возможны приступы горя и отчаяния, сопровождающиеся депрессивными расстройствами. Провоцирующими факторами, как правило, бывают определенные календарные даты, значимые для личности (день рождения, Новый год и другие праздники, впервые отмечаемые без близкого человека и т.п.), нестандартные ситуации (успех или неудача), когда возникает потребность разделить радость или горе с близким человеком.

Таким образом, при изучении реакций человека на горе или утрату, различные исследователи выделяют общее: наличие стадиальности процесса переживания утраты, характеризующееся проявлением или обострением различной симптоматики. Отличия в подходах при изучении реакции на утрату заключается в количестве выделяемых стадий. Так, Кюблер – Росс говорит о 5 стадиях, Амбрумова А.Г. – о восьми, в психиатрии принято готовить о 6 стадиях переживания горя, но все они объединены общими параметрами: травмирующее событие; начало расстройства после латентного периода, следующего за травмой (от нескольких недель до 6 месяцев, но иногда и позже); вспышки воспоминаний, повторяющие психотравмирующие события.

Выводы по главе

Понятие «стресс» (от англ. – «давление», «напряжение») было введено Г.Селье для обозначения возникающих в результате любых внешних воздействий приспособительных реакций организма, направленных на восстановление гомеостаза — постоянства внутренней среды. Выделяют физиологический и психологический стресс, понимаемый как результат перенесенной человеком психотравмирующей ситуации, когда происходят личностные изменения, влияющие на социально-психологическую адаптацию, взаимоотношения с другими людьми и внутрисемейные взаимоотношения. К личностным изменениям у лиц, переживших психотравмирующий стресс, относятся: снижение сензитивности к опасности и

повышение чувствительности к жизненно важным мелочам, незаметным непосвященному наблюдателю; уменьшение экспрессивности в общении и одновременное углубление подтекста сообщения; уменьшение психологической дистанции в отношениях и стремление к самоутверждению; вытеснение интимно-личностных переживаний и повышение роли всего, что связано с домом; оскудение коммуникативных навыков, сужение социальных интересов, неспособность эффективного личностного взаимодействия.

При изучении реакций человека на горе или утрату, различные исследователи выделяют общие параметры: наличие стадиальности процесса переживания утраты, характеризующееся проявлением или обострением различной симптоматики. Отличия в подходах при изучении реакции на утрату заключаются в количестве выделяемых стадий. Так, Кюблер – Росс говорит о 5 стадиях, Амбрумова А.Г. – о восьми, в психиатрии принято готовить о 6 стадиях переживания горя, но все они объединены общими параметрами: травмирующее событие; начало расстройства после латентного периода, следующего за травмой (от нескольких недель до 6 месяцев, но иногда и позже); вспышки воспоминаний, повторяющие психотравмирующие события.

Глава 2. Танатотерапевтический подход при работе с психотравмой

Цель: использование ресурса психотравмирующей ситуации в работе с кризисными состояниями личности методом танатотерапии.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – исследование способов помощи личности, находящейся в кризисном состоянии «в налаживании контакта с процессами смерти и умирания».

На основании соматического статуса клиентов и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: танатотерапевтическая работа с клиентом, переживающим расставание с близким человеком, будет способствовать восстановлению чувствительности и контакта с реальностью.

Задачи исследования:

- 1) провести танатотерапевтические сессии с 2 клиентами, пережившими психотравмирующую ситуацию (расставание с близким человеком);
- 2) провести анализ полученных результатов и обобщить полученный опыт.

1 клиент. Социально-физиологический статус клиента.

Женщина в возрасте 42 лет. Учитель в школе. Замужем (2 брак), имеет 3 детей (23, 13 и 7 лет). Во втором браке 20 лет. Супруг младше на 2 года.

Внешний вид:

Высокого роста (170 см), полная, с ярко выраженной линией груди. Движения порывистые, рубящие. Наблюдается замирание дыхания. Заствившее выражение лица, заторможенные реакции.

Биофизические признаки:

Лицо: заствившее выражение лица, безжизненное, взгляд отсутствующий, порой наблюдается заствившее выражение с тиковыми маркерами. В разговоре лицо оживает, но имеет страдающее выражение.

Глаза: большие, изредка наблюдается тиковое моргание, при разговоре склонность смотреть в глаза.

Челюсть: напряжена, губы плотно сжаты.

Голос: монотонный, с затяжными паузами. Дыхание замирающее. Склонность к уходу в свои мысли и воспоминания с внешним замиранием.

Рот: напряжен, губы плотно сомкнуты.

Грудная клетка: напряженная, плечи опущены, что дает ощущение «стекаемости» верхней части тела.

Руки: вялые, склонность держать их в согнутом положении. Кисть напряжена, пальцы полусогнуты. Жестикуляция – вращательные движения.

Плечи и спина: напряженные, наклоненные вперед. Ярко выраженные плечевые валики. «Нахохлившаяся птица».

Таз: ригиден, неподвижен, ягодицы безжизненны.

Ноги: напряженные, при статичной позе – ступни параллельны друг другу и несколько расставлены. Колени выпрямлены и напряжены. Походка, как бы «волочащаяся».

Основная жалоба:

Считает, что жизнь остановилась в связи с уходом мужа из семьи. Склонна винить себя в уходе мужа, считает себя непривлекательной, некрасивой, толстой, старой, несоответствующей его ожиданиям, а также «невыносимую усталость». Посещают мысли о самоубийстве. В результате размышлений пришла к выводу, что самым простым способом является смерть от передозировки (никогда не пробовала ПАВ). «Я никчемная, глупая, толстая, заброшенная дура. Ничего не хочу и не могу. И жить не хочу». Чувствует свою ненужность семье и «невыносимую усталость».

В области чувств – «пустота и бессмысленность», «плохость» и ненужность. Боль в загрудинной области. Метафорически описывает себя «раненая и больная, неприкаянная и тюкнутая коровища». Много слез в голос с завыванием.

С клиентом проведено 3 сессии, которые были прерваны по инициативе клиента («в связи с нехваткой времени и средств»).

Личная история: поздний единственный ребенок в семье, доминантная, агрессивная и требовательная мать, деятельный отец. На девочку возлагали большие надежды в отношении ее будущего, «вкладывались» в образование. «Комплекс отличницы» - отсутствие права на ошибку. В школе была комсоргом класса и школы. В семье сформированы чувство ответственности и требовательность к себе и другим. Во дворе была лидером, придумывала игры, больше дружила с мальчиками. Родители запрещали дружить с отдельными детьми. Приучили не жаловаться.

Школу закончила с золотой медалью, поехала поступать в МГУ, куда недобрала 0,5 балла и вынуждена была вернуться в родной город, где поступила в местный университет. Закончила с красным дипломом. Замуж вышла в 18 лет, в 19 родился сын, который, фактически, воспитывался дедушкой и бабушкой. С мужем развелась, прожив 2 года, «не сошлись характерами». В аспирантуру поступать не стала. Пошла работать в школу (с удовольствием, по велению души) учителем русского языка. Не учитывая мнения родителей.

Во 2 браке прожила 18 лет. Со слов клиентки, 2 муж ушел, т.к., по его мнению, она «контролирует каждый его шаг».

С родителями часто находится в конфронтации.

Причиной реагирования на сложившуюся ситуацию предположительно считаю сложившийся с детства стереотип реагирования на стрессогенное событие, что связано с деструктивными родительскими посланиями.

Имеет место расстройства эмоциональной сферы, снижение либидо, потеря аппетита, обострение хронического панкреатита. За неделю (после ухода мужа) похудела на 10 кг.

1 танатотерапевтическая сессия

Опираясь на концепцию Э. Кюблер-Росс, клиентка находится на 1 стадии отрицания и неприятия, которая характеризуется ростом тревоги и напряжения, страха перед будущим.

Потеря объекта любви и снижение либидо вызывает доминанту отвержения и, как следствие, уничижительное отношение к себе и потерю интереса к окружающему миру.

Предложение занять удобное положение на полу вызвало у клиентки множество вопросов о правильности расположения. Устраивалась на полу 2,5 минуты, заняла позу «солдатика», ладонями касаясь пола. Ноги тесно прижаты друг к другу, пальцы напряжены и подтянуты «на себя». На вопрос об удобстве, клиентка ответила

положительно. Закрыв (зажмурив) глаза, имея прерывистое поверхностное дыхание, в напряженной позе, с приподнятыми плечами клиентка вошла в сеанс.

В течение 7 минут клиентка демонстрировал беспокойство: частое сглатывание, дрожание шторок ресниц, активная пульсация в яремной впадине, напряжение горловых мышц, сжатые челюсти. Живот напряжен. В течение этого времени на фоне высокого беспокойства клиентке контакт не предлагался.

Отсутствие центрации – поднятие обоих плеч, шея вытянута и напряжена, челюсть подана вперед. Носок правой ноги свернут вовнутрь, пятка отставлена вправо, локоть правой руки направлен в сторону и не прижат к телу, кисть касается бедра, пальцы под бедром; таз сдвинут влево, левый локоть прижат к телу, пальцы расставлены, вжаты в пол. Левое колено чуть согнуто.

Метафорически – идейный революционер перед расстрелом.

Спустя 7 минут, клиентка сделала глубокий вдох, что послужило да-реакцией. Ей был предложен контакт «земля» на стопы и колени, который длился 4 минуты. 10 минут – время на абсорбцию.

Реакции клиента: учащение дыхания, подрагивание и движение шторок ресниц, мелкие движения конечностей, сжатие челюстей. Спустя 1 минуту последовал глубокий выдох, дыхание углубилось, ослабилось напряжение в челюстях, приоткрылся рот. В левой руке наблюдались микродвижения пальцами. Наблюдалось подрагивание губ.

На этапе абсорбции были непроизвольные подрагивания в области шеи (справа), интенсивные движения глаз, пульсация в животе. Напряжение в носках ног ослабилось, распались колени и носки. Правая нога развернулась больше левой.

Выход из сеанса – «поза панночки».

Обратная связь: со слов клиентки, видела много картин, связанных со стихией (море-шторм-глубина-вихрь). Чувствовала парение при контакте со стопами. Контакт на колени дал тепло и расслабление. После сеанса кожные покровы приобрели розоватый оттенок.

Анализ: соматический статус и телесные реакции (поза и микродвижения) дают основания утверждать, что у клиентки нарушен контакт с процессами смерти и умирания. Она находится на стадии «слияния» с супругом, когда пришло время перехода на стадию «высвобождения» (Д.Боаделла)¹⁵. На наш взгляд, в рамках первого сеанса, клиентку необходимо «заземлить», что было сделано с применением приема «театр прикосновений». Данный прием позволил частично восстановить контакт с телом (самоощущение: контакт на колени дал тепло и расслабление) и запустить процесс

¹⁵ Боаделла Д. Формативный процесс и организующее поле// Бюллетень ассоциации телесно-ориентированных психотерапевтов. № 3. – М., 2002.

движения энергии (изменение цвета кожных покровов). Наблюдаемые микродвижения указывают на «распаковку» энергетических блокировок.

2 сессия - спустя 5 дней.

Со слов клиентки, после сессии появился аппетит и активность, появилось желание действия (дома разобрала книжный шкаф). После сеанса спала 9 часов, впервые за 2 месяца. Данное состояние сохранялось 2 дня, затем вернулся сниженный фон настроения, нарушения сна и аппетита (безвкусная пища) и безразличие.

Описание сеанса.

Достаточно быстро приняла удобную позу, прислушиваясь к себе. Голова чуть запрокинута наверх, колени напряжены, ноги чуть согнуты, носки развернуты в стороны, больше справа. Левая рука собрана в кулак, левая – ладонь вниз, плотно прижата к полу, предплечья прижаты к туловищу. Челюсть и шея напряжены, губы плотно сомкнуты.

Метафора – тужащийся человек.

При первых звуках музыки расслабилась левая рука (из кулака) и ладонь опала на пол (пальцы согнуты). Через минуту расслабилась левая нога, открылось колено, пальцы развернулись строго влево.

Приемы начал применять через 5 минут: 1) театр прикосновений правое бедро, пальцы правой стопы, область груди), 2) гомеопатия (левая рука).

На этапе абсорбции наблюдалась пульсация в животе, движения губами и головой (резко вправо), пальцы левой руки поднимались вверх. Раскрылись колени, пальцы левой ноги развернулись резко влево. Разжались челюсти, приоткрылся рот.

Выход из сеанса – открыла глаза, сделала движения головой из стороны в сторону, перевернулась на живот, полежала, встала.

Обратная связь: видела картины-воспоминания из детства (деревня, коровы, молоко из кружки). Когда раскрылись колени, было видение, что прыгает в водопад. Контакт на область груди дал растекающееся тепло, захотелось плакать. Появился образ умершей бабушки, которая сурово грозила пальцем. В общем, состояние клиентки оценила как позитивное.

Анализ: Начал сеанс с «заземления», но не на всю стопу, а на область пальцев ног (изначально, в отличие от 1 сеанса, пальцы ног были вытянуты). Последовал глубокий вдох (да-R). Затем театр прикосновений – левое бедро, правое колено, – для восстановления контакта с телом, снятия зажима с тазовой области (самоощущение: контакт на колено и бедро дал пульсирующее ощущение, сначала тонус, а затем расслабление).

Применение приема «телесная гомеопатия» вызвало усиление контроля (изменение дыхания, трепет ресниц, отсутствие веса руки), но позволило сместить акцент работы на область чувств, что у клиентки отзывалось в ощущениях (отсутствие области груди – «дыра»). За период абсорбции это ощущение сменилось разлитым теплом в области груди, и сопровождалось непроизвольными подергиваниями пальцев левой руки.

Во 2 сеансе были частично представлены признаки расслабления, но контроль был очень высоким.

3 сессия – 2 недели спустя.

Со слов клиентки, после сессии наблюдалось изменение активности, появилось желание общаться и работать (на работе провела 2 методобъединения, родительское собрание). Сон тревожный, с вздрагиваниями. Аппетит выборочный, но объемный. Периоды упаднического настроения сохранялись, но суицидальные мысли не появляются.

Описание сеанса.

Приняла удобную позу: голова несколько наклонена вправо, руки отодвинуты от туловища, повернуты ладонями вверх, локти несколько расставлены в стороны, пальцы полусогнуты. Ноги плотно прилегают к полу, колени чуть развернуты в стороны. Нарушена центрация с отклонением влево. Челюсть расслаблена, рот чуть приоткрыт. Частые сглатывания.

Приемы начал применять через 4 минуты: 1) театр прикосновений (ТП): левое предплечье, плечо, правое бедро, мизинец правой руки, 2) магия (левая нога).

Картографический статус:

	Начало	Середина	Конец
КОНТРОЛЬ	Очень высокий	высокий	Тенденция к снижению
Глазодвигательная активность	высокая, подрагивание ресниц	высокая	средняя
ДЫХАНИЕ	медленное, животом, затруднениями на вдохе	ускорение с пароксизмами	Переход в грудную часть, замирание. Неравномерное
ПАУЗЫ			
Перед вдохом	-	После ТП на область груди	+
Перед выдохом	-	+	+
ТЕЛО			
Напряженное	+	+-	+-
Расслабленное			

Закрытое	+		
Открытое			+-
Теплое	+	+	+-
Холодное			
Утяжеление конечностей			
ЧЕЛЮСТЬ			
Закрытая			
Приоткрытая	+	+	+

На этапе адсорбции наблюдалась движения губами и головой (вверх-вниз), подрагивание локтевой области левой руки. Открылась паховая область за счет расслабления ног, которые распались. Губы сомкнулись, но челюсти при этом не сжаты.

Выход из сеанса – долго лежала с закрытыми глазами, потянулась, поняла тулowiще, опираясь на правую руку. На этапе абсорбции наблюдалась пульсация в животе, движения губами и головой (резко вправо), пальцы левой руки поднимались вверх. Раскрылись колени, пальцы левой ноги развернулись резко влево. Разжались челюсти, приоткрылся рот.

Обратная связь: видела недавно произошедшую конфликтную сцену с родителями. Когда использовался прием ТП – мизинец, пошло разлитое тепло по телу, затем стало холодно и нечем дышать. Потом дышать перехотелось на какое-то время, - и глубокий вдох «швырнулся в море» - раскрылась паховая область. Контакт на плечо – желание глубоко вдохнуть. При вытягивании появилось ощущение увеличения вытягиваемой конечности на 10-20 см. появилось чувство спины и задней половины тела. В целом состояние комфортное, но хочется, чтобы «еще потянули». С удовольствием делает вдох.

Анализ: ТП - область груди (область чувств), плечо (поддержка, ответственность), мизинец (общение-границы) - да-Р. На бедро – замирание, затем учащение дыхания (восстановление контакта тело-чувства). Магия – левая нога, правое колено, - для восстановления контакта с телом, снятия зажима с тазовой области (самоощущение: контакт на колено и бедро дал пульсирующее ощущение, сначала тонус, а затем расслабление). Дыхание выровнялось, появилось желание с удовольствием вдыхать, что указывает на восстановление контакта клиента с собой.

Клиентка отметила, что появилось ощущение напряжения в ногах, что ведет к нарушению контакта с землей. Нами было предложено ей сыграть в футбол прямо в комнате. 5 минут хватило на усталость и восстановление свободного потока ощущений в ногах. Е. отметила, что появилось чувство устойчивости, захотелось расставить ноги чуть шире и зашагать «как медведь». При этом на лице присутствовала улыбка.

Говоря о проблеме, с которой Е. обратилась, она отметила, что стала несколько спокойнее, «как во сне». Негативные саморазрушающие мысли не посещают, но сниженный фон настроения присутствует, который сопровождается слезами. Тем не менее, появилась активность, прошла активная загрудинная боль.

Клиент 2. Социально-физиологический статус клиента.

Женщина в возрасте 24 года, менеджер. Обратилась по поводу сложно жизненной ситуации: три года дружила, переписывалась и ездила в гости к мужчине (он иностранец, разведен, воспитывает сына 5 лет).

Внешний вид:

Среднего роста, выразительная фигура, полноватая. Двигается неуверенно, наблюдается замирание дыхания. Лицо амимично.

Биофизические признаки:

Лицо: выражение лица подавленное, взгляд отсутствующий, при разговоре ненаиграно оживает. В разговоре лицо оживает, взгляд отсутствующий, но внимательный (всматривающийся).

Глаза: большие, изредка наблюдается тиковое моргание, при разговоре склонность смотреть в глаза.

Челюсть: безвольная, губы втянуты.

Голос: наигранно энергичный, но с невыразительной мимикой, с затяжными паузами. Дыхание замирающее. В разговоре погружается в воспоминания и замирает.

Рот: напряжен, губы плотно сомкнуты.

Грудная клетка: напряженная, плечи приподняты, производи нахожденное впечатление.

Руки: прижаты к груди (в обнимку). Жестикуляция сдержанная.

Плечи и спина: напряженные, свернутые.

Таз: ригиден, неподвижен, ягодицы безжизненны.

Ноги: напряженные, ступни носками вместе. Колени выпрямлены. Походка вялая.

Основная жалоба:

Утрата надежды выйти замуж за иностранца. Накануне оформления документов жених не приехал. Чувствует пустоту в окружении, злорадство подруг, утрату надежды обрести семью, дом, мужа, детей. Состояние подавленное.

В области чувств – предательство, утрата любви, невостребованность.

Личная история: младшая сестра в неполной семье (брать на 10 лет старше, сильно пьющий). Родители давно в разводе. По характеру самостоятельная, четкая, целенаправленная, уравновешенная. Уехала из родного города от пьющего окружения в

столичный город, где с отличием закончила институт, выучила иностранный язык в совершенстве и сама устроилась на работу по специальности в солидную компанию. Проживает на съемной квартире.

Отношения с мамой доверительные. Мама очень переживает по поводу ее желания уехать далеко на чужбину, мол, будешь там человеком третьего сорта». Причина реакции – в сложившейся ситуации, считаю – крушение надежд в обустройстве своего дома, семьи, а также то, что мама не разделяет ее мечты.

Имеет место расстройство эмоциональной сферы, нарушение менструального цикла, снижение аппетита и вкусовых ощущений, много курит.

1 танатотерапевтическая сессия

Опираясь на концепцию Э.Кюблер-Росс, клиентка находится на первой стадии – отрицание и неприятие, что характеризуется ростом тревоги и внутреннего напряжения, страха перед будущим. Потеря объекта любви вызвала доминанту отвержения и неприятия ценности себя как женщины и снижение интереса к окружающему миру.

Предложение лечь на пол особых возражений не вызвало (доверительность). Выбрала позу солдатика, ладони к полу. Пальцы полусогнуты. На вопрос о комфортиности ответила утвердительно. К началу сеанса у клиентки дыхание поверхностное, прерывистое, глаза закрыты. Напряжена, плечи сведены. В течение первых минут – состояние замирания, дрожание век, пульсация в яремной впадине. Нижняя челюсть напряжена, живот и диафрагма напряжены.

Сессию начал с «присутствия» и выжидательной позиции в течение нескольких минут. Ориентация, ощущения тела у клиентки отсутствовали. Шея напряженно вытянута, нижняя челюсть – вверх. Носки ног сведены, правый локоть несколько отставлен, обе кисти у бедер и пальцы под бедрами. Таз расположен несимметрично – левее, относительно центральной линии.

Спустя несколько минут клиентка сделала глубокий вдох, что послужило для меня сигналом готовности к дальнейшей работе. Дан контакт земля на солнечное сплетение и живот, а затем на бедра и в заключение – на стопы. Контакт давался в течение 15 минут, 15 минут – на адсорбцию.

Реакция клиентки на контакт: замирание, а затем учащение дыхания, движение век, подергивания и мелкие движения конечностей. Спустя 2-3 минуты последовал глубокий вдох, дыхание углубилось и стало ровным. Ослабилось напряжение нижней челюсти. Губы разомкнулись. Микродвижения пальцев правой руки.

На этапе адсорбции – пульсация в животе, движения головой вправо-влево. Напряжение в ногах ослабилось, носки развернулись, больше левый носок.

Выход из сеанса: поза «панночки».

Обратная связь. Со слов клиентки – видела много картин детства, сады, теплый летний ветер. Ощущение легкости при контакте на стопы. После сеанса клиентка выглядела отдохнувшей, расслабленной, порозовели кожные покровы.

Анализ: соматический статус и телесные реакции (поза и микродвижения) дают основания утверждать, что у клиентки нарушен контакт с процессами смерти и умирания. Она находится на стадии «слияния» с женихом, когда пришло время перехода на стадию «высвобождения» (Д.Боаделла)¹⁶. В рамках первого сеанса мы применили прием «театр прикосновений», который позволил частично восстановить контакт с телом и запустить процесс движения энергии (изменение цвета кожных покровов).

Спустя три дня была проведена 2 сессия.

Со слов клиентки, после сессии появился аппетит и активность, желание навести дома порядок. Сходила к косметологу. После сессии проспала почти сутки. Данное состояние сохранялось 2 дня, затем вернулся сниженный фон настроения, и нарушения сна.

Описание сеанса: достаточно быстро приняла удобную позу, прислушиваясь к себе. Голова чуть запрокинута вверх, но несколько вверх. Носки развернуты в стороны, больше слева. Левая рука ладонью вниз, плотно прижата к полу. Правая рука несколько отстранена от тела и развернута.

Челюсть и шея напряжены, губы плотно сомкнуты. При первых звуках музыки правая рука развернулась ладонью вверх, пальцы полусогнуты. Через минуту расслабилась правая нога, пальцы развернулись правее. Приемы начал применять через несколько минут: 1) театр прикосновений, правое бедро и голеностоп правой стопы. А затем область солнечного сплетения. Гомеопатия – левая рука. Закончил сеанс «земля на стопы».

На этапе абсорбции наблюдалась пульсация в животе, движения губами и головой (резко вправо), пальцы левой руки поднимались вверх. Раскрылись колени, пальцы левой ноги развернулись резко влево. Разжались челюсти, приоткрылся рот.

Выход из сеанса – открыла глаза, сделала движения головой из стороны в сторону, перевернулась на живот, полежала, встала.

Обратная связь: видела радостные картины-воспоминания из детства с ощущением тепла и покоя. Контакт на область груди дал растекающееся тепло, захотелось плакать. В общем, состояние клиентки оценила как позитивное, легкое с приподнятым настроением.

¹⁶ Боаделла Д. Формативный процесс и организующее поле// Бюллетень ассоциации телесно-ориентированных психотерапевтов. № 3. – М., 2002.

Анализ: Начал сессию с театра прикосновений на область голеностопа и правого бедра. Последовал глубокий вдох (да-R). Применение приема «телесная гомеопатия» на левую руку для восстановления контакта с реальностью и с собой вызвало изменение дыхания, трепор век, что позволило сместить акцент работы на область чувств. За период адсорбции это ощущение разрослось и обернулось разлитым теплом в области груди. После заземления на стопы тело «стекло», расслабились плечи.

На этом работа с клиенткой была прервана в связи с ее отъездом. Через несколько дней в телефонном режиме дала обратную связь: сон налаживается, возвращается вкус пищи и аппетит, периоды упаднического настроения сокращаются до мимолетных переживаний.

Таким образом, в результате проведенной работы с данной клиенткой мы можем констатировать, что у нее частично восстановлен контакт с реальностью, а также с процессами смерти и умирания, что подтверждает нашу гипотезу.

Подводя итоги проведенных танатотерапевтических сессий с 2 клиентками, мы можем констатировать, что у обеих стала восстанавливаться чувствительность и налаживаться контакт с реальностью. Это выражается в изменениях общесоматического статуса, появлении активности, налаживании общей чувствительности и появлении ощущений в теле, а также частичном восстановлении сна. Объем клиентской базы и количество проведенных сессий, не позволяет нам обрисовать целостную картину изменений, но полученный опыт работы позволяет надеяться, что проведенные сеансы оказали положительное влияние на общее состояние клиентов и дали возможность, на базе использования позитивного ресурса психотравмирующей ситуации, справиться с проявлениями кризисного состояния.

Заключение

Выбор темы дипломной работы «Кризисные состояния личности: стресс, психотравма, ПТСР. Специфика проявления и терапия» обусловлен жизненными обстоятельствами, которые позволили актуализировать интерес к данной тематике и заняться ею вплотную, пережив и испытав чувство потери, безысходности, ненужности, бессмыслинности и бренности бытия.

Анализ литературы и сессии, проведенные с 2 клиентами, позволяют констатировать следующее.

1. Гипотеза, заявленная в нашем исследовании, нашла свое подтверждение. Нами установлено, что танатотерапевтическая работа с личностью, переживающей

расставание с близким человеком, способствует восстановлению ее чувствительности и контакта с реальностью.

2. Анализ литературы по проблемам психотравмы и ПТСР позволяет утверждать, что в результате перенесенной человеком психотравмирующей ситуации, происходят личностные изменения, которые влияют на социально-психологическую адаптацию, взаимоотношения с другими людьми и внутрисемейные взаимоотношения. К личностным изменениям у лиц, переживших психотравмирующий стресс, ряд авторов относят: снижение сензитивности к опасности и повышение чувствительности к жизненно важным мелочам, незаметным непосвященному наблюдателю; уменьшение экспрессивности в общении и одновременное углубление подтекста сообщения; уменьшение психологической дистанции в отношениях и стремление к самоутверждению; вытеснение интимно-личностных переживаний и повышение роли всего, что связано с домом; оскудение коммуникативных навыков, сужение социальных интересов, неспособность эффективного личностного взаимодействия. Это все вызывает тяжелые эмоциональные переживания у человека, находящегося в кризисном состоянии и запускает дезадаптивные механизмы.

3. В результате проведенной танатотерапевтической работы у нашей клиентки, переживающей расставание с близким человеком, стала восстанавливаться чувствительность и налаживаться контакт с реальностью. Это выражается в изменениях общесоматического статуса, появлении активности, налаживании общей чувствительности и появлении ощущений в теле, а также частичном восстановлении сна. Было проведено 3 сессии, которых недостаточно для описания целостной картины изменений, но полученный опыт работы позволяет надеяться, что проведенные сеансы оказали положительное влияние на общее состояние клиентки и дали возможность, на базе использования позитивного ресурса психотравмирующей ситуации, справиться с проявлениями кризисного состояния.

Таким образом, проблема кризисных состояний личности является чрезвычайно актуальной и касается угрозой мортальности бытия человека. От воздействия психотравмирующих факторов в современной социальной ситуацией нестабильности, активного вторжения общества в личное пространство, размывание границ личности и сложности сохранять автономию в активном социуме никто не застрахован. Танатотерапия является деликатным способом помочи личности в преодолении психотравмирующих переживаний.

Библиографический список

1. Амбрумова А.Г. Суицид: течение и профилактика. - М., 2004.
2. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение. - М., Институт танатотерапии, 2007. - 90с.
3. Баскаков В. Ю. Русское тело (к постановке проблемы телесно-ориентированного анализа национального характера). "Психологическая консультация". 1998. №1. С.13-20.
4. Газарова Е.Э. Меланхолия, депрессия и психотерапия // Бюллетень Ассоциации телесно-ориентированных психотерапевтов. № 11. С. 28 – 48.
5. Знаков В.В. Психологические причины непонимания афганцев в межличностном общении. // Психологический журнал. 1990. № 2.
6. Кравец С.В. Падун М.А. Анализ представлений о психической травме. Материалы 6-й конференции. – Пермь, 2001.
7. Кюблер-Росс Э.О смерти и умирании. - София, 2001.
8. Лазебная Е.О. Зеленова М.Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации, участников боевых действий. // Психологический журнал. Т 20. 1999. № 5.
9. Пушкарев А.Л. Доморацкий В.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия. - М: Издательство института психотерапии, 2000.
10. Сельченок Н.В. Хрестоматия. Психология экстремальных ситуаций. – М., 1999.
11. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. - СПб., 2001.
12. Химчян З.Г. Зеленова М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство. – М., 1991.
13. Черепанова В. Психология горя. – М., 2001.
14. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. – СПб., 2004.
15. Якушкин Н.В. Психологическая помощь воинам // Психологический журнал. 1994. № 5.
16. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997.

4.11. Климачева Е.С. Невротический статус личности как проблема нарушения контакта с процессами смерти и умирания ДИПЛОМНАЯ РАБОТА Москва 2011

Содержание

Глава 1	Невроз как психосоматическое заболевание
1.1	Невротические и неврозоподобные состояния: клиника, особенности проявления, виды
1.2	Психосоматические маркеры невротической личности
Глава 2	Танатотерапевтический подход при работе с психотравмой
Заключение	
Библиографический список	

Реферат

Цель: использование знаний танатотерапевтического подхода для применения в практике массажа и исследование способов помощи в налаживании контакта с процессами смерти и умирания при работе с невротической личностью.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – взаимосвязь невротического статуса личности и нарушения контакта с процессами смерти и умирания.

На основании соматического статуса и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: использование танатотерапевтического подхода при работе с невротической личностью будет способствовать восстановлению ее контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

Задачи исследования:

- 5) провести анализ литературы по проблемной анатомии;
- 6) систематизировать имеющиеся знания о невротическом статусе человека, причинах возникновения неврозов и его проявлениях;
- 7) провести танатотерапевтические сессии с клиентом, имеющим невротическую симптоматику;
- 8) провести анализ полученных результатов и обобщить полученный опыт.

Методы исследования и работы. Теоретическая группа: анализ, синтез, систематизация, сравнение, классификация. Практическая группа: наблюдение, беседа, методы, используемые в танатотерапевтическом подходе, а также методы телесно-ориентированных практик.

Новизна исследования и работы – предпринята попытка выявить взаимосвязи между психомоторикой, невротическим статусом личности и соматическими маркерами. Также нами проанализирована динамика невротических проявлений личности в формате танатотерапевтического подхода.

Практическая значимость исследования и работы: расширяет представление о невротическом статусе личности, за счет смещения акцента в поле танатотерапевтической проблематики; дает возможность переосмысливания классических «янских» подходов в работе с невротической личностью; позволяет осмысливать взаимосвязи психического состояния и его соматического проявления.

Область применения – возможно широкое применение в психотерапевтической практике, в частности, при работе с невротической личностью, неврозоподобными состояниями, социальной адаптированностью личности и адекватностью проявления чувств.

Выбор темы обусловлен профессиональным интересом. Работая с телом и сталкиваясь с большим количеством клиентов, имеющих разные соматические и психологические проблемы, поставила задачу найти взаимосвязи между невротическим, соматическим и характерологическим статусом личности, т.к. интуитивно определяла наличие этих взаимосвязей. Психосоматическая медицина связывает возникновение невроза у

современного человека с социальной ситуацией нестабильности и активного вторжения в личное пространство общества, размывание границ и сложности сохранять автономию в активном социуме.

Введение

Актуальность исследования:

Сегодня существует противоречие между существующим классическим медицинским взглядом на происхождение и лечение невроза и результатов безмикаментозной помощи невротической личности, накопившихся в практикоориентированных направлениях, что позволяет сформулировать **проблему** нашего исследования: каковы методы работы с невротической личностью в рамках танатотерапевтического подхода?

Цель: использование знаний танатотерапевтического подхода для применения в практике массажа и исследование способов помощи в налаживании контакта с процессами смерти и умирания при работе с невротической личностью.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – взаимосвязь невротического статуса личности и нарушения контакта с процессами смерти и умирания.

На основании соматического статуса и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: использование танатотерапевтического подхода при работе с невротической личностью будет способствовать восстановлению ее контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

Задачи исследования: 1) провести анализ литературы по проблемной анатомии; 2) систематизировать имеющиеся знания о невротическом статусе человека, причинах возникновения неврозов и его проявлениях; 3) провести танатотерапевтические сессии с 2 клиентами, имеющим невротическую симптоматику; 4) провести анализ полученных результатов и обобщить полученный опыт.

Методы исследования и работы: анализ, синтез, систематизация, сравнение, классификация; наблюдение, беседа, методы, используемые в танатотерапевтическом подходе, а также методы телесно-ориентированных практик.

Новизна работы – предпринята попытка выявить взаимосвязи между психомоторикой, невротическим статусом личности и соматическими маркерами. Также нами проанализирована динамика невротических проявлений личности в формате танатотерапевтического подхода. Проведенное исследование расширяет представление о невротическом статусе личности, за счет смещения акцента в поле танатотерапевтической проблематики; дает возможность переосмысливания классических «янских» подходов в работе с невротической личностью; позволяет осмысливать взаимосвязи психического состояния и его соматического проявления.

Структура работы. Работа состоит из реферата, введения, двух глав (теоретической и практической), заключения и списка литературы. Теоретическая глава посвящена обзору литературы по проблеме невроза, его природы, видов и функций. Также нами рассмотрены теории происхождения невроза. Эмпирическая глава содержит описание работы с конкретным клиническим случаем, используемые приемы и динамику изменений.

В заключении представлены основные выводы по исследованию.

Глава 1 Невроз как психосоматическое заболевание

1.1 Невротические и неврозоподобные состояния: клиника, особенности проявления, виды

В теоретическом плане существуют попытки трактовать невроз как с психологической, так и с биологической точек зрения. Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты человек остается соматически и психически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим заболеванием (18). По мнению В.В. Аршавского, альтернатива существует и внутри патогенного пути, и «психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический путь реагирования, демонстрацию тревоги и страха, фиксацию на своих ощущениях» (18, с. 306).

К невротическим расстройствам могут привести как эпизоды и ситуации, так и среда. При анализе факта психотравмы выделяют следующие ее характеристики: интенсивность, смысл, значимость, патогенность, острота, продолжительность, повторяемость, связь с личным опытом (16, 18).

Невротические и неврозоподобные синдромы (16):

- 1) синдром навязчивостей – протекают на фоне астении и встречаются в обсессивном (навязчивые сомнения, счет, двигательные ритуалы. Без фобий, в изолированном виде встречается при шизофрении, органических заболеваниях ГМ, психопатиях) и фобическом варианте (разнообразные навязчивые страхи. Встречается при всех формах неврозов);
- 2) истерические синдромы (эгоцентризм, ситуационная зависимость появления и степени выраженности, нарочитость, демонстративность, внушаемость и др.);
- 3) деперсонализационно-дереализационные синдромы – нарушения самосознания и искаженное восприятие реальности в целом без нарушения восприятия отдельных параметров ее объектов. При этом возможны нарушения восприятия времени;
- 4) сенестопатоз – вегетативные расстройства, эгоцентризм, сужение круга интересов, мрачность;
- 5) психосенсорные нарушения – нарушение восприятия схемы тела;
- 6) ипохондрический синдром – ипохондрическая сверхценная идея.

Невротические расстройства на физиологическом уровне проявляются следующим образом (12, 15, 16, 17, 18):

Первый признак телесных расстройств – их связь по времени с переживанием человеком стрессовых ситуаций.

На физическом уровне наиболее типичными проявлениями затяжного стресса и неотреагированных эмоций являются следующие.

2. Скачки артериального давления. Его неустойчивость проявляется по-разному:
 - повышение АД, поначалу кратковременное, которое постепенно перерастает в стойкое – гипертоническую болезнь,
 - понижение АД, на фоне умеренной артериальной гипотонии происходит ее углубление.
- Симптомы: тошнота, слабость, дурнота мушки, разнообразные проявления телесного

дискомфорта. Возникает парадоксальная головная боль – компенсаторный спазм сосудов ГМ;

- скачки давления.

2. Сердцебиение или перебои сердечного ритма. Сопровождается паническими атаками.

3. Различные варианты психоэмоциональной боли. Шея и голова

Затылок (переход на заднюю поверхность шеи)	Боль ответственности
Височно-челюстная	Боль возражения. Скрытый безмолвный протест при попытке сохранения самообладания, обычно в ситуации общения, связанного с конфликтом
Лобная область	Боль размышлений, связана с сомнениями, испытываемыми в процессе выбора, принятия решения
Теменная область	Боль рождения. Часто наблюдается при невротических и субдепрессивных состояниях

Боль в области сердца возникающая вне связи с физической нагрузкой и имитирующая стенокардию.

Боль в области живота, имитирующая заболевания органов пищеварения. Особенно характерны боли блуждающего или схватывающего характера, колики. Возможно расстройство стула (медвежья болезнь).

Боли в спине, имитирующие радикулит.

4. Одышка, не связанная с болезнями органов дыхания, и как чувство неудовлетворенности вдохом, сопровождающееся желанием вдохнуть поглубже. Как следствие – (5.) возникает ощущение онемения и покалывания в руках. Аналогичные ощущения в ногах могут сопровождаться судорогами икроножных мышц.

6. Нарушения глотания и ощущение комка в горле.

7. Кратковременное нарушение зрения, когда предметы расплываются или мельтешат перед глазами и человеку приходится напрягать зрение, фокусировать взгляд.

8. Головокружение, вызывающее неуверенность при ходьбе, ощущение ватных ног, ощущение упывания земли из-под ног.

9. Приливы жара – озноба, могут сопровождаться дрожью.

10. Нарушения аппетита. Невротические симптомы отрыжки, изжоги, тошноты, психогенной рвоты.

11. Обильное мочеиспускание. Обычно, после приступа паники.

12. Нарушение стула. Чаще – запоры (сопровождают депрессию !!!!!).

13. Нарушения сна.

14. Нарушения сексуальности.

Проявления стрессовых расстройств на психологическом уровне

6. Беспокойство, тревога. Часто – немотивированная тревога.

7. Подавленное настроение, вплоть до стойко пониженного, доходящего до степени депрессии. Резкие перепады настроения, эмоциональная неуравновешенность, неконтролируемые бурные вспышки эмоций.

8. Немотивированная раздражительность и конфликтность, вызванные не объективными внешними причинами.

9. Нарушение отношений с людьми - от эмоциональной холодности, бесчувственности, детской эгоистичности до открытой враждебности и агрессии по отношению к окружающим.

10. Стремление отгородиться от реальной жизни как источника стресса.

На основании анализа литературы нами была составлена таблица, позволяющая сравнить характер соматического реагирования при воздействии различных факторов на организм (по Селье и Бенсону)

Физиологические показатели	Реакция напряжения	Реакция расслабления
Доминирующий отдел вегетативной НС	Симпатический	Парасимпатический
Преобладающие эмоции	Гнев, агрессия (реакция борьбы) или тревога, страх (реакция бегства)	Эмоциональное равновесие
Мышцы	Напряжение (автоматическое) основных мышечных групп, связанных с реакцией борьбы или бегства	Расслабление мышц
Сердце	Ускоряется сердцебиение с повышением силы сердечных сокращений, возрастанием потребности сердечной мышцы в кислороде и одновременно ухудшением условий ее собственного кровоснабжения	Замедляется, нормализуется
АД	Повышается	Снижается, нормализуется
Дыхание	Учащается (глубокий вдох, ускоренный выдох)	Замедляется, успокаивается
Кровоснабжение внутренних органов	Уменьшается (кровь приливает к мышцам), возникает синдром «обкрадывания»	восстанавливается
Сосуды удаленных от тела участков конечностей	Спазм по типу «перчаток или носков»	Восстановление кровотока
Свертываемость крови	Повышается	Снижается, нормализуется
Работа органов пищеварения	Снижается выработка пищеварительных соков.	восстанавливается

	Моторика кишечника может тормозиться (реакция борьбы) или ускоряться (реакция бегства)	
Уровень сахара в крови	Повышается	Понижается, нормализуется
Уровень холестерина в крови	Повышается	Понижается, нормализуется
Основной обмен	Повышается	нормализуется
Эндокринные органы: надпочечники, щитовидка	Повышение активности	Нормализация активности
Органы чувств	Функциональное напряжение	Нормализация состояния

В работе В.Райха «Анализ характера» были выделены взаимосвязи между невротическим статусом личности и психосоматическими проявлениями. Нами была проведена систематизация этих данных и составлена таблица.

Сегмент тела	Область	Блок
Глаза	Глазное яблоко, мимические мышцы вокруг глаз, лобная мышца	Эмоции, связанные со стрессом (пустые глаза, мертвый лоб), желание отгородиться от мира. Не замечать проблем
Рот	Мышцы в области подбородка, горла и затылка	Плач, гнев, крик, гримасы, младенческие рефлекторные действия (сосание, кусание)
Шея	Включая глубокие мышцы шеи и языка	Крик, гнев, плач
Грудь	Вся грудная клетка и руки	Гнев, плач, агрессия; смех, страсть
Диафрагма	Солнечное сплетение и внутренние органы брюшной полости	Сильный гнев, тревога, обиды, закомплексованность в общении
Живот	Также брюшная стенка и мышцы спины	Злость, агрессивность, комплекс превосходства; страхи
Таз	Также мышцы таза и ноги	Сексуальное возбуждение; гнев и тревога

Почти все описанные В. Райхом изменения в соматическом статусе наблюдались нами у клиентки, посещавшей танатотерапевтические сессии.

1.2 Психосоматические маркеры невротической личности

Жизнь тела — жизнь ощущений и эмоций. Тело чувствует истинный голод, истинную жажду, истинную радость на солнце или в снегу, истинное наслаждение от запаха роз или взгляда на сиреневый куст; истинный гнев, истинную печаль, истинную нежность, истинную теплоту, истинную страсть, истинную ненависть, истинное горе. Все эмоции принадлежат телу, ум их только признает.

Д. Лоуренс

У высших организмов процессы расширения и сжатия управляются двумя ветвями вегетативной нервной системы, симпатической и парасимпатической. Ее импульсы идут

ко всем органам и мышцам тела, регулируя обмен энергии, кровообращение и работу сердца, пищеварение, дыхание, сексуальные функции и оргазм. В норме эти процессы ритмичны и переживаются здоровыми людьми как приятное ощущение в теле. У лиц, страдающих неврозами и психозами, нарушается ритм и свободное течение этих процессов (9).

В концепции стресса Г. Селье указывается, что стресс – это неспецифическая реакция организма в ответ на неблагоприятные воздействия среды (14). Выделяют физиологический и психологический стресс, который, в свою очередь, подразделяется на информационный и эмоциональный. В угрожающей ситуации у организма развивается состояние напряжения, и нервная система мобилизует тело на преодоление стресса.

Возможны две реакции — борьба или побег. Избавившись от стресса, организм возвращается к нормальному ритмичному состоянию.

Для современного человека состояние мышечного напряжения и поддерживающая его повышенная активность симпатической нервной системы стали хроническими.

Нормальные, присущие организму процессы саморегуляции перестали действовать, и требуется помочь или стимуляция извне. По мнению ряда исследователей, занимающихся проблемами психосоматики, лишь преодолев мышечные зажимы и восстановив свободу движений, можно вернуть такому человека способность рационально и адекватно взаимодействовать с окружающей средой (8).

При описании невротических личностей различные авторы акцентируют внимание на различных соматических признаках, характерных для носителей различных типов характера. Рассмотрим некоторые, представленные в литературных источниках маркеры.

Паттерны напряжений в теле можно рассматривать как застывшую историю жизни человека. Все невротики страдают в той или иной степени напряжением в области глаз, которое переходит на лоб и мышцы волосистой части головы, а затем накапливается в шее. Подавление плача, страха и гнева может вызывать напряжение в скальпе и мышцах основания черепа, что создает физиологическую основу сильных головных болей, столь характерных для определенных типов личности (1).

Глаза невротика: напряжение и неподвижность или тревожный избегающий взгляд, свысока или нахмурившись; серъезен. Для шизоида характерен отсутствующий взгляд, взгляд «в пространство».

Рот: усмешка, либо губы скорбно изогнуты. Напряжение в верхней части лица функционально соответствует зажимам вокруг рта и челюстей. У компульсивных личностей жесткая верхняя губа.

Язык - отражение потребностей организма.

Скулы: Способность переносить нагрузки, сопротивляемость.

Шея — одно из двух главных сужений тела, вторым является талия. Это своего рода проводящая трубка, связывающая голову с остальным телом, где наиболее часто наблюдается напряжение.

В области горла зажаты громкие рыдания, крики и вопли. Эти невыраженные и подавленные эмоции могут проявиться во всей своей первоначальной силе, в результате стимуляции мышц горла и шеи.

Гнев, удерживаемый в шее, связан с напряжением в мышцах плеч и большой части спины.

Нечувствительные руки, ригидные спина и плечи указывают на сдерживаемую ярость.

Все невротики в той или иной степени страдают расстройствами дыхания. Существуют два крайних варианта:

1) высокая грудная клетка и втянутый живот при отставленной задней поверхности туловища (Матиас Александр описал данный типаж в своих работах о координации и позах);

2) общая дефицитарность дыхания, когда в легкие проходит минимум воздуха. Для шизоидов и истериков, характерно головокружение при углублении дыхания.

Талия связана с напряжением нижней части живота, поясницы и мышц тазового дна, которое фиксирует таз в сжатом, втянутом состоянии у большинства невротиков.

Неподвижность таза приводит к сексуальным расстройствам.

Напряжение в ногах ведет к нарушению контакта с землей. Лоуэн особо подчеркивал важность восстановления свободного потока ощущений в ногах, чтобы появилось чувство "заземления". Шизоиды часто описывают состояние «плавучести» со слабостью в суставах. Напряженные ригидные ноги указывают на потерю радости жизни.

Дэвид Боаделла акцентирует внимание на связи биологической и социальной сферы и на основании этого описывает 4 фазы взаимодействия в развитии ребенка, которые изначально были предложены З. Фрейдом:

- 1) тактильная, или фаза рождения. Задача - процесс глубинного укоренения в физическом и социальном существовании, процесс бытия и принятия. Ребенок получает представление о нем через кожу и органы чувств
- 2) оральная, или фаза кормления. Задача - "радость получения от других". Потребности организма приводят к динамическому контакту с другим через область рта как моторного центра.
- 3) анальная, или фаза роста и контроля. Моторные и речевые навыки помогают становлению воли и автономности. Вопрос регулирования анальной области распространяется на более общие вопросы контроля и сепарации, а также исследования возможных границ внутри конфликта.
- 4) генитальная, или фаза поиска близости и единства. Задача - осознание половой идентичности в различных социальных контекстах. Возможности понимания, уважительных, доброжелательных отношений слишком часто оказываются нереализованными — они отвергаются или, наоборот, эксплуатируются. Однако, если коммуникация проходит в целом благополучно, закладываются основы для интеграции ума, души и сексуальности, а также для равновесия между либидозными импульсами и творческим выражением (10).

Таким образом, 4 базовых паттерна взаимодействия в системе, предложенной Боаделла, описывают 4 ключевых человеческих проблемы.

Глава 2. Эмпирическое изучение невроза как нарушения контакта с процессами смерти и умирания

Цель: использование знаний танатотерапевтического подхода для применения в практике массажа и исследование способов помощи в налаживании контакта с процессами смерти и умирания при работе с невротической личностью.

Объект исследования – индивидуальное «социальное тело» человека.

Предмет исследования – взаимосвязь невротического статуса личности и нарушения контакта с процессами смерти и умирания.

На основании соматического статуса и наблюдаемых признаков в телесных проявлениях была выдвинута следующая **гипотеза**: использование танатотерапевтического подхода при работе с невротической личностью будет способствовать восстановлению ее контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

Частные гипотезы:

Танатотерапевтические приемы работы с телом позволяют:

- 1) наладить контакт пациента с собой
- 2) наладить контакт с областью чувств,
- 3) снять проблему сверх-контроля и его последствий.

1 клиент.

Клиент Валентина, 55 лет. Имеет высшее экономическое образование. Замужем. Имела выкидыши (первая беременность) в 27 лет. Единственному сыну в настоящее время 22 года.

Внешний вид:

Высокого роста, худощавого телосложения, удлиненные конечности. Бегающий взгляд. Трясущийся подбородок. По телу папилломы. Ригидная фигура. Мимика активная, трясущиеся губы, застывшее выражение лица, говорит не разжимая губ. Дыхание прерывистое, сложное заглатывание воздуха. Челюсть крайне зажата. В лице представлены движения, связанные с высвобождением зажима – разминание. Хаотичные движения в поле ротации.

Неврологический медицинский статус: депрессия.

Биофизические признаки:

Лицо: маскообразное, мимически активное, порой наблюдается застывшее выражение с тиковыми подергиваниями в области рта. Беспокойный бегающий взгляд.

Глаза: средней величины, несколько «навыкат» (гипертриеозные), очень подвижные.

Челюсть: несколько выдвинута вперед, сжата. При разговоре раздвигание губ в горизонтальной плоскости с усилением и напряжением шейных мышц.

Голос: дрожащий, с истерическими нотками. Дыхание прерывистое, учащенное без пауз. Гипервентиляция, что обуславливает головокружения.

Рот: напряжен, губы плотно сомкнуты, с сворачиванием вовнутрь.

Грудная клетка: впалая, ключичная область и грудной отдел имеют рельефную представленность без жировых отложений.

Руки: напряженные, в тонусе, трепет. Кисть расслаблена, пальцы расслаблены. При разговоре демонстрирует волнообразные и спиралевидные движения.

Плечи и спина: напряженные, наклоненные вперед. Шейная трапециевидная мышца ригидная. Плечевой сустав развернут вперед. Левое плечо значительно выше правого.

Таз: ригиден, малоподвижен, имеет зажим в поясничном, грудном и шейном отделах.

Ноги: напряженные, при статичной позе плотно сомкнуты. Колени чрезмерно напряжены. Семенящая походка. Носки стоп развернуты вовнутрь.

Основная жалоба:

Считает, что жизнь его утратила смысл, она проходит как «день сурка», чувствует свою ненужность семье и «невыносимую усталость». В социальном плане переживает отстраненность, замкнутость и «холодность», что объясняет статусом и ролевыми обязанностями. В области чувств – пустота и нарастающая ярость от «невозможности изменить ситуацию и бессмысленность», а также ненужность. Метафорически описывает себя как «марионетку, которую дергают за палочки с леской и растягивают до распятия». Имеет монотонный голос и напряженную позу. Самостоятельно не может принимать решения. Зависимость от мужа.

В качестве клиентки я наблюдала Валентину на протяжении 8 лет, работая с ней как массажист, также применяла метод символдрамы, который не дал видимых изменений в ее состоянии.

Применив метод танатотерапии, по истечении года работы, могу отметить следующее.

Через 3 месяца работы с применением метода танатотерапии можно отметить, что мышечный каркас стал более расслабленным. В качестве основного напряжения выступала натянутость фасций длинных мышц спины, имеющих крепление в верхней части ягодиц в соединении с шейной трапециевидной мышцей, которые стягивают связку – затылок.

В результате танатотерапевтических сессий произошли следующие изменения:

Субъективный статус (со слов клиента)	Объективный статус (анатомические изменения)
Отсутствие болей в шее и поясничном отделе	В четырех поясничных позвонках сформирован кожно-бедренный нерв. При прощупывании было обнаружено

	отсутствие привычного натяжения нерва
Хроническое защемление седалищного нерва исчезло	Седалищный нерв формируется в 5 поясничном позвонке + копчик. Исчезло привычное воспаление нервной ткани (перестала быть рыхлой, появилась эластичность и нормальная структура нервного ствола)
Нарушения сна (сон как смерть)	Прилив жизненных сил. Появилась активная жизненная позиция
Настроение стало эмоционально окрашено	Голос стал устойчивый, глубинный, четкий, сильный
Дыхание стало структурированным	Ровное, тихое с удлиненным выдохом. Без надрыва
Руки: ушел тремор, движения стали плавными, замедленными	Периферические нервные стволы рук и мышц формируются в 6 – 7 шейных позвонках. На протяжении 8 лет они были напряжены и ригидны, что вызывало тремор рук. За счет расслабления мышц шеи расслабилась грудная клетка, плечелопаточная зона и руки, включая кисти
Живот (изначально было опущение внутренних органов)	За счет поверхностного дыхания сформировалась ригидность диафрагмы, которая сдавливала область эпигастрия, что влекло за собой сдавление тонкого, толстого кишечника и мочевого пузыря. При пальпации живота наблюдается расслабленность диафрагмы, грудная клетка стала мягкой и подвижной. Стала доступной мануальная терапия живота.
Челюсть	Тройничный лицевой нерв имел хроническое воспаление. Прошли болевые ощущения, нервная ткань стала эластичной. Появилась мимическая подвижность лица, возможность наблюдать эмоциональные состояния
Глаза	Исчезла напряженность во взгляде, ушел бегающий взгляд
Лоб	Надбровные дуги стали мягкими, ушла болезненность. Разгладились морщины. Исчезла болевая реакция на прикосновения.

Выводы: в результате танатотерапевтических сессий изменилась как субъективная, так и объективная картина состояния пациента. Был снят диагноз.

Субъективно В. отметила улучшение общего состояния, нормализовался сон, перестала болеть спина, пропал страх социума, вышла на работу. Тремор рук исчез. В прошлом году похоронила мужа, от которого была зависима и без него ощущала себя потеряно. После его смерти смогла сдаптироваться и начать жить самостоятельно, выполняя все социально необходимые функции.

Дыхание выровнялось, появилось желание с удовольствием вдыхать, что указывает на восстановление контакта клиента с собой.

Клиентка отметила, что появилось ощущение напряжения в ногах, что ведет к нарушению контакта с землей. Нами было предложено ей сыграть в футбол прямо в комнате. 5 минут хватило на усталость и восстановление свободного потока ощущений в ногах. Е. отметила, что появилось чувство устойчивости, захотелось расставить ноги чуть шире и зашагать «как медведь». При этом на лице присутствовала улыбка.

Говоря о проблеме, с которой В. обратилась, она отметила, что стала несколько спокойнее, «как во сне». Негативные саморазрушающие мысли не посещают, но сниженный фон настроения присутствует, который сопровождается слезами. Тем не менее, появилась активность, прошла активная загрудинная боль.

2 клиент.

Клиент Игорь, 42 года. Имеет среднее специальное образование. Разведен, на почве алкоголизма жены. Имеет сына 20 лет, с которым имеет сложные взаимоотношения, связанные с непониманием. В анамнезе имеет диагноз – сахарный диабет. Дисфункция щитовидной железы.

Внешний вид:

Среднего роста 172 см, атлетического телосложения. Бегающий взгляд, повышенная мимическая готовность. Ригидная фигура. Мимика активная, но говорит не разжимая губ. Дыхание прерывистое, сложное заглатывание воздуха с форсированным вдохом. Нижняя челюсть зажата. В лице представлены движения, связанные с высвобождением зажима – разминание. Представлены рубящие движения.

Психосоматический статус: чувство панического ожидания, повышенная тревожность, организм в состоянии панической атаки быстро сжигает сахар. Зависание в состоянии шока, эндокринная система работает в напряженном режиме и проявляется в дисфункции щитовидной железы, поджелудочной и надпочечниках.

Причины: посттравматические депрессии, после тяжелого потрясения (потеря близкого человека, изнасилование, развод), неразрешимые хронические проблемы в семье, недовольство половой жизнью.

Неврологический медицинский статус: повышенная раздражительность, вспыльчивость, нарушения сна.

Биофизические признаки:

Лицо: мимически активное, порой наблюдается т.н. разминание ротовой части лица.

Глаза: средней величины, впалые глазницы, очень подвижные.

Челюсть: напряжена и сжата. При разговоре раздвигание губ в горизонтальной плоскости с усилением и напряжением шейных мышц.

Голос: говорит на вдохе, быстро, прерывисто. Дыхание учащенное без пауз.

Рот: напряжен, губы плотно сомкнуты, с сворачиванием вовнутрь.

Грудная клетка: плотная, выражена нерельефно.

Руки: напряженные, в тонусе, трепет. Кисть расслаблена, пальцы расслаблены. При разговоре демонстрирует активную двигательную активность руками, загребающие движения.

Плечи и спина: напряженный плечевой пояс, шейная трапециевидная мышца напряжена.

Таз: ригиден, малоподвижен, имеет зажим в поясничном, грудном и шейном отделах.

Ноги: напряженные, при статичной позе плотно сомкнуты. Колени чрезмерно напряжены.

Семенящая походка. Общая суетливость.

Основная жалоба:

Не складываются отношения с сыном. С женой давно в разводе, отношения не поддерживает. Работает охранником. Инсулинозависим. Ощущает одиночество и ненужность. Дружеские отношения ни с кем не поддерживает. В области чувств – пустота. Имеет напряженную позу и механистичные действия.

С данным клиентом с применением метода танатотерапии было проведено 12 сессий. В результате можно отметить, что мышечный каркас стал более расслабленным, произошли следующие изменения:

Субъективный статус (со слов клиента)	Объективный статус (анатомические изменения)
Нарушения сна (сон как смерть)	Прилив жизненных сил. Появилась активная жизненная позиция, наладил отношения с сыном, стал встречаться и общаться
Настроение стало эмоционально окрашено, проявлено	Голос стал устойчивый, глубинный, устойчивый, спокойный, уверенный
Дыхание стало структурированным	Ровное, тихое с удлиненным выдохом. Без надрыва. Спокойное

Руки: движения стали плавными.	Ушла суетливость
Челюсть стала менее напряженной	Исчезли разминающие движения ртом и сухость (перестал облизывать губы)
Глаза	Исчезла напряженность во взгляде, ушел бегающий взгляд, стал мягче
Лоб – исчезла напряженность	Надбровные дуги стали мягкими, разгладились морщины. Помолодел

Выводы: в результате танатотерапевтических сессий изменилась как субъективная, так и объективная картина состояния пациента. Субъективно Игорь отметил улучшение общего состояния, нормализовался сон, наладились отношения с сыном, появилось желание презентировать себя как специалиста (решил пойти работать по специальности электромонтажник), появилась активная жизненная позиция (сходил на выборы по собственной инициативе). Дыхание выровнялось, появилось желание с удовольствием вдыхать и выдыхать, что указывает на восстановление контакта клиента с собой. Появилось желание делать паузу между вдохом и выдохом.

Говоря о проблеме, с которой Игорь обратился, она отметила, что социально смелее, стал высказывать свое мнение, решил сменить профессиональную деятельность. Наладил отношения с сыном. Негативные саморазрушающие мысли не посещают, но сниженный фон настроения имеет рецидивы. Следует отметить, что за 3 месяца работы снизился уровень сахара в крови с 13 до 6 (!!!).

Для оценки результативности проведенной работы нами была составлена таблица, отражающая характер объективных изменений клиента. Картографический статус:

	1-4 сессия	5-8 сессия	9-12 сессия
КОНТРОЛЬ	Очень высокий	высокий	Тенденция к снижению
Глазодвигательная активность	высокая, подрагивание ресниц	высокая	средняя
дыхание	замирание, пароксизмальный вдох	Видимое, с форсированным вдохом	Появилось движение в грудной области. Равномерное, спокойное
ПАУЗЫ			
Перед вдохом	-	После ТП на область груди	+
Перед выдохом	-	+	+
ТЕЛО			
Напряженное	+	+	+-
Расслабленное			+-
Закрытое	+	+-	-
Открытое	-	-	+-
Теплое	+	+	+-
Холодное	-	-	+-
Утяжение конечностей	-	-	+-
ЧЕЛЮСТЬ			
Закрытая	+	+	-
Приоткрытая	-	-	+

Таким образом, наша гипотеза нашла свое подтверждение. Мы можем констатировать, что у клиента, обратившегося с проблемой отсутствия взаимопонимания и нарушения взаимоотношения с сыном, в результате танатотерапевтических сеансов стала восстанавливаться чувствительность и налаживаться контакт с реальностью, что выражается в изменениях общесоматического статуса, появлении активности, налаживании общей чувствительности, появлении ощущений в теле, отсутствии суетливости. Было проведено 12 сессий, которые позволили снять невротические проявления и объективно снизить показатели сахара в крови. В настоящее время клиент продолжает работу, посещая танатотерапевтические сессии, отмечая изменения, выражющиеся в «желании жить» и «изменить свою жизнь, катящуюся по накатанной колее».

Используемые в танатотерапевтических сессиях приемы:

- 1) телесная гомеопатия (голова, стопы, ладони)
- 2) театр прикосновений – ноги, стопы, область груди
- 3) магия – руки – ноги – голова.
- 4) последовательность предъявляемых опор – руки + голова.

Заключение

Выбор темы дипломной работы обусловлен жизненными обстоятельствами, которые позволили актуализировать интерес к данной тематике и заняться ею вплотную, пережив и испытав чувство потери, безысходности, ненужности, бессмыслинности и бренности бытия.

Анализ литературы по проблеме стрессовых расстройств и сессии с клиенткой, позволяют заключить следующее.

4. Гипотеза, заявленная в нашем исследовании, нашла свое подтверждение.

Нами установлено, что танатотерапевтический подход при работе с неврозами и невротическими состояниями позволяет снять симптоматику и/или полностью избавиться от нее. Это указывает на то, что наша работа с 2 клиентами методом танатотерапии способствовала восстановлению контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

5. Анализ литературы по проблемам возникновения, формирования и проявления невроза позволяет утверждать, что он имеет как физиологические, так и психологические основания и поддается как медицинскому, так и психотерапевтическому лечению.

3. В результате проведенной танатотерапевтической работы у клиентов стала восстанавливаться чувствительность и налаживаться контакт с реальностью. Это выражается в изменениях общесоматического статуса, появлении активности, налаживании общей чувствительности и появлении ощущений в теле, а также частичном восстановлении сна.

Можно констатировать, что проведенные сеансы оказали положительное влияние на общее состояние клиентов и дали возможность, на базе использования позитивного ресурса психотравмирующей ситуации, справиться с проявлениями кризисного состояния.

Таким образом, проблема возникновения и проявления неврозов является широко распространенной, актуальной, требующей решения и касается процессов адаптации, самореализации и психического здоровья человека. От воздействия психотравмирующих факторов на сегодняшний день невозможно уберечься и психотерапия помогает человеку садаптироваться к непростым жизненным коллизиям. Танатотерапия как одно из перспективных и альтернативных направлений психотерапии позволяет деликатно, в гомеопатическом режиме, оказать помощь личности в психотравмирующих ситуациях, в адаптации к новым жизненным условиям и в восстановлении ее контакта с реальностью и с процессами смерти и умирания.

Библиографический список

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М., 2009.
2. Баскаков В. Ю. Русское тело (к постановке проблемы телесно-ориентированного анализа национального характера). “Психологическая консультация”. 1998. №1. С.13-20.
3. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение.- М., Институт танатотерапии, 2007. - 90с.
4. Баскаков В.Ю. Минимальные по силе и амплитуде воздействия. /Телесно-ориентированная психотерапия: Хрестоматия. – СПб., 2002.
5. Баскаков В.Ю. Танатотерапия. Психотехнический подход: Сб. Фигуры Танатоса. – Философский альманах. Вып. 5. – СПб., 1995.
6. Баскаков В.Ю. Терапия танатоса / Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви – М., 2007.- С. 486-506.
7. Бройтиган В., Кристиан П., Рад М.. Психосоматическая медицина. - М., 1999. - 376 с.
8. Газарова Е.Э. Меланхолия, депрессия и психотерапия // Бюллетень Ассоциации телесно-ориентированных психотерапевтов. № 11. С. 28 – 48.
9. Газарова Е.Э. Тело и телесность: психологический анализ / Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви – М., 2007.- С.558-574.
10. Кьеркегор С. Страх и трепет. – М., 1993.
11. Лоуэн А. Депрессия и тело. – М., 2004.

12. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера. – М., 1996.
13. Никитин В.Н. Энциклопедия тела. – М., 2000.
14. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М., 1996. - 464 с.
15. Телесность человека: междисциплинарные исследования / Ответственные редакторы Николаева В.В., Тищенко П.Д. - М., 1993. - 166 с.
16. Фельденкрайз М. Осознавание через движение: двенадцать практических уроков. – М., 2009.
17. Этинген Л.Е. Мифологическая антропология. – М., 2009.
18. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М., 1996. - 464 с.
19. Психология. Словарь / Под общ.ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1990.
20. Райх В. Анализ характера /<http://www.litru.ru/?book=89689&description=1>
21. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – РнД., 1992
22. Литвак М.Е. Неврозы. – М., 1993.
23. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М., 1998.

5. Танатотерапия в лечении заболеваний

Отметим, что ниже речь идет о применении танатотерапии только опытными специалистами, имеющими законченное медицинское образование.

5.1. Применение танатотерапии в лечении больных с ампутациями нижних и верхних конечностей

Альзоба Е. Н. (г. Минск)

У данного контингента больных на первый план выходили посттравматические стрессовые расстройства и расстройства адаптации с выраженным депрессивным синдромом.

Курс лечения длился 4-5 недель, количество сеансов 12-14. На фоне проводимого лечения происходила коррекция вегетосоматических нарушений, расширялись адаптационные возможности инвалидов. Больные начинали лучше ощущать собственное тело, что способствовало более быстрой отстройке координации движений при ходьбе на протезах, исчезал страх падения.

5.2. Опыт применения танатотерапии в случаях лечения бесплодия

Гусева Н. В. (г. Москва)

Больная О., 25 лет, замужем 4 года. Диагноз: бесплодие I. Обследование в Центре семьи и репродукции патологии не выявило.

После сеанса релаксационного массажа (применялись элементы танатотерапии – «театр прикосновений», «растяжки» рук и ног) беременность наступила в течение недели.

Родила мальчика 3400, 52 см.

Больная Т., 39 лет, второй брак. От первого брака 2 детей. Во втором браке выкидыши на сроке 7 недель. После выкидыша беременность не наступала 3,5 года. Выявлена хроническая инфекция, пролечена, беременность не наступила.

Во время расслабляющего массажа выявлен страх иметь ребенка от мужа, которому 27 лет. После работы беременность наступила. Родилась девочка, 3800, 54 см. Применялись элементы «магия» и «подмывание» (имеется в виду прием Генриха Вернера, прим. В.Баскакова).

Больная А., 36 лет, обследовалась в РАМН ИАГ и П, анатомической патологии не выявлено. Диагноз: бесплодие I.

Во время работы выявлен «страх жизни». Женщина - беженка из Армении. Бесплодие 4 года. Проводились упражнения: «театр прикосновений», работа с дыханием, заземление, «подмывание», «телесная магия»

У пациентки родился мальчик.

Больная И., 27 лет. Живет гражданским браком, у мужа есть дети в первом браке. Диагноз: бесплодие I, 5 лет.

После двух сеансов танатотерапии наступила беременность. Родился мальчик 2850, 49 см.

5.3. Железнova О. (Прага, Чешская республика) Опыт применения танатотерапии **Марек Р. 24 года**

С 18 до 20 лет имел наркотическую зависимость (героин), прошел курс лечения, потом 2 года работал, вел активный образ жизни. Накануне свадьбы попал в автокатастрофу, в результате чего произошел перелом шейных позвонков C5C6C7 с повреждением спинного мозга. Официально признан неперспективным больным, страховка отказалась оплачивать реабилитацию (живет в Германии). На момент начала терапии (спустя 2 года после травмы) 24 года. Чувствительность и двигательная активность сохранена на голове, воротниковой зоне, частично в руках. Отсутствует возможность и желание обслуживать себя, потерян интерес к жизни, налицо посттравматические стрессовые расстройства и расстройства адаптации с выраженным депрессивным синдромом. Проводилось лечение - скенаротерапия, ЭМАТ-терапия (методы рефлексотерапии и физиотерапии) а также танатотерапия. Случай интересен тем, что проведение танатотерапии в полном объеме не представлялось возможным, поэтому работа проводилась максимально в области головы и рук.

Проводились недельные сессии каждые 3-4 месяца в течении 1,5 лет. После первых сеансов танатотерапии почувствовал глубокую релаксацию, которую по мощности эффекта сравнил с состоянием, когда он был под воздействием больших доз героина. Проявил большой интерес к работе. Через пол года комплексной работы стал чувствовать позывы на мочеиспускание, кожная чувствительность опустилась до лопаточно-сосковой области, на правой руке стали двигаться 2 пальца. Появилось желание выходить с друзьями из дома начал строить планы на будущее (жить отдельно от родителей), увеличилось стремление к автономии, к преодолению ограничений, появилась большая определенность в желаниях и целях. Признан перспективным больным, 1 раз в год оплачивалась реабилитация в клинике, 3 раза в неделю гимнастика дома и 2 раза бассейн.

Роберт М. 32 года

Причиной обращения явился застой в жизни. Длительное отсутствие профессионального роста (словак, работает в Германии в компьютерной фирме). Развелся с женой, после того как выяснилось, что имел гомосексуальные контакты. После этого в течении длительного времени отсутствовали всякие контакты (т.к. резко осуждал себя за случившееся).

Некоммуникабелен, в детстве сильно заикался, сохранилась боязнь открыть рот. Проводились сеансы танатотерапии 1 раз в неделю 1.5 месяца. Воспринял ее сразу же хорошо, отметил, что уже с первых сеансов стал более свободен в общении, стал свободнее говорить, через некоторое время появилась подруга, толерантно воспринимающая его сексуальные наклонности. После окончания работы сообщил, что получил стажировку на 6 месяцев в Канаду.

Копанчи К. 32 года

Обратился по поводу длительной депрессии, год назад была стрессовая ситуация, в настоящее время ситуация разрешилась, но в течении полу года находится на мощных антидепрессантах, однако улучшения не отмечает. Ограничил все контакты до минимума, так как устает от общения, выходит из дома только на работу, которая сильно утомляет. При первых сеансах, при любом прикосновении отмечались выраженные тонико-клонические судороги (в обычной жизни подобного никогда не было). Со второго сеанса стал чувствовать частично тело и самостоятельно стал звучать, с 5 сеанса снизил дозу антидепрессантов до 1 таблетки на ночь, после 6 сеанса решил поехать в гости к маме в Турцию. Через 2 недели состояние стабильное, судорог в теле нет, стал отмечать внутреннее удовольствие. Терапия закончилась после 8 сеанса, стал активный, стойкое хорошее настроение, стал встречаться с друзьями, ходить на дискотеку, прекратил прием антидепрессантов.

5.4. Клинические случаи лечения пациентов с применением танатотерапии по методике В.Ю. Баскакова.

Пономарев А. А. (г. Екатеринбург)

1. Больная О.П., 38 лет с обсессивно-фобическими расстройствами, главным из которых был навязчивый страх смерти. В 1996 г. в ходе комплексной психофармакотерапии принимала участие в группе, для которой проводился метод танатотерапии. Пациентка была подвергнута «умиранию», после чего симптоматика невротических переживаний значительно ослабла, видоизменилась, а навязчивый страх смерти потерял свою актуальность. Через год после проведенного лечения пациентка о страхе смерти в беседе с врачом уже не вспоминала.

2. Больной С.К., 18 лет, страдающий опийной наркоманией, после медикаментозного снятия абстиненции проходил танатотерапию.

После «умирания» пациент заявил, что испытанные им переживания в ходе танатотерапии приятны, глубоки, многомерны, а по силе сравнимы и даже превосходят переживания при наркотическом опьянении. Ремиссия 3 мес.

3. Больной О.Б., 32 года, с биполярными аффективными расстройствами, переживавший депрессивный эпизод в 1996 г., получал комплексную психофармакотерапию.

После танатотерапии отмечалось быстрое улучшение состояния и исчезновение всех болезненных симптомов. После проведенного лечения пациент больше не принимает антидепрессанты. По прошествии 3-х лет переживания, испытанные на танатотерапии, называет одними из самых значительных в своей жизни.

4. Больной С.Л., 18 лет, с мозаичными психопатическими чертами характера с преобладанием психастенических в состоянии декомпенсации после суициdalной попытки в 1996 г. попал на лечение. Кульминацией в лечении была танатотерапия. Выписываясь, пациент заявил, что он «полностью здоров». После выписки до настоящего времени С.Л. в поле зрения психиатра не попадал.

Хотелось бы отметить, что танатотерапия оказывается пригодной для лечения пациентов практически с любыми заболеваниями и расстройствами, а также может служить методикой личностного роста для практически здоровых людей. Являясь очень

экологичной и глубинной методикой, танатотерапия приводит к стойким позитивным сдвигам, в конечном счете улучшая адаптацию человека в обществе.

5.5. Применение танатотерапии в женском отделении Городской психиатрической больницы №12

Баранников К.В. (г. Екатеринбург)

Больная А., 25 лет. Навязчивые мысли о неспособности, страх не справиться с ситуацией. Нарушение сна, депрессия, астения.

Кроме инициации смерти никакой терапии.

Результат: с первого вечера сон восстановился, улучшилось настроение, нет неуверенности, страх перешел в усиленный контроль за ситуацией, но это состояние исчезло через 3-5 дней.

Больная Г., 37 лет. Органическое поражение головного мозга инфекционной этиологии, вербальный псевдогаллюциноз и галлюциноз, истеро-ипохондрическая симптоматика, судорожные состояния.

До инициации смерти психофармакотерапия без значительного улучшения, лишь уменьшение аффекта, улучшение сна, но от этого фиксация на медикаментозном лечении, как на единственно возможном.

После инициации смерти: повышение уверенности в себе, резкое снижение псевдогаллюциноза, отсутствие истероидной симптоматики, снижение медикаментозной терапии в значительной степени.

Больная В., 21 год. Шизофрения. Аутизм. Специфические нарушения мышления. Астения, нарушения побуждений, стремлений, до лечения - яркий визуал.

До инициации смерти - психофармакотерапия без значительного улучшения.

Инициация смерти: с первого дня значительное усиление кинестетической репрезентативной системы, на этом фоне снижение нарушений мышления, активизация желаний, мышления. Больная нашла друга, переехала жить к нему, появилось желание продолжать учебу в институте, до восстановления решила работать.

5.6. Клинические аспекты танатотерапии

Е.Газарова (г. Москва)

Сб. Психотерапия в России: школы, научные исследования и практические достижения. Материалы Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2000, с. 16-17.

Танатотерапия - психотерапевтический метод, разработанный В.Баскаковым. Название происходит от греч. *thanatos* - смерть и *therapia* - лечение, уход, забота. В результате применения базовых приемов танатотерапии происходит такое выраженное расслабление (отсутствие сверхконтроля сознания, максимальное расслабление тела, его «объектность»), которое напоминает расслабление человека в первые минуты его смерти. Таким образом, танатотерапия моделирует (не имитирует) процесс правильного, естественного «умирания». Полное расслабление способствует активизации бессознательных структур, а вместе с ними - целительных биологических реакций, что позволяет установиться энергетическому балансу в теле (организме) человека.

В отличие от других телесноориентированных методов психотерапии, танатотерапия, благодаря деликатному характеру ее базовых приемов, позволяет активизированную энергию не отреагировать, а «заземлить», т.е. полностью «принять», гармонизировать, что, в свою очередь, способствует трансформационным личностным изменениям. Танатотерапия успешно применяется в работе с умирающими, при лечении наркомании, депрессии, страхов и в целом дезинтегративных процессов. Она показана и

благотворно действует как мощный психотерапевтический способ воздействия на паттерны психологических проблем с целью их разрушения.

За два года работы московская группа танатотерапевтов (М.Кукулиева, А.Трушкин, Е.Газарова) провела сеансы танатотерапии с 50 клиентами. Разнообразие психологических проблем, заявленных нашими клиентами, так или иначе сводилось к следующему: недостаточный контакт с собственным телом, чувство неполноценности, неуверенность в своих силах, заниженная самооценка, страхи, высокое психическое напряжение, невозможность расслабиться, проблемы межличностных отношений.

Из 50 клиентов лишь у трех наблюдалась негативная реакция на процедуру, но и она смягчалась после беседы, в ходе которой для них прояснялся генезис такой реакции. Подавляющее большинство клиентов на процедуру отреагировало положительно, отмечая (как после сеансов, так и по прошествии длительного времени) изменения состояния организма, настроения и психики в целом в лучшую сторону: снижение сверхконтроля, проявление способности к расслаблению, появление новых телесных ощущений, обогащающих прежнюю, привычную гамму; интерес, переживание ярких, сильных эмоций, но без ожидания «взрыва изнутри», удивление, надежду, ослабление тревоги и страхов.

Изменения, которые мы наблюдали у клиентов на протяжении многих месяцев, касались не только сфер ощущений и эмоций: каждый из них получил новую информацию о себе, расширил образ «Я» за счет включения в него прежде отвергаемых аспектов, углубил способность к самонааблюдению и самоанализу. Практически каждый (за небольшими исключениями) пережил мощный трансперсональный опыт.

Особенно хочется выделить, что *все* клиенты, прошедшие сеансы танатотерапии, отмечают медленные, но верные изменения в поведенческой сфере: овладение новыми, гораздо более гибкими и разнообразными стратегиями поведения, снижение тревоги на фоне повышающейся самооценки.

5.7. Примернение танатотерапии в случае психоэмоциональной травмы с тотальной аллопецией (облысением) Воскресенская И. (г. Петрозаводск)

Мальчик П. (см. Фото 14) в возрасте 10 лет получил психоэмоциональную травму; в течение 1 месяца тотальная аллопеция (облысение). Лечился в различных психоневрологических отделениях без эффекта 6 месяцев. После 6-ти сеансов танатотерапии по Баскакову полное восстановление роста волос и социальной адаптации.

Наш комментарий: интересно, что во многих языках существуют пословицы и поговорки, связывающие волосы и страх. Сравни: «на волосок от гибели», «волосы встали дыбом»





Фото. 14 Результаты применения танатотерапии (после 6-ти сеансов в течении двух месяцев)

5.8. Случай применения танатотерапии Замараева Е.В. (г. Москва)

Алексей К., 17 лет, травма 6-го шейного позвонка, был защемлен нерв. Результат защемления нерва - утрата двигательной активности, потеря чувствительности. Состояние пациента было осложнено посттравматическим стрессовым расстройством, выражавшемся в бессоннице, постоянным вспоминанием несчастного случая, страхом перед будущим.

После первого сеанса танатотерапии, Алексей произнес: «Динамо» победит» (пациент в начале терапии не говорил Я-высказываниями). В результате трех сеансов танатотерапии исчезли страхи, нормализовался режим сна и бодрствования. По окончании третьего сеанса Алексей сказал (очень эмоционально): «Я буду заниматься!» (по поводу занятий лечебной физкультурой).

5.9. Применение танатотерапии в лечении бесплодия и привычного невынашивания Баскаков В.Ю. (г. Москва)

Приводятся данные успешного применения метода танатотерапии в лечении бесплодия и привычного невынашивания на базе Медицинского женского центра Международного Фонда охраны матери и ребенка (г. Москва, Новый Арбат, 7). Во всех четырех случаях успешного применения пациентки, которым оказывалась помощь, - характеризовались рядом специфических черт: колоссальный сверхконтроль и, в этой связи, - отсутствие оргазма; колоссальный страх (применительно к родам - страх умереть при родах); колоссальная напряженность тела и его частей при внешней декларированности готовности расслабиться («делайте со мной все, что угодно!»); избегание контакта с простейшими биологическими реакциями типа рвотного рефлекса; избегание открытия поверхностей своего тела (в жаркий летний день они приходили в брюках и блузках с длинными рукавами, на шее часто - платок, объясняли это необходимостью ездить в машинах с кондиционером). Большинство из них безуспешно лечились в известных западных клиниках.

Гипотеза, на которой строилась работа с применением приемов танатотерапии: роды - максимально биологическая реакция, которой лучше всего не мешать (вспоминается, что образ идеальной рожающей женщины по Д.Чарковскому - это образ безголовой Ники). Паттерн удержания сильных чувств (отсюда - «бешеный» сверхконтроль) - блокирует все биологические реакции (по В.Райху - оргазм, рвота, роды), притягивая при этом страхи. Страхи (см., выше в теоретических основах) в таком случае восстанавливают утраченный баланс сфер «чувства» - «мысли» - «телесные импульсы». Работа приемами танатотерапии строилась на «заземлении» чувств. В таком случае

меньше беспокоящих мыслей/страхов «кроилось» в голове, а все это открывало доступ к биологическим реакциям, в нашем случае, - родам.

5.10. Евсеев И. В. Танатотерапия и диабет 2 типа (Дипломная работа)

План

I.Введение

II.Медицинское описание диабета 1 и 2 типа

- 1.Классификация
- 2.Причины
- 3.Симптомы
- 4.Осложнения
- 5.Лечение

III. Отношение медиков к психологической составляющей лечения диабета

IV. Психофизиологическая адаптация к сахарному диабету

V. Психосоматика диабета

VI. Танатотерапия диабета 2 типа

- 1.Теоретическая часть
 - 1.Возможность использования танатотерапии при диабете 2 типа
 - 2. Баланс
 - 3.Ритуалы перехода
 - 4. Четыре базовые проблемы
 - 5.Заземление
 - 6.Приемы и принципы танатотерапии
 - 7.Телесная оптика
- 2.Практическая часть
 - 1. Общая информация
 - 2.Работа с гипотезой
 - 3.Динамика изменений телесного состояния

VII.Контроль результатов по истечении месяца после завершения работы

VIII.Заключение

IX. Список используемой литературы

I.Введение

Объект исследования: мужчина 57 лет с диабетом 2 типа

Предмет исследования:

- танатотерапия диабета 2 типа.

Цель работы: провести теоретический анализ проблемы диабета 2 типа с

физиологической, психологической точки зрения, а так же с точки зрения танатотерапии как подхода; провести курс сеансов танатотерапии клиента с диабетом 2 типа.

Гипотезы исследования:

Танатотерапия может влиять на баланс сахара в крови при диабете 2 типа и облегчать состояние пациента

Задачи исследования:

1. Исследовать медицинский аспект проблемы диабета 2 типа
2. Исследовать процесс психофизиологической адаптации к сахарному диабету
3. Провести теоретический анализ проблемы диабета с точки зрения психосоматики
4. Провести анализ проблемы диабета 2 типа с точки зрения танатотерапии;
5. Провести курс сеансов танатотерапии диабета 2 типа;
6. Исходя из теоретического исследования и практической работы сделать соответствующие выводы и заключения.

В настоящий момент существует большое количество заболеваний, связанных с так называемым «неправильным» или «нездоровым» образом жизни. Например, классическим примером результата такого образа жизни является ожирение – лишний вес как следствие переедания, другим примером может служить деформация стопы у женщин, которую я наблюдаю в огромных количествах, т.к. много лет занимаюсь реализацией ортопедических приспособлений для стоп, – страсть к узкой обуви и высокому каблуку гарантированно приводит к продольно –поперечному плоскостопию в течении нескольких лет. Причин, лежащих в основе потребности вести нездоровы образ жизни много – наверно столько же сколько и людей, общей же особенностью такого выбора – является слабый контакт или отсутствие контакта с собственным телом. Аппетита нет или он гипертрофирован – телу пищу не нужна, но загружается в него в огромных количествах, стопам больно и не удобно, нагрузка падает на передний отдел стопы, пятка висит – и все равно женщина наденет туфли-«лодочки»- внешний вид важнее ощущений тела.

Собственно, небрежное, неуважительное отношение к телу, тело как некий механизм, а не равный партнер по жизни- приводит к трудностям у многих людей во второй половине жизни, когда ресурсы самовосстановления исчерпываются. И тут приходит на помощь человеку огромная многомиллиардная индустрия по продаже «костылей здоровья », стоящая на двух китах - фармацевтика и медицина. Очевидно, что это выгодно – поддерживать потребительское отношение к телу, культивировать дальнейшее отдаление от тела – отдаление от «витальности».

Данная работа посвящена исследованию возможностей танатотерапии в возращении контакта с телом при приобретенном заболевании, являющемся прямым следствием «нездорового» образа жизни – диабета 2 типа.

Сахарный диабет на сегодняшний день признан неинфекционной эпидемией, т.к. охватывает более 2% населения земного шара.

Количество больных СД в мире составляет более 100 млн чел. Ежегодно их число увеличивается на 5–7%, а каждые 12–15 лет удваивается. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2025 г. ожидается увеличение числа больных СД до 300 млн чел. В настоящее время он является четвертой по значимости причиной смертности и главной причиной слепоты во всех странах мира.

СД типа 1 страдают 0,25% людей в возрасте до 20 лет, причем 54% из них составляют дети. Эта форма СД также обозначается как юношеский СД, или инсулинзависимый СД. К СД типа 1 относятся те нарушения углеводного обмена, развитие которых обусловлено деструкцией β -клеток островков поджелудочной железы, ведущей к абсолютному дефициту инсулина.

СД типа 2 – наиболее распространенная форма СД – развивается на фоне генетической предрасположенности и особенностей образа жизни. СД типа 2 обозначается как диабет взрослых, или инсулиннезависимый СД. В 90% случаев СД типа 2 сочетается с полнотой. В Российской Федерации, по данным обращаемости, насчитывается более 2 млн больных СД. Выборочные эпидемиологические исследования распространенности СД в России и других странах показывают, что истинное число больных в 4–5 раз превышает количество зарегистрированных. Отчетливо прослеживается тенденция омоложения заболевания. При обоих типах СД развиваются осложнения, приводящие к ранней инвалидизации трудоспособного населения (85–89% страдающих СД составляют лица трудоспособного возраста) и повышающие летальность.

II.Медицинское описание диабета

- 1.Классификация
- 2.Причины
- 3.Симптомы
- 4.Осложнения
- 5.Лечение

Еще за полторы тысячи лет до нашей эры древние египтяне в своем медицинском трактате «Папирус Эберса» описывали сахарный диабет, как самостоятельное заболевание. Великие врачи Древней Греции и Рима неустанно размышляли об этой загадочной болезни. Лекарь Аretaиус придумал ей название «диабет» — по-гречески «протекаю, прохожу сквозь». Ученый Цельс доказывал, что в возникновении сахарного диабета виновато несварение желудка, а великий Гиппократ ставил диагноз, пробуя мочу пациента на вкус. Кстати, древние китайцы тоже знали, что при сахарном диабете моча становится сладкой. Они придумали оригинальный метод диагностики с помощью мух (и ос). Если мухи садятся на блюдце с мочой, значит, моча сладкая, а пациент болен – созерцательный метод диагностики, иньский, истинно восточный, в противовес янскому – пробовать на вкус мочу.

Сахарный диабет — это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина — гормона поджелудочной железы. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем.

1.Классификация

Различают:

- инсулинзависимый диабет (сахарный диабет 1 типа) развивается в основном у детей и молодых людей;
- инсулиннезависимый диабет (сахарный диабет 2 типа) обычно развивается у людей старше 40 лет, имеющих избыточный вес. Это наиболее распространенный тип болезни (встречается в 80-85% случаев);
- вторичный (или симптоматический) сахарный диабет;
- диабет беременных.
- диабет, обусловленный недостаточностью питания

При сахарном диабете 1 типа имеется абсолютный дефицит инсулина, обусловленный нарушением работы поджелудочной железы.

При сахарном диабете 2 типа отмечается относительный дефицит инсулина. Клетки поджелудочной железы при этом вырабатывают достаточно инсулина (иногда даже повышенное количество). Однако на поверхности клеток блокировано или уменьшено количество структур, которые обеспечивают его контакт с клеткой и помогают глюкозе из крови поступать внутрь клетки. Дефицит глюкозы в клетках является сигналом для еще большей выработки инсулина, но это не дает эффекта, и со временем продукция инсулина значительно снижается.

2. Причины

Основной причиной сахарного диабета 1 типа является аутоиммунный процесс, обусловленный сбоем иммунной системы, при котором в организме вырабатываются антитела против клеток поджелудочной железы, разрушающие их. Главным фактором, провоцирующим возникновение диабета 1 типа, является вирусная инфекция (краснуха, ветряная оспа, гепатит, эпидемический паротит (свинка) и т.д.) на фоне генетической предрасположенности к этому заболеванию.

Основных факторов, провоцирующих развитие сахарного диабета 2 типа два: ожирение и наследственная предрасположенность:

Ожирение. При наличии ожирения I ст. риск развития сахарного диабета увеличивается в 2 раза, при II ст. — в 5 раз, при III ст. — более, чем в 10 раз. С развитием заболевания более связана абдоминальная форма ожирения — когда жир распределяется в области живота.

Наследственная предрасположенность. При наличии сахарного диабета у родителей или ближайших родственников риск развития заболевания возрастает в 2-6 раз.

Инсулиннезависимый диабет развивается постепенно и отличается умеренной выраженностью симптомов.

Причинами так называемого вторичного диабета могут быть:

заболевания поджелудочной железы (панкреатит, опухоль, резекция и т.д.);
заболевания гормональной природы (синдром Иценко-Кушинга, акромегалия, диффузный токсический зоб, феохромоцитома);
воздействие лекарств или химических веществ; изменение рецепторов инсулина;
определенные генетические синдромы и т.д.

Отдельно выделяют сахарный диабет беременных и диабет, обусловленный недостаточностью питания.

Какова бы ни была причина возникновения диабета, следствие одно: организм не может в полной мере использовать глюкозу (сахар), поступающую с пищей и запасать ее избыток в печени и мышцах. Неиспользованная глюкоза в избыточном количестве циркулирует в крови (частично выводится с мочой), что неблагоприятно влияет на все органы и ткани. Так как поступление глюкозы в клетки недостаточно, в качестве источника энергии начинают использоваться жиры. В результате в повышенном количестве образуются токсичные для организма и особенно для головного мозга вещества, называемые кетоновыми телами, нарушаются жировой, белковый и минеральный обмен.

3. Симптомы сахарного диабета:

жажды (больные могут выпивать 3-5 л и более жидкости в сутки); учащенное мочеиспускание (как днем, так и ночью); сухость во рту; общая и мышечная слабость;

повышенный аппетит; зуд кожи (особенно в области гениталий у женщин);
сонливость; повышенная утомляемость; плохо заживающие раны; резкое похудание у больных с сахарным диабетом 1 типа; ожирение у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Как правило, сахарный диабет 1 типа (инсулинзависимый) развивается быстро, иногда внезапно. Инсулиннезависимый диабет развивается постепенно и отличается умеренной выраженностью симптомов.

4. Осложнения сахарного диабета:

сердечно-сосудистые заболевания (атеросклероз сосудов, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда);
атеросклероз периферических артерий, в том числе артерий нижних конечностей;
микроангиопатия (поражение мелких сосудов) нижних конечностей;
диабетическая ретинопатия (снижение зрения);
нейропатия (снижение чувствительности, сухость и шелушение кожных покровов, боли и судороги в конечностях);
нефропатия (выделение с мочой белка, нарушение функций почек);
диабетическая стопа — заболевание стоп (язвы, гнойно-некротические процессы) на фоне поражения периферических нервов, сосудов, кожи, мягких тканей;
различные инфекционные осложнения (частые гнойничковые поражения кожи, грибки ногтей и т.д.);
комы (диабетическая, гиперосмолярная, гипогликемическая).

Сахарный диабет первого типа иногда проявляется резким ухудшением состояния с выраженной слабостью, болями в животе, рвотой, запахом ацетона изо рта. Это обусловлено накоплением в крови токсичных кетоновых тел (кетоацидоз). Если быстро не устраниТЬ это состояние, больной может потерять сознание — диабетическая кома — и умереть. Коматозное состояние может также наступить при передозировке инсулина и резком снижении уровня глюкозы крови — гипогликемическая кома.

Для предупреждения развития осложнений сахарного диабета необходимо постоянное лечение и тщательный контроль уровня сахара в крови.

5. Лечение сахарного диабета включает:

специальную диету: необходимо исключить сахар, спиртные напитки, сиропы, пирожные, печенья, сладкие фрукты. Пищу нужно принимать небольшими порциями, лучше 4-5 раз в день. Рекомендуются продукты, содержащие различные сахарозаменители (аспартам, сахарин, ксилит, сорбит, фруктоза и др.).

ежедневное применение инсулина (инсулиновая терапия) — необходимо больным сахарным диабетом первого типа и при прогрессировании диабета второго типа. Препарат выпускается в специальных шприц-ручках, с помощью которых легко делать уколы. При лечении инсулином необходимо самостоятельно контролировать уровень глюкозы в крови и моче (с помощью специальных полосок). Применение таблеток, способствующих снижению уровня сахара в крови. Как правило, с таких препаратов начинают лечение сахарного диабета второго типа. При прогрессировании заболевания необходимо назначение инсулина.

Людям, страдающим сахарным диабетом, полезны физические упражнения. Лечебную роль оказывает и снижение веса у пациентов с ожирением.

Официальная позиция современной медицины — лечение сахарного диабета проводится пожизненно. Короче говоря, если поставили диагноз «диабет» и Вы находитесь в лоне

официальной медицины – Вы – инвалид, стоящий одной ногой в могиле, засыпанной использованными шприцами-«инсулинками» и тест-полосками на определение уровня сахара в крови.

III. Отношение медиков к психологической составляющей лечения диабета

При изучение этого обширного вопроса оказалось, что в медицинской литературе существует много рекомендаций по работе с психологической составляющей лечения диабета. К сожалению, мне не удалось выяснить доводят ли их специально до внимания медиков, например при подтверждении своей квалификации, либо сам эндокринолог ищет информацию с целью поднять уровень здоровья пациентов.

Чтобы не раздувать диплом до размера романа «Война и мир» краткий обзор:

1.Стресс

Врачи признают влияние стресса на уровень сахара в крови. И уровень сахара влияет на психологическое состояние.

2. Улучшение качества общения с пациентом

Терапия должна быть терапией – уход, забота, лечение. Искренний интерес, внимание – успокаивает пациента, и уровень сахара проще регулировать.

3. Защита чувства собственного достоинства пациента

Не критиковать, не давить, не оскорблять

4. Учет индивидуальных потребностей

Образ жизни и особенности интеллекта пациента обязательно влияют на план лечения

5. Поддержание мотивации к самоконтролю

В основном делается упор на позитивное следствие самоконтроля – облегчение состояния

6. Контроль психологического качества жизни

Это вообще из области фантастики – диабетик медленно загнивает, никто его психологически не наблюдает

7. Организационные шаги по оптимизации психологических аспектов помощи больным сахарным диабетом

.....Психологи могут играть центральную роль в планировании и оценке психологического обеспечения больных сахарным диабетом применительно к местным условиям, что будет способствовать улучшению не только психологической, но и физической стороны качества жизни....

Практически оказывается, что уход, заботу и лечение диабетик получает в одном случае – в больницу ложится по знакомству, его лично наблюдает и выделяет из других пациентов «свой» эндокринолог, анализы делаются без очереди и за отдельную доплату(как это было с моим отцом), либо за большие деньги обращается в платные эндокринологические центры.

Раньше мало уделялось внимания тому факту, что строгая диета с точки зрения граммов и калорий — это не просто ограничение в пище; она может означать фрустрацию и усиливает у диабетика ощущение незащищенности; диабетик заключает из этого, что он отличается от здоровых членов общества. Врач, предписывающий строгую дисциплину, берет на себя роль наказывающего, отвергающего родителя и тем самым усугубляет непослушание пациента и его возмущение родительской властью.

Наиболее полезная вещь в больнице, по рассказам отца(он мой исследуемый), была «школа диабета», где обучали как жить дальше с этим заболеванием, никаких психологов он там не видел. К слову сказать, на тот момент он и близко бы не подошел к психологу. Эндокринологи «Школы диабета» действительно используют большинство

вышеперечисленных рекомендации и облегчают психологическое состояние пациентов, смягчая возможную фрустрацию.

IV. Психофизиологическая адаптация к сахарному диабету.

Ввиду важности самопомощи, способ, которым люди приспосабливаются к наличию у них сахарного диабета, является решающим для его исхода. Им определяется риск развития как серьезных соматических осложнений, так и появления психологических проблем или психического расстройства. Развитие сахарного диабета, особенно 1 типа, приносит много ограничений и трудностей. После диагностики часто бывает «медовый месяц», длиющийся в течение нескольких недель или месяцев. В течение этого времени человек может адаптироваться к требованиям и ограничениям лечебного режима. Присутствует элемент новизны и резкого облегчения, поэтому обследование и прием лекарственных препаратов не является тягостным и обременительным. Кто-то лучше адаптируется, кто-то хуже(например с отцом в палате лежал мужчина, который пил водку и сразу делал себе инъекцию инсулина- и прекрасно себя чувствовал)однако почти проходят стадии, сходные с теми, которые бывают в реакции горя: отрицание, сделка, гнев, депрессия, принятие. Сходство с реакцией горя объяснимо - сахарный диабет представляет собой угрозу различных утрат: потерю работы или возможности сделать карьеру, утрату сексуальной и репродуктивной функций, потерю зрения или конечностей или ощущения контроля над собственной жизнью и будущим. Вообще, веселый диабетик-новичек – редкое явление. Неопределенность будущего (гарантию никто не дает, как именно будет протекать заболевание), потеря привычного контроля над чувствами и эмоциями – препятствует адаптации. Стадия отрицания наиболее опасна - некоторые люди могут вести себя так, как будто в действительности у них нет сахарного диабета. У них может присутствовать элемент «магического» мышления – «если я буду игнорировать это и вести себя так, как будто у меня его нет, он пройдет/у меня его совсем не станет». В некоторых случаях результатом такого поведения будет неотложная госпитализация в связи с тяжелой гипогликемией.

Адаптация происходит только в опоре на собственный самоконтроль и желание жить(подробнее в практической части) - диабетик сам ищет баланс между режимом питания и лечения и предпочтаемым образом жизни.

У 50% больных диабетом 1 типа, а это преимущественно молодые люди(очень много подростков), развиваются депрессивные состояния, им сложно справиться с необходимостью все время проверять уровень сахара в крови и колоться инсулином. Люди, страдающие сахарным диабетом, могут предъявлять жалобы на психологические трудности, вначале часто проявляющиеся в изменении поведения. Например, возможно сокращение частоты проверки концентрации глюкозы в крови или ее полное прекращение, больные могут пропускать инъекции инсулина, а также отказываться от полезных привычек питания. Могут развиваться или усугубляться такие вредные привычки, как курение, злоупотребление алкоголем либо другими психоактивными веществами.

Примером чрезмерно выраженной дезадаптации к сахарному диабету является «лабильный сахарный диабет». Он характеризуется значительными колебаниями содержания глюкозы в крови, часто с многократными случаями неотложной госпитализации. В настоящее время широко принята точка зрения, что лабильный сахарный диабет - это поведенческая, а не патофизиологическая проблема. Такие

больные пренебрегают последствиями высокого или низкого уровня сахара – то есть комой и смертью - фактически стремятся к суициду.

V. Психосоматика диабета

Существует много версий на данный момент существует – какая психическая проблема вызывает диабет. После анализа литературы я обобщил информацию: большинство исследователей считают причиной диабета подмены потребностей в любви потребностями в питании и длительные стрессы и травмы

1. Гипотеза «сахар и любовь»

Замечено, когда человеку не хватает любви в жизни, он стремится к сладкому. Сладкий вкус у нас ассоциируется с любовью. И не случайно, ведь первый вкус сладкого материнского молока, - это вкус ее безусловной любви. Слово “диабет” в переводе с греческого означает “истечение” и, следовательно, выражение “сахарный диабет” обозначает, фактически, “истекающий сахаром” или “теряющий сахар”, что отражает одну из характерных черт заболевания - потерю сахара с мочой. Организм, словно теряет, не принимает удовольствия и силу жизни, отказывается от любви!

Слово “диабет” в переводе с греческого означает “истечение” и, следовательно, выражение “сахарный диабет” обозначает, фактически, “истекающий сахаром” или “теряющий сахар”, что отражает одну из характерных черт заболевания - потерю сахара с мочой. Организм, словно теряет, не принимает удовольствия и силу жизни, отказывается от любви.

Психологические причины возникновения данного заболевания:

- тревога, длительный эмоциональный стресс от чувства неосознанного одиночества в окружающем мире, отсутствия защищенности и эмоциональной заброшенности;
- острое, часто не осознаваемое и подавляемое чувство вины по отношению к близким, - "если бы я не был таким несовершенным...", "если бы меня не было, всем бы было хорошо" (корни данной установки - в отношении родителей к рождению данного ребенка, в их нежелании, чтобы ребенок родился);
- чрезмерная неосознанная самокритика, жесткие привязки к идеалам и нереалистичность желаний, конфликт желаний и возможностей, самобичевание, установка - "я не достоин любви и признания";
- глубокая грусть, вызванная неудовлетворенной жаждой нежности и любви;
- подавление агрессии и запрет на ее проявление, неспособность направить агрессию в созидающее русло, исцеляющее данную личность и ее физическое здоровье, часто активность направлена на компенсацию чувства вины перед близкими.

Часто, у больных сахарным диабетом, конфликты и не оральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Может проявиться обжорство и возникнуть ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия, а затем - истощение инсулярного аппарата.

Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при утрате любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.

Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиться диабет.

Несмотря на это, не существует какого-либо определенного диабетического личностного типа и возникновение заболевания нельзя объяснить исключительно с помощью психодинамических моделей, существуют психические факторы, в особенности при 1-м типе сахарного диабета, существенно влияющие на течение и терапию. Особое значение имеют свойственные этим больным чувства незащищенности и эмоциональной заброшенности.

У больного диабетом характерна интенсивная умственная деятельность, так как он постоянно думает о том, как реализовать свои планы. Но за всеми этими планами и желаниями скрывается глубокая грусть, вызванная неудовлетворенной жаждой нежности и любви.

У ребенка вероятность возникновения диабета возникает, когда он не чувствует достаточного понимания и внимания со стороны родителей. Грусть и печаль создает пустоту в его груди, а природа не терпит пустоты. Часто, причины происходящего лежат во взаимоотношениях с подавляющими, холодными на проявление чувств любви, критикующими и отвергающими родителями. Возникает болезненное чувство долга, обращенное именно к самоутверждению перед родителями, - больной порой всю свою жизнь посвящает доказательству того, что он достоин любви и признания родителей. И увлекаясь этой игрой, он неосознанно попадает в плен программы доказательства любви, сама любовь уже не на столько важна, сколько акцент смещен на процесс ее добычи. Болезнь же, является самонаказанием вечно виновного ребенка, который еще не достоин любви, признания и самой жизни, а должен достигать все большего и большего в своих стараниях заслужить любовь.

Более частая заболеваемость в семьях диабетиков может объясняться стереотипными моделями воспитания. Вероятно, в этих случаях вирусный агент сочетается с повреждающим агентом в психологической сфере. Этим агентом является чувство неосознанного одиночества в окружающем мире (отсутствие защищенности).

Начинается все, как и при ожирении, - с тревоги. Затем, фаза смирения пропускается, а в фазе капитуляции - страх, вместо расслабления. Страх парализует деятельность печени по приему глюкозы и преобразованию ее в гликоген, включаются только долгосрочные запасы в виде жира.

Сахарный диабет 2-го типа - это всегда болезнь ожирения. Дальше процесс идет в виде повышения концентрации глюкозы, а экспансия минуется. Высокая концентрация глюкозы выражается телесными проявлениями застоя (диабетическая гангрена, ретинопатия, гипертония и другие осложнения). Заболевание развивается в треугольнике: тревога-страх-гнев.

При диабете 1-го типа имеет место значительное дополнительное воздействие гормонов расхода энергии (дофамины) без фактического ее расхода. Тревога и страх есть, концентрация сахара и адреналина, вызывающего гликогенолиз, есть, а команды на расход - нет, агрессия подавлена, запрещена.

По всей видимости, на уровне психосоматики разница между типами диабета заключается только в особенностях течения концентрации: при 2-м типе - это повышение

концентрации глюкозы из-за чрезмерной парасимпатической реакции (ожирения), а при диабете 1-го типа к этому добавляется симпатическая реакция скрытой агрессии, проявляющаяся высокой концентрацией адреналина. Нарушается взаимодействие этих двух систем: в первом случае - в пользу превалирования адреналина над инсулином, во втором - инсулина над адреналином. А причина в обоих случаях одна-повышение концентрации глюкозы.

Диабет - это реализация программы самоуничтожения, возникшей вследствие того, что человек однажды безусловно согласился с тем, что не достоин любви и самой жизни. Безусловно согласиться может ребенок, впитавший установки родителей в случае, если родители имели подобные установки, направленные по отношению к себе и к ребенку. Запуск программы болезни может начаться после пережитого сильного стресса, а сама программа - возникнуть на много ранее, еще во внутриутробном состоянии или в раннем детстве.

Диабет будет вести человека к смерти до тех пор, пока заболевший не изменит свои глубинные программы, пока не простит обиды, пока не прекратит свою зависимость от критики значимых людей и не выработает свои устойчивые позиции, став внутренне самодостаточным.

Жизненная ситуация больного диабетом напоминает ему о том, что пришло время полюбить себя таким, какой он есть здесь и сейчас, дать себе право на жизнь и начать жить.

В прошлом больного сахарным диабетом есть нечто, вызывающее у него вину и обиду. Пусть примет это все и простит: простит и себя, и других. Здесь акцент ставится на работе в фазе смирения.

Второй акцент - экспансия, целенаправленная деятельность, в том числе физическая. Практика показывает, что сочетание рациональной работы, диетотерапии и специфических двигательных упражнений (даже без вмешательства на уровне неосознанного) позволяет получить очень высокий терапевтический эффект и в ряде случаев отказаться от применения инсулина.

Это означает, что при любой фruстрации перед внутренним взором пациента возникает импринт, и он в страхе говорит не языком эмоций и мыслей, а языком раннего детства, когда слова заменяли соматические проявления.

Отсюда вытекает терапевтическая задача: работа по переформированию

- печали в ПРОЩЕНИЕ,
- страха - в ВЕРУ,
- подавленный гнев следует выпустить наружу, направив его на достижение определенных целей как в личной жизни, так и в области достижений .

2. Гипотеза Чикагского Университета.

Александр считает, что продолжительный и повторяющийся стресс может приводить к постоянной декомпенсации сравнительно слабо адаптированных физиологических систем с последующим развитием сахарного диабета. В настоящее время доказано, что эмоциональный стресс может стимулировать расстройство углеводного обмена даже у лиц, не страдающих диабетом. Группа диабетиков является в большей степени пассивной, чем активной, и имеет тенденцию к мазохизму и нерешительности. Диабет является последствием хронической тревоги, связанной с бессознательным инфантильным страхом быть побежденным и раненным вследствие агрессивных мятежных и

сексуальных побуждений. Эти пациенты «удерживали инфантильную зависимую установку и чувствовали себя фрустрированными, потому что их запросы на внимание и любовь не соответствовали реальной ситуации взрослого человека и, следовательно, никогда не могли быть удовлетворены в достаточной степени. На эту фрустрацию пациенты реагировали агрессивно. Диабет развился, когда эти инфантильные желания воспрепятствовали реализации потребностей, которые оказались фрустрированы». В настоящее время в рамках Чикагского института психоанализа проводится большое количество психоаналитических исследований больных сахарным диабетом. По результатам исследований «у больного сахарным диабетом имеется базовый конфликт, связанный с приобретением пищи, который отражается в чрезмерно агрессивных оральных инкорпорирующих тенденциях. Эти инкорпорирующие импульсы проявляются множеством различных способов. Таким образом, имеет место тенденция к отторжению пищи, а впоследствии — повышенная потребность в ее восполнении. Эта потребность может выражаться в неудержимом желании есть, в желании быть накормленным и в наличии избыточных запросов на рецептивное удовлетворение в межличностных отношениях. Инкорпорирующие импульсы проявляются также в чрезмерной идентификации с матерью, и, следовательно, благодаря им может нарушаться психосексуальное развитие. У мужчин эта чрезмерная идентификация с матерью приводит к интенсификации базовой бисексуальности. У женщин враждебная идентификация с матерью активизирует защиты, направленные против женской сексуальности, особенно в отношении функций размножения». Наиболее важным провоцирующим фактором в генезе клинического синдрома диабета является ожирение, которое налицоует примерно в 75% случаев. Переедание обычно является результатом расстройства эмоционального развития личности. Следовательно, у пациентов, у которых сахарный диабет развивается вследствие переедания, психологические факторы имеют этиологическую значимость.

С другой стороны, наличие агрессивных орально-инкорпорирующих тенденций при диабете изначально может быть выражением врожденной физиологической дефицитарности. Диабетик рождается с таким потенциалом, который никогда не сможет удовлетворить его биологические потребности. Избыточные оральные потребности могут являться результатом этой базовой физиологической недостаточности. Эти наблюдения были сделаны в ходе ведущейся в Чикагском институте психоанализа исследовательской работы.

3. Гипотеза Малкиной-пых :

1. Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Может возникнуть обжорство и ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия и далее истощение инсулярного аппарата.
 2. Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при отнятии любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.
 3. Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиваться диабет.
- Психические факторы, в особенности при I типе сахарного диабета, существенно влияют на течение и терапию. Groen, Loos (1973) придают особое значение свойственным этим больным чувству незащищенности и эмоциональной заброшенности. Alexander (1950) описывает, кроме этого, сильные рецептивные желания заботы о себе и активный поиск зависимости от других. Пациенты демонстрируют большую чувствительность к отказам в удовлетворении этих оральных желаний. Это соответствует описанию Reindell et al. (1976), которые установили у диабетиков «амбивалентные тенденции тревоги,

беспокойства, страха с одной стороны и стремления к покою и защищенности — с другой».

4. Еще взгляд на влияние стресса ряда исследователей

L. Hinkle развивал концепцию, рассматривающую диабет как болезнь адаптации, предполагая развитие заболевания в связи с недостаточностью психологических мер защиты личности при воздействии психической травмы, подчеркивая “的独特性 идиосинкразической психологической реакции личности, предрасположенной к диабету, в ответ на психогенную ситуацию”. Р.С. Benton³ полагал, что острая эмоциональная травма или длительный психический стресс могут лишь выявить латентный диабет. Н. Wolff⁴ причинную связь между состоянием эмоционального напряжения и возникновением заболевания видел также только в случаях предрасположенности к диабету. Р. Michon⁵ считал, что диабет развивается чаще у лиц, находящихся на ответственной работе.

В.Г. Вогралик, изучая особенности психогенного происхождения эндокринных заболеваний, отмечал, что при диабете психотравмирующий фактор выступает в форме “безысходного горя”.

Впоследствии большинство исследователей, признавая этиологическую роль психотравмы в развитии диабета, не исключали возможность того, что она играет только роль провоцирующего фактора. Триггерный механизм психогенного стресса характеризуется чрезвычайно важной особенностью: отсроченностью кортиковисцеральных нарушений, латентным периодом, достигающим иногда поразительно больших величин. Важную роль в развитии диабета играет кумуляция стресса.

Метаболическая реакция на стресс в результате повышения адреналина и кортизола сопровождается гипергликемией, что ведет к “глюкозотоксическому эффекту”, снижению секреции инсулина, развитию инсулинерезистентности тканей, повышению липолиза

Метаболическая реакция на стресс в результате повышения адреналина и кортизола сопровождается гипергликемией. Кроме того, повышение “стрессовых” гормонов (адреналина и кортизола) может существенно влиять на клеточный иммунитет, приводя к развитию аутоиммунных реакций, лежащих в основе СД типа 1. Хронические стрессовые ситуации в результате сохраняющейся гипергликемии ведут к “глюкозотоксическому эффекту”, снижению секреции инсулина, развитию инсулинерезистентности тканей, повышению липолиза. Это приводит к вторичной гипергликемии и интенсификации глюконеогенеза. Важная роль отводится активизации контриинсулярных гормонов при стрессе. Наибольшее значение в регуляции секреции инсулина со стороны ЦНС придается гипоталамусу. Длительное раздражение эмоциональных зон гипоталамуса вызывает стойкое повышение уровня липидов и глюкозы крови. Описана связь между мозговой норадренолитической активностью и содержанием глюкозы в крови. Возможна также индукция эффекта гипергликемии β-эндорфином, повышенный отток которого от надпочечников опосредован симпатической стимуляцией в результате эмоционального стресса.

5. Гипотеза Мюнхенского Университета

Если это диабет первого типа, то мозг запрещает клеткам вырабатывать инсулин. Если второго типа — то мозг запрещает клеткам усваивать вырабатываемый родной инсулин. Какая такая программа у человека, что он запрещает себе жить..?

«Сахарная болезнь» нередко возникает от несладкой жизни. В 20 — 25% случаев диабет развивается на фоне хронических бытовых стрессов.

Наша гормональная система в целом и поджелудочная железа в частности очень чувствительны к эмоциям и обстановке, что нас окружает. Например, заболеваемость инсулинов зависимым диабетом за последние десять лет возросла на 70% в тех регионах бывшего СССР, которые принято называть «горячими точками».

А как быть, если жизнь в семье мало чем отличается от «зоны конфликта»?

Ученые из Мюнхенского университета выделили три главные причины, способствующие развитию диабета с точки зрения психосоматики:

Посттравматические депрессии. Они могут развиваться после какого-то тяжелого потрясения: потери близкого человека, изнасилования, изматывающего развода. Когда организм как бы «зависает» в состоянии шока и никак не может из него выкарабкаться, хотя ситуация уже ушла в прошлое. В этом состоянии вся эндокринная система работает на предельных мощностях, и у кого-то может сдаться щитовидка, надпочечники, а у кого-то — поджелудочная.

Хронические проблемы в семье, которые люди предпочитают скрывать годами и не решаются разрешить их радикально. Самые частые ситуации весьма банальны: алкоголизм или же ...кобелизм супруга. Особенно плохо на состояние поджелудочной железы влияет нестабильность и чувство панического ожидания. Иногда для того, чтобы нормализовать уровень сахара в крови, нужен всего-навсего душевный покой.

На руку диабету играет и повышенная тревожность. Организм человека в состоянии панической атаки очень быстро сжигает сахар, инсулин едва успевает вырабатываться. Вот почему многим для того, чтобы справиться с нервозностью и тревогой, безумно хочется съесть чего-нибудь сладкого. Со временем формируется постоянная потребность заедать стресс шоколадками и пирожными. В результате — зависимость от сладкого и как следствие — нарушение выработки инсулина и развитие диабета второго типа.

VI. Танатотерапия диабета 2 типа

1. Теоретическая часть

Терминология, принципы и приемы танатотерапии применительно к диабету 2 типа.

1. Возможность использования танатотерапии при диабете 2 типа

Естественно, танатотерапия может использоваться на стадии профилактики заболевания. Среди распространенных психосоматических причин диабета — самые распространенные — накопленный стресс, хроническая тревожность, психотравмы.

По логике, если клиент приходит на танатотерапию с чем-то из выше заявленного, то он автоматически участвует в программе по профилактике диабета 2 типа.

Обычно о диабете 2 типа человек узнает, когда уже необходима срочная госпитализация — моего отца увезли в инфекционную больницу с подозрением на ангиноподобную инфекцию и стоматит — а диагноз поставили только через 2 недели. На этом этапе танатотерапия мало возможна по объективным причинам.

Самый важный этап — пациент узнает о диагнозе, ему объясняют, что это пожизненно — и пациент проходит 5 этапов умирания Кюблер-Рос. Необходимость в помочь танатотерапевту очевидна. Обычно диабетики застревают на стадии депрессии — по сути это сопутствующее заболевание, пациент сталкивается с неизбежной сменой образа жизни

со всеми вытекающими отсюда проблемами. Психологическое состояние пациента облегчается во время «медового месяца», и после его завершения усугубляется. Тот багаж проблем, которые привели к диабету, не исчезают, наоборот усиливаются. Закрытость, раздраженность, мнительности, страхи – все становится глобальным. Мой пapa, далекий человек от метафизики и психотерапии, согласился на танатотерапию только через 1.5 года после постановки диагноза – когда диета и препараты, назначенные эндокринологом так и не дали облегчения – обратился будучи на грани, от безысходности – терять он уже ничего не терял. В настоящий момент работать можно только с пациентами в такой стадии, до этого многие опираются на официальную медицину.

2. Баланс

Танатотерапия занимается восстановлением баланса инь и ян, процессов жизни и смерти. Проблема баланса у диабетика простая – на уровне клеточной биохимии тела - сахар в крови падает слишком низко или поднимается слишком высоко. Само тело не может и не хочет регулировать этот баланс. Танатотерапия здесь хорошо применима. К диабету приводит янский образ жизни.

Еще один аспект баланса сахара в крови – пациент не может пройти безопасно между Сциллой и Харибдой(высоким и низким уровнем сахара) – он попадает в кому и при отсутствии помощи может умереть. Контроль над приборами управления движением упущен.

3. Ритуалы перехода.

Где появляется переход – там появляется работа для танатотерапевта. В случае с диабетом переход явный и болезненный, от здоровья- к болезни, от излишеств – к диете, от свободы – к ограничениям, от спокойствия – к страху перед будущим. К счастью, с 2000 года при больницах функционируют «школы диабета», где учатся выживать диабетики – своеобразный ритуал перехода к другой жизни. И в последствии правила выживания превращаются в ежедневные ритуалы – 2 раза замерить сахар, заполнить данные в дневник самоконтроля, в определенное время съесть определенное количество углеводов в строгой зависимости от физической нагрузки, сделать определенные дозы инъекций, принять определенные лекарства в определенное время. Вовремя назначенные 10 сессий танатотерапии тоже могут быть ритуалом перехода – обратно к здоровью.

4. Четыре базовых проблемы.

Эта концепция прекрасно применима к пациентам с диабетом 2 типа. Отдельно стоит отметить проблему опор – адаптация к новому образу жизни пациента тем успешнее, чем у него сильнее опоры.

5. Заземление.

Танатотерапия может работать с заземлением возникающих чувств пациентов при прохождении 5ти стадий умирания и адаптации.

6. Приемы и принципы танатотерапии.

Театр прикосновений/закон контакта, телесная магия/ясность и точность намерений и действий, телесная гомеопатия/минимальные по силе и амплитуде воздействия приводят к максимальным по силе чувствам и переживаниям, последовательность предъявляемых опор. Я думаю, применительно к диабету 2 типа, все приемы хороши и нет особо выделенных. Надо смотреть каждого пациента индивидуально. Отдельное соображение по поводу магии – ясное и точное намерение и действие у медицины какое - лечить диабет или излечивать? Отсюда и результаты(и даже магические прогнозы) – по прогнозам к

2025 году в мире будет 300 млн диабетиков (сейчас 100 млн) – в 2 раза больше населения России в настоящий момент.

7. Телесная оптика.

Танатотерапевт настраивает таким образом телесную оптику, что бы тело смогло само регулировать уровень сахара в крови, в зависимости от стоящих задач – бежать или драться. Уровень сахара поднимается в крови для активизации (это источник энергии мышц) – в случае опасности сахар используется (бегство или драка) и потом возвращается на прежний уровень. А при диабете 2 типа, тело отказывается усваивать сахар – такое впечатление, что выбирается позиция не бежать\драться, а замереть\умереть. Здесь я соглашусь с психосоматической концепцией диабета как следствия длительного хронического стресса, адреналин выделяется, сахар повышается, а разрядка в виде бегства или драки не происходит, т.к. угроза или мнимая, существующая в уме, или реальная, но от которой не убежишь и с которой не подерешься (например, государственный строй).

2. Практическая часть

1. Общая информация

Пациентом в моем исследовании выступил мой папа. На данный момент это 4й человек в моей семье, с кем я работал. Пациент сам желания обратиться ко мне за помощью не высказывал. Пришлось потратить много усилий, что бы уговорить участвовать в исследовании. Мною двигал интерес, желание облегчить страдания папы, а папой двигало желание мне помочь в написании диплома и желание получить облегчение, т.к. (я уже писал выше) за 2,5 года его состояние ухудшилось.

Пациенту 57 лет, военнослужащий в отставке, образование высшее гражданское. По ходу службы приходилось много переезжать, отец моего отца умер рано (5 лет было) – сразу можно предположить у папы наличие проблемы опор. Малоподвижный образ жизни и алкоголизация привели к ожирению – при росте 176 см – вес дошел до 130 кг. Классический случай возникновения приобретенного диабета 2 типа. До и после танатотерапевтической сессии производились замеры уровня сахара в крови и давления. Сессии проводились в одно и то же время в первой половине дня между приемами пищи. Исследование проводились с 20 ноября 2010 г по 23 февраля 2011 г – 3 месяца. Было сделано 10 сессий. Диета не менялась, дозировка лекарственных препаратов не менялась.

Диагноз поставили 2 года назад. Диабет 2 типа развился и протекал в скрытой форме значительно раньше – когда, определить точно не возможно. Единственным признаком, который преследовал отца за год до постановки диагноза, была сильная жажда и сухость во рту – при информированности стоило сразу проверить уровень сахара. Но так как ничего не знали об этом, госпитализировали в один день с сильным воспалением горла с болями и язвами в полости рта. До госпитализации, консультировались у терапевта и лора – и никто не посоветовал банально проверить уровень сахара. По скорой привезли в инфекционную больницу, где папа пролежал больше недели, и наконец кто-то сообразил проверить сахар и папу перевели в 60 больницу в эндокринологическое отделение. Перевезла скорая за деньги – они везут туда где есть места, а нам надо было в 60 больницу – нашли там знакомого врача-эндокринолога. Оказалось папа долго жил с повышенным сахаром – 10-12 ммоль/л. А норма 3.5 – 5.5 ммоль/л. Поэтому реально больных диабетом сильно больше, чем зарегистрированных 100 млн человек. Сахар снизили – и сразу начались ломки – организм привык к высокому уровню сахара. Потом была капельница, «школа диабета», давшая надежду на облегчение, «медовый месяц» и 5 стадий умирания. Отрицание и торг папа спокойно прошел, возможно их и не было, стадия гнева была яркой – первое

лето(2009) диабета на даче спокойной жизни для моей мамы не было, беспокоили сильные боли в конечностях , мало спал из-за этого, а потом наступила стадия депрессии – папа отказался уезжать осенью из дома. Дом не утепленный, хоть и есть печь, температура в доме всю зиму – 10 градусов, спал в одежде, отказывался уезжать в город, хотя дачный поселок весь был пустой – там мало кто живет зимой. К зиме похудел на 50 кг, стал весить 80 кг.

К следующей весне и лету(2010) наступило оживление в настроении, но общий настрой – апатичный, ничего не хочется, ничего не нужно, кроме утепления дома перед второй зимой – в этом направлении проявляет сильную активность. Не смотря на исполнение всех рекомендаций «школы диабета», облегчение не наступило – по прежнему мучили сильные боли, сосуды забиты сахаром, снизилась чувствительность ног, сильная слабость.

Осенью 2011 г папа принимает мое предложение по работе над дипломом.

Заявка клиента на первой сессии: боли в конечностях, боли в пояснице, почки, шейный остеохондроз, апатия , слабость - тяжело поднять руку, тяжелое пробуждение – нет сил встать с постели. Про психологическое состояние клиент ничего не пожелал сообщить кроме того, что « когда все болит, какое может быть состояние?». В дальнейшем после сессий, до сессий, между сессий проявлял такую же закрытость и малоинформативность. Приходилось использовать все свое внимание и концентрацию на деталях общения. Поэтому сначала я принял решение работать с симптомами.

2.Работа с гипотезой

В ходе работы была построена гипотеза о наличии проблемы опор и сильных чувств. Напряженные ноги, скованный таз, стопы ног развернуты неравномерно - правая больше. В пользу этой гипотезы говорит факт смерти отца..

Ниже представлена таблица замеров уровня сахара и давления(после 4 сессии)

Норма 3,5 – 5,5

№	Даты	Сахар до сессии	Сахар после сессии	Давление до сессии	Давление после сессии
1	20.11.10	5,2	7,1		
2	28.11.10	6,1	5,1		
3	05.12.10	5,4	5,1		
4	11.12.10	-	-	-	-
5	19.12.10	5,1	4,6	150/85 п.70	150/85 п.60
6	07.01.11	5,9	4,8	144/91 п.70	170/94 п.68
7	15.01.11	5,1	5,1	147/87 п.69	147/87 п.64
8	29.01.11	4,9	4,2	150/85 п.75	150/85 п.69
9	06.02.11	4,8	4,1	149/86 п.73	146/88 п.65
10	23.02.11	5,0	5,2	170/90 п.68	165/100 п.67

Пациент изначально был настроен скептически, я рассказал пациенту о теории мифа психотерапии – терапевт и пациент должны верить в эффективность метода, и услышал в ответ, что наша вера не совпадает – он не верит.

Но после нескольких сессий, наяву увидев, что уровень сахара падает, воодушевился и сам настаивал на встречах и уточнял время сессий. Хотя перед очередной сессией утверждал, что никаких изменений нет. По нашему взаимодействию, я предположил, что характер пациента психастенический, зависимый от авторитета, ранимый, чувствительный, и закрытый вследствии высокой травматичности. Поэтому решил использовать обходные пути для понимания того, что происходит с пациентом, т.к. ни про чувства, ни про переживания пациент не сообщал.

Первое на что я стал обращать внимание пациента - на ощущения в его теле. Пациент с удивлением обратил внимание на наличие «phantomных ощущений», «мокрых следов», прилива тепла при контакте «земля» - таким образом мы стали в безопасном режиме возвращать контакт с телом – это особенно важно для диабетика, замученного сильными болями – пациент попал на первый уровень танатотерапии. Ощущения были приятные и вызывали интерес.

Следующим шагом стал расспрос про сны – я просто не знал уже, как узнать, что происходит в эмоциональной сфере. Пациент с удивлением обнаружил (а я вместе с ним), что страшные сны (обычно катастрофы – ядерные взрывы, вулканические извержения в родной деревне), раньше часто снившиеся, из-за которых пациент просыпался в шоке, после начала терапии перестали сниться – можно предположить, что это вытесненная тема смерти отца. Так же на одной из сессий я услышал о сне про рыбалку – пациент поехал на рыбалку, а на месте обнаружил, что забыл свои «навороченные» удочки и пользовался чужими простыми. Основное переживание оставшееся после сна – неудовлетворенность, разочарование. Другие сны тоже отличались заполнением такими переживаниями. Здесь я выстроил еще гипотезу – фрустрация потребности в заботе и любви (вследствии ранней смерти отца) – выраженная суицидальность по Шнейдману и Хиллману – нарастание и накопление стресса – замена потребности в заботе и любви перееданием и алкоголем – диабет 2 типа. О наличии суицидальной направленности косвенно может говорить тот факт, что в институте, пациент занимался парашютными прыжками – совершил больше 180 прыжков, получено звание мастера спорта, там же познакомился с женой. В армии много времени провел на дежурствах в ракетных шахтах – работа далекая от витальности. Однако я понимаю, что эти соображения могут быть «притянуты за уши».

Затем на 9 сессии, я попросил клиента, в ходе сеанса находится со мной в контакте и при этом позволить мыслям, ощущениям, эмоциям просто быть (до этого пациент как и многие другие стремился следить за происходящим). Тут после сессии я увидел первый раз сильные эмоции пациента – пациент взволновано сообщил: «Ты пропал, я знаю, что ты в комнате, но ты расплываешься, превращаешься в тень, в облачко, но при этом есть ощущение контакта на теле, прикосновений. Ты где?» – последний вопрос был задан, глядя мне прямо в глаза. И похоже я попал в контрперенос, потому что покрылся потом, и понял, что ему не хватает моего контакта, просто открытого общения с сыном. Много было такого рода открытий во время исследований. Наверно, параллельно исследованию был еще контекст восстановления контакта между сыном и отцом.

На следующей сессии ситуация с моим пропаданием повторилась. Но не вызывала отрицательных чувств – а вызывала интерес, удивить пациента мне удалось.

В итоге все равно я работал с опорами. Последовательность предъявляемых опор на нижние конечности вызывала сильную активизацию, поэтому я использовал телесную гомеопатию на стопы, заземление стоп, а остальные приемы по ситуации и необходимости.

На первой сессии был сильный рост сахара, который меня испугал, я не знал хватит ли у меня квалификации работать с диабетом 2 типа, но все таки решил продолжить.

На шестой сессии на единицу упал сахар и выросло сильно давление – я поставил в вертикальное положение правую руку и левую ногу клиента на 30 секунд, началась активизация и аккуратно их опустил, шли какие то процессы, о которых пациент ничего не сообщил. Но невербально дал понять свое отношение – ушел, не убрав растяяное на полу одеяло и закрыв за собой дверь, оставил меня в комнате, чего раньше не делал (я опять попал в контрперенос – оставленный ребенок в закрытой комнате) – это максимум агрессии, которую он себе позволил за три месяца работы. Больше в холодную зону конечности я неставил.

Вообще такое замечание по работе - там где сахар падал сильно(выделено жирным шрифтом) – видно было, что клиент взволнован и проходит процессы, жаль, что выяснить, что именно происходило, не получилось.

3. Динамика изменений телесного состояния

Изменения начались сразу после первой сессии. Хоть после сессии клиент вскочил как ужаленный с высоким сахаром, первые три дня у него был прекрасный сон, с легким пробуждением. Затем динамика быстро усиливалась. Появилось больше сил, боли уменьшились, апатия уменьшилась, сахар стабилизировался, не прыгал за границы нормы(как это было раньше), а это придало уверенности и хорошего настроения. К 10й сессии пациент уже ни чем не напоминал человека, которому сложно поднять руку и которого после сна «мертвое» тело.

VII. Контроль результатов по истечении месяца после завершения работы

1. Уровень сахара находится в норме, не «прыгает»
2. Стабильное хорошее физическое состояние
3. Кошмарные сны отсутствуют
4. Снизился уровень раздраженности и агрессии по мелочам
5. Пациент выразил желание продолжить терапию
6. При сравнении медикаментозной терапии и танатотерапии сообщил, что танатотерапия менее эффективна на субъективный взгляд, но более экологична. И возможно, если бы курс был больше по количеству, то и эффект был бы лучше.

VIII. Заключение

1. Главный вывод какой я сделал в ходе работы : с точки зрения медицины танатотерапия приводит с созданию условий (тело чувствует заботу, уход) для возможности принять и усвоить клетками сахар – таблица это показывает; сахар падает в крови после сессии – расходуется для каких – то нужд, можно предположить, что для восстановительных процессов – тело то лежит, а не бежит, мышцы в покое сахар не употребляют. Сахар приходит в норму.
2. В гипотезе психосоматики – танатотерапия создает условия для возможности принятия любви телом, при этом механизм подмены потребности в любви на поглощение пищи – перестает быть нужным.
3. Танатотерапия восстанавливает автономию тела в сфере регулирования обмена углеводов, возвращает контакт между сознанием и телом, показывает, что это безопасно и приятно.
4. Вернув себе контакт с телом и баланс углеводного обмена, пациент приобретает дополнительную опорность, уверенность в себе и в будущем, что очень важно, т.к. депрессия сопутствует диабету, и необходимо наличие сильных опор.
5. В данном случае, еще есть эффект улучшения детско-родительских отношений.

Танатотерапия может использоваться на любых этапах лечения диабета 2 типа.

IX. Список используемой литературы

1. Баскаков В.Ю., «Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение», 2006 г.
2. Газарова Е., «Танатотерапия: система и метод».
3. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение

4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога

5.11. Евтушенко М.А. Использование метода танатотерапии при работе с клиентами, страдающими нейродермитом (Дипломная работа Москва, 2011)

Содержание

Введение

Глава 1. Теоретический обзор

1.1. Нейродермит как психосоматическое заболевание

1.2. Особенности нейродермита как кожного заболевания

1.3. Танатотерапия как психотерапевтический метод

Глава 2. Практическая часть

2.1. Постановка проблемы

2.2. Описание случаев

Выводы

Список литературы

Введение

В настоящее время все более актуальной становится проблема профилактики и лечения психосоматических заболеваний. По данным E.Stromgren и V.Lunn пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями, составляют примерно одну пятую часть от всех лиц, обращающихся за медицинской помощью, а врачи тратят на этих пациентов около половины своего рабочего времени. При этом зачастую снять остроту и тяжесть симптоматики людей с такого рода заболеваниями можно, используя психологические методы. Это вытекает из понимания механизмов развития психосоматических заболеваний.

Наряду с предрасположенностью к такого рода заболеваниям, значимое место в их образовании занимает психический конфликт, который, оставаясь нерешенным, систематически вызывает определенного рода эмоции, приводящие к определенному сдвигу в телесном функционировании (Фр.Александер, 2006). Важно учитывать также, что те симптомы, которые возникают содержательно и структурно зависят от характера и хода социализации конкретного человека, зачастую имея знаково-символический характер, и вписан в контекст межличностных отношений (В.В. Николаева, 2009). Таким образом, если справедливо влияние психического на телесные симптомы, то также имеет место быть и обратная связь – тела на психику.

В связи с этим, по-нашему мнению, при работе с психосоматическими больными эффективными могут оказаться именно телесно-ориентированные методы, в частности метод танатотерапии. Техники этого метода приводят к максимальному расслаблению тела, в результате чего тело (и даже чувства) клиента «заземляется», активизируются процессы поглощения энергии. Все это приводит к отсутствию необходимости привычных паттернов и защит, а значит и привычному телесному реагированию на проблему.

Анализ того, что происходит в процессе такой работы, мы на примере больных нейродермитом. Нейродермит, как известно, является психосоматическим заболеванием, которое не только впервые возникает, как правило, после сложной для человека ситуации, вызвавшей серьезные переживания, но и характеризуется рецидивирующем течением и наличием осложнений при невозможности исключить (или хотя бы облегчить) психический фактор.

Таким образом, целью данной работы является, с одной стороны, изучение психологических факторов, влияющие на симптомообразование при нейродермите, а с другой, воздействие на эти факторы методом танатотерапии для минимизации их влияния.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

1.1. Нейродермит как психосоматическое заболевание

Нейродермит (от лат. *neuro* — нерв и греч. *dérmata* — кожа) представляет собой нейро-аллергическое заболевание кожи, первым и ведущим симптомом которого является зуд, видимые клинические проявления на коже развиваются позже. *Нейродермит* подразделяют на ограниченный и диффузный (рассеянный, разлитой).

При ограниченном *Нейродермите* процесс обычно локализуется на лице, заднебоковой поверхности шеи, локтевых сгибах, подколенных впадинах, внутренней поверхности бёдер, половых органах, анальной области. Очаги поражения имеют овальные очертания с нерезкими границами и незначительными явлениями воспаления. Кожа в очагах уплотнённая, рисунок её подчёркнут, видны отдельные узелковые высыпания, отрубевидного характера чешуйки, расчёсы, кровянистые корочки.

У больных диффузным *нейродермитом* процесс более распространён, очаги поражения синюшно-красного цвета, уплотнены, вокруг — единичные узелковые элементы. Иногда обнаруживаются сочные чешуйки и корочки — так называемая экссудативная форма *нейродермита*. На местах бывших высыпаний может длительно сохраняться бурая пигментация (Скрипкин Ю.А., 1967).

Нейродермит является классическим психосоматическим заболеванием, и вместе с таким заболеваниями, как бронхиальная астма, сахарный диабет, ревматоидный артрит, язвенный колит, язвенная болезнь 12-перстной кишки и эссенциальная гипертония, составляет так называемую «святую семерку» («*holy seven*»), к которой относят болезни, роль психологических факторов в возникновении которых считается доказанной (Менделевич, 2008). В связи с этим вначале интересно остановиться на особенностях психосоматических заболеваний как таковых, а затем перейти к анализу собственно *нейродермита*.

Психосоматическое направление, которое охватывает все больший круг явлений как в медицине, так и психологии становится все более популярным. Психосоматический подход позволяет рассматривать человека в единстве психической и телесной сферы. Все чаще в возникновении различных психосоматических заболеваний исследователи пытаются выявить различные психосоматические составляющие. Даже в обыденном сознании уже достаточно укоренилось представление о различных последствиях стресса. Это подтверждается популярной поговоркой, что «все болезни от нервов». Актуальность данного направления оказывается неоспоримой при упоминании данных E. Stromgren и V. Lunn, которые обнаружили, что не менее 30% больных, обращающихся с

соматическими жалобами в поликлиники и стационары, имеют невротические симптомы, а 22% лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 50% рабочего времени врача.

Психосоматическими расстройствами принято считать симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс, а также способами переработки внутриличностного конфликта (Менделевич В.Д., 2008). Здесь надо сказать, что вообще реакцией личности на стресс могут быть, как невротические расстройства, при которых преобладают психологические и психопатологические проявления, так и психосоматические расстройства, проявляющиеся, в первую очередь, соматическими изменениями. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: психический и соматический. При этом первый способ (невротический) может проявляться как в условиях острого, так и в условиях хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса.

Важно отметить, что тесная связь телесных и психических явлений может выражаться как в негативном, так и в позитивном влиянии одной сферы на другую. Эта связь обнаруживает себя наиболее отчётливо в ситуациях повышенной субъективной значимости, в состояниях чрезмерной эмоциональной «заряженности» субъекта. Независимо от знака эмоции, такая связь либо фиксирует субъективный опыт, создавая возможности оптимальной ориентации в будущем; либо снижает субъективную травматичность переживаемых ситуаций, позволяя человеку адаптироваться к ним и даже успешно преодолевать их. Возникающие при этом отклонения становятся почвой для образования болезненных симптомов.

Термин «психосоматика» впервые был применен И. Хайнротом в 1818, а в 1828 году К. Якоби впервые использовал родственное понятие «соматопсихика», но в врачебный лексикон понятие «психосоматическая медицина» было введено лишь столетие спустя.

К числу научных концепций, оказавших существенное влияние на развитие психосоматической медицины, принадлежат теория нервизма И. М. Сеченова, психофизиологическое учение И. П. Павлова, психосоматическая теория З.Фрейда, а также теория стресса Г.Селье. Прогресс исследований в этой области связан с именами Ф.Александера (1932), последовательно развивавшего представления о психогенезе соматической патологии в серии работ, посвященных роли психических факторов при

хронических соматических заболеваниях, Ф.Данбер (1935), в одном из первых руководств по психосоматической медицине постулировавшей целостный (холистический) подход к больному как к психофизическому единству, И.Вольф — автора монографии «Стресс и болезнь» (1953) и одного из основоположников психофизического направления в психосоматической медицине.

Большой вклад в изучение психосоматических соотношений при психической и соматической патологии принадлежит отечественным авторам. Благодаря исследованиям В. М. Бехтерева (1928), выдвинувшего концепцию соматофрении, и В. А. Гиляровского (1949), развивавшего представление о катестетических механизмах, участвующих в формировании психопатологических образований ипохондрического круга, была уточнена роль патологии вегетативной нервной системы и нарушений интроверсии, лежащих в их основе. Особое внимание анализу взаимоотношений между функциональным и органическим в структуре психических расстройств при соматических заболеваниях уделяется в работах К. А. Скворцова (1961, 1964), посвященных соматогениям. Совокупность переживаний, возникающих в связи с телесным заболеванием («сознание и чувство болезни» по Краснушкину Е. К., 1950), Р. А. Лурия (1935) рассматривает на двух уровнях: сенситивном (комплекс возникающих в связи с болезнью ощущений) и интеллектуальном (представления больного, отражающие его реакцию на болезнь). Его концепция внутренней картины болезни (Лурия Р. А., 1935), расширяющая понимание психосоматических соотношений, была дополнена серией работ В.В.Николаевой, показавшей, что в структуру внутренней картины болезни помимо выделенных Р.А. Лурией, входят также мотивационный и смысловой уровни.

Такое развитие психосоматического направления в недрах медицины определило, прежде всего, соответствующий круг клинических феноменов, т. е. те расстройства или заболевания, в генезисе и динамике которых существенную роль играют психологические факторы. В центре внимания исследователей-клиницистов оказались: психогенные конверсионные расстройства; психовегетативные нарушения в структуре неврозов и маскированных депрессий; заболевания психосоматической специфичности; вторичные психогенные нарушения телесных функций у больных с хроническими соматическими заболеваниями, а также изменения психики, отягощающие течение основного (соматического) заболевания.

Включенность психосоматической проблематики в логику развития общемедицинского знания привела к тому, что в настоящее время термин «психосоматика» оказался целиком и полностью отнесенным к области патологии, а само

обращение к этому понятию стало рассматриваться как однозначное указание на наличие патологических явлений в соматической сфере человека, связанных с воздействием патогенных психологических факторов. При таком подходе за рамками научного анализа оказалась обширная область психосоматических проявлений в норме (Смулевич, 1997).

При классификации психосоматических феноменов среди них выделяют нормальные и патологические. Первые представляют собой выраженные в поведении человека признаки взаимосвязи телесного и психического, возникающие в эмоциогенных ситуациях и характерные для состояний аффекта и эмоционального стресса. Обширная психологическая и медицинская литература содержит богатые описания этих феноменов. Вторые – патологические – составляют сферу исследований психосоматического направления в медицине. Они могут быть классифицированы, в свою очередь, на основании преимущественной выраженности в них психического или соматического компонентов.

Патологические феномены – разнообразны, однако, несмотря на такое многообразие, состояния этого круга объединяет общий признак: перекрывание расстройств психической и соматической сферы. Объединяет контингент лиц с психосоматическими нарушениями и особенности медицинского обслуживания, в котором они нуждаются – независимо от особенностей психических проявлений лечебная помощь в этих случаях предполагает тесное взаимодействие психиатров, психологов и врачей-специалистов, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках.

При том, что общепринятая систематика психосоматических расстройств, включающих широкий круг болезненных нарушений различного генеза и нозологической принадлежности, отсутствует, в пределах патологии этого круга может быть выделено четыре группы состояний, отражающих различную структуру психосоматических соотношений (Смулевич, 1997).

1. Соматизированные психические реакции или соматоформные расстройства, формирующиеся без участия соматической патологии в рамках образований невротического либо конституционального регистров (неврозы, невропатии).
2. Психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.
3. Реакция экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности (реализуемого на патогенетической основе) и относящиеся к категории симптоматических психозов.

4. Реакции по типу симптоматической лабильности — психогенно провоцированная, связанная с констелляцией социальных и ситуационных факторов манифестация либо экзацербация проявлений соматического заболевания. Реакции рассматриваемой группы формируются при участии конституционального предрасположения (алекситимического, «коронарного» и др. типов) в результате взаимодействия психической (тревожное, депрессивное, дисфорическое, конверсионное, астеническое и др. расстройства) и соматической патологии, сопровождающегося образованием общих симптомокомплексов. Рассматриваются в рамках психосоматических заболеваний (в традиционном, «узком» понимании этого термина) — гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифические язвенные колиты, аллергические реакции, эндокринные заболевания.

Таким образом, психосоматические явления, которые связывают между собой психические и телесные составляющие могут быть обнаружены в разных разделах медицины. Так, современные учебники по психосоматике (Александер Ф., 2006; Брайтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999; Люббан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерак-Хофман, 2000) обязательно содержат разделы, посвященные болезням органов дыхания, сердечно-сосудистым заболеваниям, желудочно-кишечным, эндокринным и, конечно, кожным заболеваниям.

1.2. Особенности нейродермита как кожного заболевания

Как было сказано выше, нейродермит относится к заболеваниям кожи хронического характера. Наша кожа имеет разнообразные функции, обеспечивающие нам нормальную жизнедеятельность. Так, она участвует в отдаче тепла и жидкости, является органом осязания, восприятия тепла, холода и боли. Кроме того, кожа выполняет защитную функцию. Наряду с физиологическими функциями можно видеть её психологическое значение: кожа лица и тела для окружающих является органом выражения и представления. По состоянию кожи можно представить внутреннее состояние другого человека. При этом кожа — орган контакта с другими людьми: нежное прикосновение и боль, сексуальное возбуждение, жестокое обращение в первую очередь испытывает кожа человека.

Важно также отметить, что кожа человека — это средство выражения острых эмоциональных побуждений, типичных форм поведения и хронических душевных нагрузок, что подтверждено физиологическими экспериментами. Наш обиходный язык

имеет много выражений, указывающих на это: краснеют от стыда, бледнеют от испуга, потеют от страха; волосы встают дыбом от испуга, при ужасе появляется “гусиная кожа”; один человек имеет тонкую, другой – толстую кожу; можно “лезть из кожи”; не желать побывать в чьей-то шкуре (т.е. коже) и т.д.

Самой обычной реакцией организма на однократный эмоциональный разряд или патологическое аффективное состояние является локальное или диффузное потоотделение. Часто оно возникает под влиянием эмоционального стресса как своеобразное отражение определенных душевных переживаний (страх, тревога, беспокойство, волнение, огорчение).

Дermatologам уже давно известна роль эмоционального стресса в развитии многих кожных заболеваний. Л. Кирн (1878 г.) одним из первых обратил внимание на проявления зуда и крапивницы у многих больных циркулярными расстройствами настроения и высказал весьма прогрессивную мысль о том, что кожные симптомы, как и психические, служат проявлением одного и того же захватывающего весь организм психосоматического страдания. Уже Т. Сиденхем, который в 1681 г. описал ангионевротический отек, оценил его как истерическое проявление. Розовые угри в 1726 г. D. Turner объяснял как результат горя, которое пережила женщина после смерти своего мужа. В 1891 г. французские дерматологи L. Brocq и L. Jacquet установили связь хронической экземы с психической переработкой и поэтому дали этой экземе название «нейродермит». Тяжелый эмоциональный стресс лежит в основе хронической крапивницы примерно у 60—70% таких больных и чуть ли не у каждого такого больного с плоским лишаем (Б. Д. Тополянский). Несомненная депрессия с аутоагрессией диагностируется у 66% из 200 больных нейродермитом (Елисеев, 2003).

Итак, нейродермит действительно является психосоматическим заболеванием, связанным с изменениями на коже. Заболевание часто развивается в сочетании с другими аллергическими заболеваниями, прежде всего с вазомоторным ринитом, крапивницей и бронхиальной астмой. Заболевание субъективно проявляется зудом, причем из-за расчёсов и растирания возникают экскориации, а также утолщение кожи (обычно вскоре появляются ромбовидное, мозаичное изменение утолщённой кожи). Поражаются преимущественно лицо, шея, локти и колени, кисти и суставы рук. С течением времени больные начинают чесать и тереть кожу без наличия выраженных изменений кожи.

Кроме того, важно отметить симметричную локализацию кожных высыпаний, располагающихся порой по ходу нервных стволов. Эти симптомы говорят о наличии явной вегетативной дисфункции, что подтверждается также неадекватностью или извращенностью рефлекторных реакций кожи на экзогенные раздражители (например,

расширение мелких сосудов кожи вместо их сокращения под влиянием охлаждения либо, наоборот, сужение под воздействием тепла). Именно выраженная вегетативная дисфункция центрального происхождения создает в конечном счете определенные биохимические предпосылки для относительно стойких ангиотрофических нарушений кожных покровов.

По мере устранения дисфункции высших интегративных центров состояние кожных покровов заметно улучшается. Отличительной особенностью патологического процесса психогенного характера оказывается при этом отсутствие глубоких нарушений или изъязвлений кожи с последующим ее рубцеванием, даже при длительном (иногда многолетнем) течении заболевания.

О психовегетативной природе кожного страдания заставляет думать и выявляемая при целенаправленном опросе полиморфность клинической картины, включающей в себя, как правило, и другие функциональные соматические расстройства. Почти у всех больных с кожными проявлениями при аффективных расстройствах возникают кардиалгии и приступы сердцебиений в покое. С явными расстройствами в коже сочетаются нередко головная боль типа мигрени и периодические головокружения; у значительного числа больных в дерматологической клинике констатируют сочетание кожных изменений с функциональными расстройствами пищеварительной системы.

Болезнь поражает людей всех возрастов, болеют даже грудные дети второго полугодия жизни. При массовых исследованиях установлено, что городское население поражается больше, чем сельское. Среди пациентов психосоматической поликлиники больные с нейродермитами составляют 1,2% (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999).

Говоря о причинах нейродермита, важно отметить, что предрасположенность к кожным заболеваниям нельзя объяснить только наследственностью или только внешними влияниями, имевшими место в детстве или отрочестве, что характерно для основных психосоматических заболеваний. Пусковым механизмом развития или обострения кожных заболеваний под воздействием эмоциональных и аффективных факторов становятся такие события, как смерть близкого человека, несчастный случай, серьезные неудачи в служебной или общественной деятельности, семейные конфликты, привлечение к судебной ответственности, нравственные потрясения (Елисеев, 2003).

Помимо явной, подчас хронологической связи между воздействием эмоционального стресса и развитием или рецидивом кожного страдания, выявляется нередко четкий параллелизм между тяжестью течения нейродермита и выраженностью функциональных расстройств высшей нервной деятельности. Возникновение или обострение кожного патологического процесса оказывается порой наиболее наглядным

или даже первым признаком ухудшения психологического состояния больного (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999).

О неспецифической природе многих дерматологических синдромов говорит также и полиэтиологический характер последних. Клиническая картина перенесенной некогда патологической реакции воспроизводится под влиянием самых различных, и прежде всего, — психотравмирующих факторов. Любая кожная реакция, сформировавшаяся в условиях стрессовой ситуации в виде преходящего функционального нарушения, может наблюдаться и в дальнейшем в форме стереотипно повторяющихся патологических расстройств с определенными вазомоторными, секреторными и трофическими изменениями кожных покровов. Непосредственной причиной возникновения или обострения кожного страдания становятся при этом разные неблагоприятные для организма неспецифические воздействия: переутомление, физическая травма, переохлаждение или перегревание, нарушение установившегося стереотипа жизни, конфликтные ситуации различного характера и другие (Елисеев Ю.Ю., 2003)

Рецидивы патологического процесса (обычно на тех же участках кожного покрова) развиваются у этих больных по механизму оживления «следов», даже после многолетней и практически полной ремиссии.

Приступы нейродермита часто возникают при проблемах в партнёрских отношениях, разлуке или появлении лиц, которые имеют большую эмоциональную притягательность для больных. Нередко обнаруживаются переживания и проявления сильных аффектов, ожиданий, желания близости, сексуальности и её фruстрации вследствие собственной амбивалентности или отказа партнёра. При этих конфликтах, связанных с ситуацией сближения, во многих описаниях подчёркивается роль собственной телесности, желания и удовлетворения, возможности показать и представить себя в телесном облике (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999).

При анализе анамнезов пациентов с нейродермитом оказалось, что в детском возрасте им были характерны нарушения отношений в диаде мать-дитя. Часты упоминания о строгих, холодных, малоэмоциональных материах. В то же время В. Бройтигам настаивает на том, что для матерей детей с нейродермитом характерны переживания виновности из-за болезни ребёнка. Матери тяжело переживают наличие нейродермита у своих детей, но не только потому, что те эстетически малопривлекательны — матери вынуждены сделать вывод, что исполненные любви жесты причиняют ребёнку боль. Это наблюдение показывает, что при этом заболевании не просто постулируется связь между неправильным поведением матери и развитием нейродермита у ребёнка (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999).

Характеризуя личность таких больных, отдельные авторы описывают такие черты, как пассивность, сложности в самоутверждении (Менделевич В.Д., 2008). Другие указывают, что единообразной структуры характера у больных нейродермитом нет, но в связи с описанной выше склонностью к резкому аффективному отходу и сближению среди таких больных около половины характеризуются шизоидными невротическими чертами, тогда как в общей выборке процент подобных людей равен 16% (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999). Такое соотношение может объясняться тем, что наличие кожного заболевания, заметного для окружающих, у многих больных нейродермитом вызывает чувство неловкости и лишает уверенности в себе, осложняя тем самым межличностные отношения и, в целом, социальную жизнь этих больных. Помимо этого, кожный зуд, возникающий при нейродермите и протекающий приступообразно годами или даже десятилетиями, из-за доставляемого им беспокойства представляет чрезвычайную нагрузку, накладывая свой отпечаток на психические особенности больных.

Таким образом, в плане психосоматических связей при возникновении нейродермита, с одной стороны, учитываются факторы предрасположенности, а с другой – психические трудности и конфликты, вызывающие манифестацию симптомов. Предрасположенность к этому кожному заболеванию нельзя объяснить только наследственностью или только внешними влияниями, имевшими место в детстве или отрочестве, что характерно для основных психосоматических заболеваний. Как и всегда при психосоматическом подходе, необходима индивидуальная диагностика с учетом ситуации, вызывающей заболевание, и личностного фона при этих, столь различных нарушениях.

Лечение больных нейродермитом с его хроническим, часто приступообразным течением представляет для врачей трудную задачу, которая должна рассматриваться и с психосоматических позиций. Независимо от удельного веса психосоматических факторов в этиологии этого заболевания психическая его переработка является задачей, которая требует внимания и понимания со стороны врачей и медицинских сестёр. Аффективно живые и противоречиво реагирующие пациенты, которые нередко встречаются среди больных нейродермитом, нуждаются в готовом к трудностям и выдержанном враче, который стойко, не проявляя недовольства и не упрекая, переносит и отлучки своего пациента, и пренебрежение предписаниями, и консультации у других врачей и целителей,

У значительного числа больных нейродермитом имеются показания к раскрывающему психотерапевтическому лечению. Однако при этом больные обнаруживают эффективность, не терпят ожидания, быстро переходят от близости к

отчуждению, пытаются сами определять ритм лечения, что сказывается на длительности лечения. Хорошие возможности может создать аналитическая групповая психотерапия, особенно у маломотивированных пациентов, затрудняющихся вербализировать свои проблемы (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999). В то же время, раз мы имеем дело с психосоматическим расстройством, то эффективной может быть попытка способствовать решению психического конфликта через соматический компонент путем применения телесно-ориентированных методов. Одним из таких методов является танатотерапия, эффективность в отношении психосоматических расстройств была показана в работах Е.Газаровой, А.Трушкина, М.Кукулиевой. Но для понимания механизма целительной силы этого психотерапевтического метода необходимо более подробно рассмотреть его суть, базовые приемы и особенности их реализации.

1.3. Танатотерапия как психотерапевтический метод

Танатотерапия представляет собой психотерапевтический метод, разработанный российским психологом В.Баскаковым и включающий в себя телесно-ориентированные техники, направленные на оказание специфической помощи в установлении (или восстановлении утраченного) контакта человека с процессами смерти и умирания (Баскаков В.Ю., 1995). Название происходит от греч. Thanatos - смерть и therapia - лечение, уход, забота (акцент делается на двух последних значениях). Но это не "лечение смертью", а скорее, наоборот — "лечение жизнью" через внешние признаки смерти. Внешний вид тела пациента/клиента ассоциируется с телом только что умершего человека (неподвижное, расслабленное, тяжелое), но в то же время в его глубинах активизируются базовые биологические, а значит, жизнеутверждающие процессы (Газарова Е., 2008).

В основе метода танатотерапии лежат целительные биологические реакции. Эти реакции организуют и корректируют общий энергобаланс, запуская процессы саморегуляции. Условия для их проявления возникают благодаря всей обстановке работы с клиентом (пациентом), характеру приемов и особому подходу ("body—tuning" — "настраивание" разбалансированной внутренней реальности через "настраивание" тела). В танатотерапии, в отличие от многих других методов телесной психотерапии, исключается так называемое отреагирование (эмоций, чувств). Этот подход имеет концептуальный характер и обеспечивает более полное понимание взаимосвязи событий в индивидуальной истории жизни, моделируя реальную смерть, причем редкий ее вид — так называемую правильную смерть. В основе такой модели — тотальное расслабление. Тело человека, умирающего правильной смертью, характеризуется рядом специфических параметров.

Его чувства спокойны, он иногда даже радостен. Его тело максимально расслабляется, дыхание становится поверхностным, замедленным, руки раскрываются, разворачиваются и ложатся ладонями вверх, ступни ног раскрываются и сами ноги распадаются, нижняя челюсть отпадает вниз, глаза приоткрываются (Баскаков В.Ю., 2007). Отдельные техники танатотерапии нацелены как раз на подобное расслабление клиента.

Все вышеперечисленное приводит к снятию психического напряжения, максимальному обездвижению и тотальному расслаблению тела (основательное "заземление"), чем создаются условия для безопасной (не разрушающей) встречи—контакта с причинами страха смерти. Эти же условия способствуют постепенной трансформации болезненных переживаний и представлений. В состоянии такого тотального расслабления тело с виду напоминает тело человека, умершего естественной, "правильной" — природообразной — смертью (на лице появляется выражение полного спокойствия, само тело становится "объектным", обездвиженным, выражено расслабленным, очень тяжелым). Поэтому танатотерапевтический процесс можно считать моделированием процесса "правильного умирания", которое позволяет обнаружить причины страха смерти (или его разновидности). Как правило, эти причины находятся не в плоскости смерти, но в плоскости жизни (Газарова Е., 2008).

Такое моделирование реальной смерти возможно, благодаря ее символическому представлению. В танатотерапии видами-символами смерти выступают тотальное расслабление, сон, любое окончание/завершение/остановка, оргазм, сумасшествие, объектные/предметные характеристики тела (Баскаков В.Ю., 2007).

Тотальное расслабление как смерть. Максимальное расслабление происходит именно в первые минуты, сверхконтроль сознания покидает тело, и последнее становится объектом/предметом. Поэтому многие техники релаксации в качестве идеального, т.е. максимально расслабленного объекта используют образ тела умершего человека. Мертвое тело занимает ряд важных для тотального расслабления позиций: руки и ноги полностью раскрываются, отпадает нижняя челюсть, глаза приоткрываются. Важно отметить, что totally расслабленное тело лежащего на спине человека холодаеет, и похолодание, например, его конечностей, - надежный индикатор движения в сторону тотального расслабления.

Сон как смерть. Механизмы сновидений и танатотерапии аналогичны: в момент расслабления во сне происходит активизация целительных бессознательных структур, активизация энергии, которая не приводит к привычному ее подавлению и удержанию или, наоборот, отреагированию, а позволяет максимально полно ее принять, "впитать" ("заземлить"). Это способствует ее разблокированию и гармонизации.

Окончание, завершение, остановка как смерть. В архаических и ряде современных культур любой возрастной переход (взросление мальчиков и девочек: изменение гормональных циклов), взлеты и падения в статусе взрослых людей обычно инициируются через смерть, что смягчает (демптирует), устраниет временной разрыв.

Оргазм как смерть. Оргазм традиционно рассматривается на Востоке как "маленькая смерть". В момент оргазма человек испытывает колоссальной силы чувства, а это - своеобразный энергетический взрыв. Это возможно только в силу потери контроля сознания, сопровождающегося страхом потери собственного Я /Self/Эго. Только в этом случае человек способен отпустить мощные телесные импульсы. В этом проявляется механизм "заземления" энергии чувств.

Сумасшествие как смерть. Этот вид смерти вытекает из перехода психически здорового человека в психически больного, что является собой смерть прошлой личности (сущности, Self, Эго и др.). Это напрямую связано с потерей контроля со стороны сознания и проявляющимся страхом. Чувства и контроль связаны между собой. Мы теряем контроль ("срываемся") тогда, когда "нас доведут", т.е. когда сила чувств будет избыточна. Культура и социум стоят на охране принятых в данной культуре и социуме законов (некультурно проявлять чувства и терять контроль), приводя к "замораживанию" чувств.

Объектность и предметность тела. Техники танатотерапии предполагают пассивность клиента при манипулировании терапевта с их телом и его отдельными частями. Когда человек лежит расслабленным на полу и кто-то приступает к работе с отдельными частями его тела, - то всему телу человека и его отдельным частям предъявляется особая ситуация взаимодействия, описываемая как субъект (тот, кто работает) - объект (тело в целом и отдельные его части). Но объектом в таком плане человек становится только после смерти, что вызывает напряжение, возникающее в теле и отдельных его частях. Далее клиент направляет на те части тела, которыми манипулируют, контроль, что ведет к активности частей тела в тот момент, когда с ними начинают работать. Человек не способен быть пассивным, т.к. это характеристика мертвого тела.

Таким образом, танатотерапия использует модели перечисленных выше видов смерти для достижения особо эффекта, а именно неузнанность реальной смерти для человека является залогом безопасности его контакта с этой реальностью.

Говоря об особенностях танатотерапии также важно подчеркнуть, что здесь умирание рассматривается как процесс, состоящий из двух стадий: своеобразной "вялотекущей" и "активного умирания", соответственно - "санации" и "терминации".

Оказывая помощь умирающему важно ориентироваться в этих стадиях и выбирать приемы и средства, адекватные самой стадии. Для стадии "санации" - санирующие приемы, для "терминации" - приемы термирующие. Неадекватность применения приемов не является помощью, а приводит к насилию над человеком, подрывает его ресурс.

Особенность применения отдельных приемов танатотерапии (таких как "опускание нижней челюсти", разные способы "заземления" на различные части тела; в отдельных случаях - применение четырех базовых приемов танатотерапии) заключается в том, что они сами "настраивают" стадии умирания, и в этом смысле являются всегда адекватны этим стадиям ("санации" и "терминации"). Если умирающий находится на стадии "санации", он, с их помощью, выздоравливает; если он находится на стадии "терминации", - умирает. В последнем случае его смерть является правильной и легкой (Баскаков В.Ю., 2007).

В основе всех человеческих проблем и болезней танатотерапия рассматривает четыре базовые проблемы (Баскаков В., 1998) и соответствующие им части тела: контроль/сверхконтроль со стороны сознания (голова), чувства/контакты (руки, грудная клетка), сильные чувства/сексуальные отношения (паховая область), опоры (ноги). Человеческое, окультуренное и цивилизованное ("социальное"), тело не способно впитать, "заземлить", такое количество энергии, которое связано с переживанием смерти. Это порождает проблему сверхконтроля сознания над чувствами и проявлением телесных импульсов. В процессе работы тело клиента totally "заземляется", контроль отступает и отпускает чувства. Чувства (энергия чувств) запускает механизм поглощения ("абсорбирования") энергии. Поглощение способствует дальнейшему "заземлению" и т.д. Привычные паттерны, блоки и защиты становятся ненужными, утрачивают смысл и значение.

То есть в танатотерапии работают с негативным опытом и болезненными переживаниями не путем отреагирования (отвержение), а путем абсорбции и интеграции (принятие и осознание смысла). Создаются условия для гораздо более полного представления о взаимосвязи и взаимной обусловленности событий и индивидуальных особенностей человека, более адекватной их оценки. Эти условия становятся возможными благодаря отношению танатотерапевтов к самому процессу терапии (уход, забота), особенностям приемов, максимальному расслаблению тела, "заземлению" чувств; это создает условия безопасности и атмосферу доверия, и тогда сверхконтроль сознания постепенно «отпускает» человека, что, как правило, изумляет его, а эмоциональные реакции на актуализированные содержания протекают в "мягком" режиме. Шаг за шагом,

пациент/клиент становится свидетелем «смерти» болезни или проблемы. Параллельно с этим растет его воля и уверенность в собственных силах. Это является конечной целью и задачей танатотерапии: в результате умирания и смерти прежнего качества (проблемы) происходит трансформация личности.

Завершая наш теоретический обзор, вслед за Е. Газаровой обобщим позитивные изменения, возникающие как следствие применения танатотерапии. И здесь нам необходимо совершить разделение этого терапевтического метода на следующие четыре: во-первых, «особая система помощи умирающим», во-вторых, практика развития, имеющая прицельное телесное назначение, в-третьих, исследовательский метод и, наконец, метод телесной психотерапии.

Итак, танатотерапия как «особая система помощи умирающим» помогает:

- расслабить психические и телесные напряжения, вызванные реальным страхом смерти (спазмированное дыхание, мышечные «пути», стремящиеся удержать душу в теле, растерянность и ужас перед неизвестностью «иного»)
- создать анестезирующий эффект;
- сознанию человека существовать как бы «без тела» при еще живущем теле
- успокоить сильные чувства (в том числе, гнев), что зачастую ведет к мирному принятию смерти как неизбежности и облегчает уход в иной мир.

Танатотерапия как практика развития:

- обращает внимание практикующего сразу на все его «составные части»: тело, дух, душу и социальную личность;
- качественно, с минимальными погрешностями, обеспечивает дифференцирование и различие внутренних событий и состояний;
- создает отличные предпосылки для развития гибкости мышления и повышает пластичность тела путем снижения гипер-контроля.

Как исследовательский метод танатотерапия демонстрирует огромные возможности: психическое пространство раскрывает перед нами такие содержания, которые, казалось бы, могут появляться лишь у практикующих «крутые» тибетские или гималайские техники. Из общих закономерностей выявлено: чем больше практика в танатотерапии, тем быстрее и глубже психическое и телесное расслабление, а чем быстрее и глубже расслабление, тем умиротворенное состояние и выше вариативность и гибкость жизненных стратегий и тактик. Кроме того, с приобретенным опытом слой за слоем происходит постижение вглубь не только индивидуального и разных уровней коллективного бессознательного, но и духовного пространства.

Как метод телесной психотерапии танатотерапия заявляет о себе, прежде всего, своей концепцией, обращая внимание на нарушение законов природы и вечных, непрекращающихся ценностей и смыслов. Если подавляющее большинство известных нам видов психотерапии (и их концепции) занимается «социальной личностью» и описывает ее, то танатотерапия занимается человеком и фундаментальными процессами человека, а именно: любовью, жизнью, смертью, рождением. В практическом плане танатотерапия занимается восстановлением справедливости по отношению к такому фундаментальному процессу, как смерть, исправляя, искаженную картину бытия человека (страх смерти, отсутствие контакта с процессами смерти и умирания).

Таким образом, благодаря особой концепции и техникам, танатотерапия как метод позволяет вести работу в безопасном режиме сразу с целым кругом психологических и психосоматических проблем, которые являются одновременно и причиной, и следствием "страха смерти". В результате такой генерализованной и, в то же время, деликатной работы происходит постепенная гармонизация разбалансированных представлений и состояний.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1. Постановка проблемы

Нейродермит, как было показано в теоретическом обзоре, помимо такого фактора в как наследственность, своем развитии несет также и психологические факторы. Так, первые симптомы заболевания возникают, как правило, в очень специфических ситуациях, к которым относят смерть близкого человека, несчастный случай, серьезные неудачи в служебной или общественной деятельности, семейные конфликты, привлечение к судебной ответственности, нравственные потрясения. Качественная оценка таких ситуаций говорит о том, что человек длительное время находился под воздействием эмоциональных и аффективных факторов. Можно сказать, что в таких состояниях человек вряд ли способен аккумулировать энергию, скорее он сбрасывает ее вместе с негативными эмоциями. Для активизации этой энергии возможно использовать метод танатотерапии.

Именно танатотерапия может быть полезна лицам с нейродермитом, поскольку в основе данного метода лежат целительные биологические реакции, которые организуют и корректируют общий энергобаланс, запуская процессы саморегуляции. При этом танатотерапевт создает максимально безопасные условия встречи сознания пациента/клиента с самыми небезопасными содержаниями его психики. Максимально

утверждая принцип невмешательства, «поддержки» лишь ненавязчиво помогают клиенту/пациенту двигаться, практически самостоятельно, в своем «потоке сознания» до момента приближения к содержанию, которое для него настолько опасно, что «смерти подобно» (Газарова Е.). Опираясь на исследования В.Бройтигам и др. (1999), можно предположить, что для пациентов с нейродермитом «смерти подобны» проблемы в близких, зачастую партнерских отношениях, когда ожидания, желания близости, сексуальности сталкиваются с её фрустрацией вследствие собственной амбивалентности или отказа партнёра. При этих конфликтах, связанных с ситуацией сближения, подчёркивается роль собственной телесности, желания и удовлетворения, возможности показать, представить себя в телесном облике (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999). Эти проблемы очень созвучны с темой расставания. А "расставание, как известно, -«маленькая смерть».

В связи с этим мы предполагаем, что танатотерапия может оказаться эффективным инструментом для работы с людьми, страдающими нейродермитом, поскольку главной целью этого метода является оказание специфической помощи в установлении контакта человека с процессами смерти и умирания.

Таким образом, *целью* данной работы является воздействие на психологические факторы, влияющие на симптомообразование при нейродермите, методом танатотерапии для минимизации их влияния.

Объект исследования: женщины зрелого возраста, страдающие нейродермитом.

Предмет исследования:

- психологические факторы, влияющие на развитие и течение нейродермита;
- психотерапевтическое воздействие на клиентов, страдающих нейродермитом.

Гипотеза исследования: установления в процессе танатотерапии контакта человека с процессами смерти и умирания приведет к редуцированию симптоматики нейродермита, поскольку поможет решить основной внутриличностный конфликт клиенток, связанный с невозможностью близости при ее желании, представляющий на символическом уровне «смерть отношений».

В соответствии с целью и гипотезой исследования были поставлены следующие **задачи:**

1. провести теоретический анализ особенностей нейродермита как психосоматического заболевания;
2. провести анализ преимуществ метода танатотерапии при работе с различными клиентами, особенно имеющими психосоматические заболевания;

3. провести курс сеансов танатотерапии с клиентами, страдающими от нейродермита;
4. исходя из теоретического исследования и практической работы сделать соответствующие выводы и заключения.

2.2. Описание случаев

В практической части нашего исследования принимали участие женщины, страдающие нейродермитом, причем несмотря на сильные различия по стажу заболевания, в целом, можно усмотреть довольно сходные черты в динамике симптоматики и последствиях применения танатотерапии. Рассмотрим более подробно эти случаи.

Случай 1. Елена. 45 лет. Разведена. В разводе 15 лет. Имеет двоих взрослых сыновей. Сфера профессиональной деятельности – образование (учитель). Нейродермитом страдает с 25 лет, то есть уже 20 лет наблюдаются симптомы этого заболевания.

По словам Елены, «все началось на нервной почве». В семейной жизни участились случаи скандалов с мужем, одновременно возникло недопонимание со своими родителями. Поскольку молодая семья жила с родителями Елены 6 лет, а супруг не отличался ни тактом, ни уважением, то скандалы в этой семье были нередки. Елене хотелось внимания, нежности со стороны супруга, но от него она получала лишь оскорблений, которые муж мог адресовать не только жене, но и детям. Скандалы и частые разборки касались всех членов семьи: это были выяснения отношений и с родителями, и с мужем, и родителей с мужем между собой, на которые клиентка очень болезненно реагировала: злилась, раздражалась, обижалась, волновалась. Елена все неприятности переносила "в себе".

Первые признаки нейродермита появились после очередного скандала с супругом, когда на нее снова «посыпался град» оскорблений. Елена очень сильно перенервничала во время этого скандала. У нее покраснела кожа, и очень сильно жгло, как будто «крапивой стегали». Место покраснения стало сильно чесаться. Вначале эти симптомы проходили быстро (за 1-2 дня), по мере ее успокоения. Но потом, этот период стал длиннее (от недели до нескольких недель) и сильнее. Переживаний по поводу изменения кожи не было, только раздражал зуд. Елена расчесывала тело до «болячек». Изменения

кожи чаще всего возникали внизу живота, на руках (предплечье), спине, плечах, пояснице, иногда ногах. Елена пила успокоительные, противоаллергенные препараты (начиная с кларитина), и мазала участки тела мазью. Но лекарства перестали помогать. Наверно, пришло привыкание к ним. Симптомы возникали и обострялись обычно после сильного волнения, переутомления.

Далее к существующим симптомам прибавились спазмы при дыхании, сильная сжатая боль в области солнечного сплетения. Спазм в горле возникла, по словам Елены, как при удушье: «вдох не глубокий, а выдох затруднен». Иногда было такое ощущение, что не можешь выдохнуть. Когда появилась проблема с дыханием, Елена научиласьправляться с ней, поскольку в это время (начала с 35 лет) осваивала телесно-ориентированные практики (цигун, йога). Поэтому, когда были приступы спазма дыхания, то в первую очередь, она старалась успокоиться, если не получалось, то пила успокоительные препараты (валерьянку, пустырник, настойку пиона), начинала глубоко дышать: глубокий вдох, глубокий выдох. Это помогало нормализовать дыхание. Как она говорила, «самое главное остановить панику страха удушья».

В настоящее время Елена прошла уже 11 сеансов танатотерапии. С ней велась работа при использовании техник на заземление, расслабление и работа с опорами. Субъективный отчет клиентки указывает на позитивные изменения: «в последнее время стала чувствовать себя лучше», «стала более спокойнее», «увереннее».

В процессе работы оказалось, что упражнения на опоры принесли ей чувства уверенности, спокойствия. После применение техник на расслабление, дыхание Елены стало более глубоким, тело не таким деревяенным, более гибким, податливым.

Беседы с клиенткой показали наличие следующей динамики: после первых сеансов Елена «почувствовала свое тело», очень удивилась, какое оно замороженное. Видимо, контроль был очень сильным. На третьем сеансе в момент, когда мы работали с рукой (правой кистью), у нее появилось ощущение, как будто ей положили руку на область солнечного сплетения (фантом). При этом у Елены было ощущение тяжести, хотелось убрать руку с груди. На пятом сеансе в один момент «произошел такой щелчок внутри и сразу же легче стало дышать». Дыхание стало более глубоким. На последующих сеансах Елена стала замечать, что тело стало «менее деревяенным». Стала постепенно расслабляться. Появилось ощущение, что «внутри что-то отпускает, растекается теплая волна».

В психологическом плане клиентка отмечает наличие состояния спокойствия и даже устойчивости, появление «чувства равновесия», на физическом уровне – «тело перестало быть деревяенным», стало легче дышать.

Случай 2. Татьяна, 35 лет. Замужем. Имеет сына 16 лет. У Татьяны наблюдаются ипохондрические фиксации: она мнительна, постоянно обследуется в медицинских учреждениях, следит за своим питанием, испытывает страх болезни и смерти. Описывает себя как ранимого, сопереживающего чужому горю человека.

Первые симптомы нейродермита появились у Татьяны сравнительно недавно. Приблизительно два года тому назад Татьяна ухаживала за своей близкой подругой, которая умирала от рака. Татьяна в это время не работала и фактически выполняла функции сиделки у подруги, которая в конечном счете умерла на ее руках. Это очень сильно потрясло Татьяну.

Через некоторое время клиентка стала сильно расчесывать тело. В основном это были руки, спина, низ живота, голова. Клиническая картина была достаточно типичная для нейродермита: покраснение кожи и сильный зуд, продолжающиеся по времени 1-2 дня. Потом эти симптомы проходят. Татьяна принимает успокоительные и противоаллергенные препараты (кларитин), использует мази. Кроме того, очень часто у клиентки стали появляться (особенно на лице и шее) по две полоски, похожие на следы, оставшиеся после того, когда поцарапает кошка. Появляется по неизвестной клиентке причине, никак себя не проявляя (не чешутся), а потом через некоторое время исчезают.

Татьяна прошла 5 сеансов по танатотерапии и в настоящее время продолжает ходить на нее. При работе с ней были использованы такие техники, как заземление, работа с опорами, расслабление.

По самоотчету клиентки при расслаблении все тело охватило теплой волной, оно сразу же расслабилось. По всему телу прошла истома. Мысли при этом отключились полностью. Когда давала опоры на ноги, «огонь проходил через ноги по всему телу, поднимаясь к голове». При этом, как говорила Татьяна, мысли путались, а тело опять как бы размякло.

В целом, как и в предыдущем случае, клиентка сообщает, что после сеансов танатотерапии стала более спокойная.

Перейдем к анализу описанных случаев. В первом случае, как мы видели, центральный психологический конфликт вполне соответствовал описанным в литературе конфликтам при нейродермите – желание и невозможность сближения с партнером. Клиентка желала, чтобы супруг был нежен, стал близким человеком, но эти ожидания оказывались фрустрированными – муж был груб, оскорблял Елену. Супруг «умирал» для Елены, «умирал» как родной человек, объект привязанности. Елена страшилась этого,

нервничала, злилась. Страх исчезновения, смерти значимых для клиентки отношений говорит об отсутствии контакта клиентки с процессами смерти и умирания. В результате хронификации подобной ситуации внутриличностный конфликт выразился в телесных симптомах – покраснении и зуде кожи («как будто крапивой стегали»). В дальнейшем присоединился симптом, напоминающий состояние «удушья» (смерти), что говорит об утяжелении симптоматики после развода с мужем («смерть супружеских отношений»).

Во втором случае мы наблюдаем более явный страх умирания, который уже так причудливо, как в предыдущем случае, не прячется за символами. Клиентка прямо говорит, что боится смерти /болезни, которая может принести смерть. А симптомы нейродермита появляются после того, как близкая подруга умирает у нее на руках. Понятно, что здесь могут актуализироваться мысли: «может быть следующая я?» или даже просто обостряться страх небытия. Именно в этих условиях тело начинает отреагировать этот страх путем повреждения кожных покровов (контакта с миром).

Нашу гипотезу об отсутствии у клиенток контакта с процессами смерти и умирания подтверждает не только история жизни и болезни женщин, но и тот эффект, который был достигнут, благодаря применению танатотерапии. Клиентки говорили о расслаблении, о том, что тело стало более чувствительным (а раньше было деревянным, замороженным, не живым), дышать стало легче (это можно рассматривать и как метафору, означающую, что жить стало легче). Интересно также проанализировать ситуацию с наличием фантома при выполнении одной из техник танатотерапии с первой клиенткой. Руки – это наше общение с миром, грудь, область солнечного сплетения часто ассоциируется с жизнью (мы в страхе хватаемся за грудь, прикладываем руки к груди, прося о чем-то). Клиентка желала в своей жизни общения, близости – это для нее жизнь, отсутствие близости – смерть (боль в груди, удушье). В результате негативного опыта отношений (муж, родители) на телесном уровне закрепилась связь, свидетельствующая о том, что контакт с другим – это больно. Мысля символами, можно предположить, что именно поэтому при работе с кистью, тяжестью отозвалась область солнечного сплетения (центр тела, центр жизни).

Возвращаясь к позитивным изменениям, произошедшим с клиентками в процессе применения танатотерапии, важно также отметить, что не только на телесном уровне, но и на психологическом произошли определенные изменения – клиентки сообщали о переживании чувства спокойствия, а также повышения уверенности в себе.

Таким образом, в нашей работе было показано, что действительно в процессе работы с клиентами, страдающими таким психосоматическим заболеванием как нейродермит, использование танатотерапии позволяет производить изменения непосредственно на уровне тела, что приводит к изменению стереотипов поведения, но

используя при этом не социальные, а биологические ресурсы трансформации, помогающие абсорбации психической энергии.

Выводы

Теоретический анализ проблем нейродермита и основ танатотерапии как психотерапевтического метода, а также практическая работа с клиентами, страдающими нейродермитом, позволили подтвердить гипотезу нашего исследования. В основе развития симптоматики нейродермита лежит внутриличностный конфликт, отражающий одну из разновидностей нарушений контакта с процессами смерти и умирания, а именно невозможностью близости при ее желании – конфликт, представляющий на символическом уровне «смерть отношений». В связи с этим танатотерапия является адекватным методом для разрешения подобных внутриличностных конфликтов, моделируя реальную смерть через ее символическое представление, восстанавливая тем самым энергетический баланс нашего организма.

Полученные результаты представляются нам интересными, в связи с чем было бы важно продолжить подобные исследования оказания помощи не только клиентам с нейродермитом, но и с другими психосоматическими заболеваниями методом танатотерапии.

Список литературы

1. Александр Фр. Психосоматическая медицина. - М., 2006.
2. Баскаков В.Ю. Русское тело (к постановке проблемы телесно-ориентированного анализа национального характера). Психологическая консультация. №1. 1998. С.13-20.
3. Баскаков В.Ю. Танатотерапия. Психотехнический подход. Сб. Фигуры Танатоса. Философский альманах. Пятый спец.выпуск. - СПб., 1995
4. Баскаков В.Ю., «Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение», 2007 г.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. -М., 1999.
6. Газарова Е. Танатотерапия: Тело – Жизнь – Смерть, 2008
[/http://www.thanatology.ru/article.php?id=18](http://www.thanatology.ru/article.php?id=18)
7. Газарова Е. Феноменология Танатотерапии. //
http://telesnost.ru/terapiya/fenomenologiya_tanatoterapii.htm
8. Газарова Е., «Танатотерапия: система и метод».

9. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. – М., 2003
10. Лuria Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания./Изд. 4-е.-М., 1977
11. Люббан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерак-Хофман. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. - Спб., 2000.
12. Менделевич В.Д [Клиническая и медицинская психология. 6-е изд. – М.: МЕДпресс-Информ, 2008, с. 432](#)
13. Николаева В.В. Психосоматика: телесность и культура. – М.: Академические проект, 2009, с . 311.
14. Скрипкин Ю. К., Нейродермит, М., 1967
15. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия, 1997, №1
16. Тополянский Б.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.
17. www.telesnost.com
18. www.thanatology.ru

5.12. Бабина О.А. Травма: интеграция тела и смысла. Ресурс травмы и танатотерапия (Дипломная работа Москва - 2011)

Реферат.

Данная работа посвящена исследованию вопроса возможности использования танатотерапии в процессе лечения и реабилитации пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. В основе исследования лежат идеи, подробно изложенные в главе 1, п. 1.3. Выдвинута гипотеза о том, что танатотерапия концептуально и методологически максимально эффективна в деле лечения и реабилитации людей, переживших шоковую травму, и способствует максимальной интеграции травматического опыта.

В первой главе работы дается описание основных концепций и теорий механизма возникновения и развития ПТСР, и изложены основные принципы и методы лечения посттравматического расстройства. Коротко указаны их достоинства и недостатки.

Во второй и третьей главе данного труда описывается сама практическая работа. В качестве объекта исследования использованы индивидуальные «социальные» тела пациенток. Во второй главе описывается опыт терапии пациентки, дважды пережившей в детстве ДТП в качестве шоковой травмы, и находившейся на момент начала работы в ситуации постоянного стресса, вызванного неизлечимой болезнью мужа, а после и его смерти. Изучался вопрос влияния танатотерапии на процесс реинтеграции личности,

прекращение расщепления между когнитивно-эмоциональной сферой с одной стороны и телесной, физической с другой. Для этого испытуемая была подвергнута психологическому тестированию до и после начала танатотерапии с целью определения таких характеристик как уровень тревожности, агрессивности, субъективного контроля, способность к адаптации. Здесь же указаны методы исследования, характеристика испытуемой, описание некоторых особенностей танатотерапевтических сессий, в сводной таблице приведены результаты психологического тестирования и некоторые выводы.

В третьей главе описывается динамика состояния двух пациенток, которые не были подвергнуты тестированию до и после начала терапии. Терапевта посещали нерегулярно, сочетая танатотерапию с другими видами психотерапии.

В заключении приводится анализ результатов испытаний, и даются интерпретации полученных данных. Делается вывод об эффективности танатотерапии в данных конкретных случаях и принципиальной верности выдвинутой гипотезы. Также подробно описываются недостатки данного исследования, которые легли в основу утверждения о необходимости дальнейшего более детального изучения данного вопроса.

Содержание.

1. Реферат
2. Содержание
3. Введение
4. Основная часть.

Глава 1. Аналитический обзор литературных источников

1.1 Теоретические модели возникновения и развития ПТСР

1.2. Лечение ПТСР

1.3. Танатотерапия и лечение ПТСР

Глава 2. Опыт психологической помощи методами танатотерапии пациентке, пережившей неизлечимую болезнь мужа и его смерть

2.1. Методология

2.2. Описание исследования

2.3. Анализ и обсуждение результатов

Глава 3. Использование танатотерапии в комплексе с другими методами психотерапии

5. Заключение
6. Список использованной литературы
7. Приложения

Введение.

Выбор темы обусловлен несколькими факторами. Во-первых, интересом самого автора к теме травмы и способов ее эффективного и безопасного исцеления. Во-вторых, чрезвычайной значимостью проблемы травмы во всем мире. Это происходит следствие возросшего количества насилия в мире, локальных военных конфликтов, увеличившегося числа катастроф, ускорение ритма жизни, возросший многократно поток информации, переработка и усвоение которой требует значительных усилий, что создает постоянный стресс для психики, на фоне которого многие экстремальные события, с которыми раньше человек успешноправлялся, теперь приводят к травматизации. В-третьих, отсутствием исследований (в зоне доступности для автора) на тему связи танатотерапии как подхода и лечением ПТСР. В-четвертых, имеющаяся в распоряжении автора информация позволяет выдвинуть идеи об особой ценности приемов и концепций танатотерапии в деле реабилитации пациентов, переживших шоковую травму. Кроме того, ранние травмы развития, по мнению некоторых исследователей и по субъективному мнению автора, также могут быть отнесены по своим сути и проявлению к шоковым травмам. В этом мне видится дополнительная актуальность данного исследования.

Объектом исследования данной работы является индивидуальное «социальное» тело человека, отражающее проблемы и противоречия как самой личности, так и общества, в котором человек живет. Предметом исследования является изучение влияния приемов танатотерапии на реинтеграцию личности пациента на самых разных уровнях. Цель исследования - изучить качество и степень влияния танатотерапии на результаты лечения и реабилитации пациентов, переживших травматический опыт. Предполагается, что эти результаты должны показать более высокую эффективность танатотерапии по сравнению с другими методами работы с данной проблемой.

Основная гипотеза исследования звучит следующим образом: танатотерапия концептуально и методологически максимально эффективна в деле лечения и реабилитации людей, переживших шоковую травму, и способствует максимальной интеграции травматического опыта. Частные гипотезы примерно совпадают с идеями, высказанными ниже, в основной части работы (глава 1, п.1.3).

Для проверки гипотезы в первом случае использовалось психологическое тестирование до и после курса танатотерапии, при котором определялись следующие параметры: уровень тревожности, агрессивности, субъективного контроля, способность к адаптации. С этой целью использовались следующие психодиагностические тесты: Опросник состояния агрессии Басса-Дарки, Методика определения нервно-психической

устойчивости и риска дезадаптации в стрессе «ПРОГНОЗ», Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханиной, Тест-опросник «Исследование субъективного контроля». Во втором случае (глава 3) выводы о результате применения танатотерапии делались на основании самоотчета пациенток.

Практическая значимость работы вытекает как из необходимости поиска новых, более эффективных методов работы с ПТСР, так и опоры на экспериментальные данные при выборе методов терапии пациентов с ПТСР.

Глава 1. Аналитический обзор литературных источников.

1.1 Теоретические модели возникновения и развития ПТСР.

Словом «травма» часто обозначают как само травматическое событие, так и развившееся после него посттравматическое расстройство (ПТСР). Поэтому для начала разведем эти термины.

Травма – это событие (события), связанные со смертью, или угрозой смерти, или серьезного повреждения – угрозой физической и/или психологической целостности своей или других людей и сопровождавшееся интенсивным переживанием страха, беспомощности, ужаса (МКБ-10).

ПТСР – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Таким стрессом могут быть природные, техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования, ДТП и т.п. (12, с.14).

В настоящее время не существует единой теории травмы, но разработано несколько теоретических моделей.

1. Психодинамический подход. Согласно энергетическому истолкованию З.Фрейда, психическая травма возникает, когда чрезмерной силы стимул пробивает защитный барьер или щит. Он предлагал различать два случая: 1) когда травмирующая ситуация является провоцирующим фактором, раскрывающим имевшуюся в наличии невротическую структуру; 2) когда травма детерминирует возникновение и содержание симптома (12, с.26). Пьер Жане предложил для объяснения симптомов травмированных пациентов понятие диссоциации, которая возникает как следствие перегрузки сознания при переработке травматических ситуаций. Энергетическое понимание травмы Фрейда современные исследователи предлагают заменить на «информационное», включая т.о. как когнитивные, так и эмоциональные переживания, имеющие внешнюю и/или внутреннюю

природу (Горовиц, Лазарус). Предполагается, что информационная перегрузка повергает человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. Под воздействием защитных механизмов эта информация назойливым образом постоянно воспроизводится в памяти (флэшбэки). Т.о. эмоции являются реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совладающего поведения.

2. Когнитивные концепции. В так называемой «оценочной» теории стресса Р.Лазаруса большая роль отводится когнитивной оценке индивидом стрессовой ситуации, включающей первичное оценивание (оценка стрессовой ситуации) и вторичное оценивание (оценка человеком собственных ресурсов в совладании с данной ситуацией). В зависимости от этого формируется тип стратегии: проблемно-фокусированный копинг (действия, направленные на преодоление ситуации) и эмоционально-фокусированный копинг (действия, направленные на улучшение эмоционального состояния).

3. Двухфакторная теория. Согласно этой теории первым фактором является условно-рефлекторная обусловленность ПТСР и основная роль в формировании синдрома отводится травмирующему событию, которое выступает в качестве интенсивного безусловного стимула, вызывающего у человека безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию. В основу второго фактора легла теория поведенческой обусловленности развития синдрома, при этом индивид избегает ситуаций и воздействий, сходных с травмирующим стимулом.

Недостатком этой теории является то, что она не объясняет такой симптом, как «постоянное возвращение к переживаниям, связанным с травмирующим событием» (второй критерий по МКБ-10).

4. Теория патологических ассоциативных эмоциональных сетей, предложенная Р.Питменом, пытается восполнить этот пробел. Специфическая информационная структура в памяти – сеть – включает три компонента: 1) информацию о внешних событиях; 2) информацию о реакции на них; 3) информацию о смысловой оценке стимулов и актов реагирования. Эта сеть при определенных условиях начинает работать как единое целое, продуцируя эмоциональный эффект. А в основе посттравматического синдрома лежит формирование аналогично построенных патологических структур, что объясняет механизм развития «флэшбэк»-феномена. Для объяснения других симптомов было высказано предположение, что сети ПТСР-синдрома должны обладать свойством

самопроизвольной активации, механизм которой следует искать в нейрональных структурах мозга и биохимических процессах.

5. **Биологические модели** считают, что патологический механизм ПТСР обусловлен нарушением функций эндокринной системы, вызванным запредельным стрессовым воздействием.

6. **Нейропсихологическая теория L.Kolb** относится к комплексным моделям патогенеза. Автор указывает на то, что в результате воздействия чрезвычайного по интенсивности продолжительности стимула происходят изменения в нейронах коры головного мозга, блокада синаптической передачи и даже гибель нейронов. При этом в первую очередь страдают зоны мозга, связанные с контролем над агрессивностью и циклом сна.

7. **Этиологическая мультифакторная концепция** (А.Мэркер) выделяет три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР: 1) факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность; 2) защитные факторы: способность к осмыслению произошедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания; 3) факторы риска: возраст, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкий социально-экономический уровень (12, с. 34)

8. **Психотравматический подход** Питера Левина опирается на теорию единого мозга. При шоковой травме кора головного мозга (неокортекс) отключается, и жизнедеятельность обеспечивается рептилийным мозгом, отвечающим за базовые рефлексы, и лимбической системой, которая отвечает за эмоции. При этом сначала активируется огромное количество энергии для преодоления травматической ситуации, а потом она блокируется механизмом иммобилизации. Здесь и происходит дезинтеграция личности на уровне «тело-смыслы». Структура Эго человека воспринимает «закапсулированную» энергию как опасную и препятствует ее утилизации. Ядро травматической реакции одновременно содержит в себе гипервозбуждение, сжатие, диссоциацию и чувство беспомощности.

9. **Концепцию «наблюдателя»,** создающего и поддерживающего «травматические трансы», разрабатывает С.Волински, опираясь на последние достижения квантовой физики. Квантовая психология, созданная им, использует принцип неопределенности Гейзенberга о том, что наблюдатель опыта одновременно и создает результаты этого опыта, и идеи Дэвида Бома о явном и неявном порядке. Если «наблюдатель» воспринимает эмоции, возникающие при травматизации, как относящиеся к явному порядку, возникает «гипнотический транс» (4, с.13). Этот транс поддерживается желанием

избавиться от травматических переживаний и убеждением «Этого не должно было случиться» (5, с. 15).

10. Существует также так называемая **«теория рентного невроза»**. Невроз, связанный с хлопотами о ренте, тревогой о размере компенсации за причиненный в результате травмы ущерб, обозначают как «вторичный выигрыш». Состояние особой значимости, как и получаемая компенсация, могут способствовать фиксации проявлений посттравматического расстройства (3, с.35).

1.2. Лечение ПТСР.

В процессе лечения ПТСР можно выделить психофармакологический, психотерапевтический и реабилитационные аспекты.

Поскольку имеются убедительные свидетельства того, что ПТСР связано с нарушением ряда физиологических и нейробиологических механизмов, фармакологическое лечение способствует значительному улучшению самочувствия у ряда клиентов, не давая, однако, полного излечения. При этом, снижая посттравматическую симптоматику, оно способствует проведению психотерапии и реабилитационных мероприятий. По мнению Тарабриной Н.В., лечение в остром и отсроченном периодах должно отличаться принципиально разными подходами. Поскольку инкапсуляция травмы может способствовать снижению последствий стресса, в остром периоде хорошо применять методы, направленные на релаксацию, отреагирование и дистанцирование от травматического события. При развитии ПТСР осознание всех аспектов перенесенной психической травмы становится необходимым условием для восстановления интегрированной психической деятельности (8, с.319).

Предложено трехэтапное оказание медицинской помощи таким пациентам. На амбулаторном уровне, основным является психотерапевтическое лечение (рациональная, когнитивно-поведенческая терапия, аутотренинг) с применением адаптогенов и транквилизаторов. На полуостационарном уровне рекомендуется комплексная терапия с включением психотерапевтических методов (рациональная личностно-реконструктивная, гипносуггестивная, семейная), психофармакологических (транквилизаторы, анксиолитики с антидепрессантным эффектом, мягкие нейролептики) и психопрофилактических мероприятий, направленных на адаптацию. На стационарном уровне – весь рекомендуемый комплекс, включая дегидратационно-рассасывающую терапию, ноотропную, симптоматическую, транквилизаторы, ароматерапию, физиолечение, рефлексотерапию и обязательное включение психотерапии, направленной на коррекцию межличностных отношений, аддиктивного поведения (3, с.252).

Психотерапия посттравматического расстройства характеризуется рядом особенностей. Это высокие показатели прекращения (обрыва) лечения, которые объясняются актуализацией травматических переживаний, а также тем, что тяжелая травматизация подрывает основы доверия пациента, выражаясь и в недоверии к психотерапевту, и в скептическом отношении к самому лечению и возможности выздоровления. Если защитным механизмом выступает экстернализация страдания, то последовавшие за травмой психические нарушения пациентами также воспринимаются лежащими вне сферы их контроля.

Если сам психотерапевт не готов столкнуться со злом, трагедией и болью, то в процессе работы он также сталкивается с определенными трудностями. Это приводит к возникновению двух основных стратегий поведения – избегание (обесценивание) и сверхидентификация, что значительно снижает результативность работы.

Психотерапия направлена на реинтеграцию нарушенной психической деятельности методами как групповой, так и индивидуальной терапии. При этом используются когнитивно-бихевиоральный, психолого-образовательный, психоаналитический, психодраматический, арт-терапевтический, юнгианский анализ сновидений и многие другие подходы. Конкретные методы и приемы логически вытекают из теорий и концепций происхождения ПТСР, описанных выше. Например, С.Волински создал массу упражнений, имеющих целью «разбудить наблюдателя и прекратить создавать и поддерживать трансы». При этом сознание человека начинает воспринимать «неявный порядок, представляющий собой неразрывную целостность, квантовый уровень, где объекты, частицы, люди и эмоции состоят субатомно из одного вещества» (3, с.14), границы стираются и человек погружается в «спокойную целостность». К достоинствам такого подхода можно отнести то, что эти упражнения можно делать как с терапевтом, так и самостоятельно.

К недостаткам большинства методов можно отнести их односторонность, а такой прием как техника вскрывающих интервенций даже способен навредить, приведя к ретравматизации (личный опыт автора).

1.3. Танатотерапия и лечение ПТСР.

Танатотерапия является психотерапевтическим методом воздействия на весь круг проблем человека и затрагивает все виды телесности. В ее основе – целительные биологические реакции, организующие и корректирующие энергетический баланс в теле человека (1, с.108). Танатотерапия предлагает восстанавливать нарушенный баланс трех сфер – ума, чувств, тела – устанавливая (или восстанавливая утраченный) контакт человека с процессами смерти и умирания (2, с.5), моделируя реальную смерть через ее

символическое представление. Это помогает терапевту встраиваться в эту модель профессионально, технологически, и оказывать помощь в выведении из привычных паттернов (2, с.7). Здесь ставка делается на «иньский» подход и используются следующие принципы: 1) «Не спеши!»; 2) «Точность и ясность намерений и действий»; 3) Гомеопатичность – «минимальные по силе и амплитуде воздействия приводят к максимальному по силе результату»; 4) «Расти, смелеть, рисковать».

Это позволяет выдвинуть следующие идеи и гипотезы относительно особой ценности танатотерапии в деле лечения и реабилитации пациентов с ПТСР.

1. Травматическое событие является максимально Янским по своей природе в повседневной жизни человека. Смерть как явление – максимально Иньским из того, с чем приходится человеку сталкиваться на протяжении жизни. Соединение этих двух начал приводит к балансу противоположностей и большему психическому (и физическому) здоровью.

2. Травма поражает человека комплексно, приводя к дезинтеграции на разных уровнях – эмоциональном, когнитивном, мотивационном, соматическом, физиологическом, затрагивает Я-концепцию. Танатотерапия концептуально и практически также оказывает глобальное воздействие на все эти сферы. Ссылаясь на авторитетный источник, процитирую следующую мысль: «Танатотерапия – метод психотерапевтического воздействия на весь круг проблем человека и весь спектр телесности» (6, с.82). Т.о. танатотерапия способствует прекращению «тотальной диссоциации».

3. Поскольку, по данным разных исследователей, основным или единственным способом реагирования на травмирующую ситуацию является «замораживание аффекта», «консервация» аффективной энергии, которая очень велика, то основным способом ее «размораживания» становится метод титрования, т.е. медленное, малыми дозами ее активирование и утилизация, разряжение. Гомеопатичность приемов танатотерапии максимальным образом подходят для этого.

4. Объектность и предметность тела и отдельных его частей, и, как следствие, самой личности (в силу отождествления большинства людей себя со своим телом), позволяет проявиться смирению, снимая противоречие между тем, что есть (было), и тем, чего хочется или считается «правильным», тем самым прекращая бесконечный процесс воспроизведения аффективной энергии.

5. Восстановление контакта с процессом смерти и умирания создает в картине мира человека новое видение - естественности конца как элемента жизни. Это также способствует снятию негативных оценок и прекращению сопротивления переменам, составной частью которых является исчезновение, конец старого, отжившего. Это также

позволяет прекратить актуальность переживаний и увидеть травму и связанные с ней эмоции, механизмы реагирования как принадлежащие прошлому.

6. Восстановление контакта с процессом смерти и умирания как главная цель танатотерапии, создает пространство максимальной безопасности, в котором так сильно нуждается травмированный человек, поскольку Смерть максимально безопасна - любая опасность из известных нашему Эго там отсутствует.

7. И, наконец, частным случаем ПТСР является проблема опоры, то есть потеря чувства опоры у травмированных людей (К.У.Перриш-Харра «Смерть и умирание»). Танатотерапия физически и психологически предоставляет пациенту такую возможность – опираться на другого и чувствовать безопасность этого, восстанавливая тем самым утраченную способность.

8. Танатотерапевт, в силу особенностей своей профессии (восстановлен контакт со смертью и умиранием), не испытывает тех трудностей в работе, которые обычно присутствуют у других психотерапевтов: сверхидентификация, обесценивание, избегание, неуверенность.

Глава 2.

Опыт психологической помощи пациентке, пережившей неизлечимую болезнь мужа и его смерть.

2.1. Методология

Выборка испытуемых для данной части работы планировалась в количестве 3 человек, но в своем окончательном варианте составила 1 человека. Двое других испытуемых по разным причинам отказались от терапии, подтверждая тенденцию «обрыва» лечения пациентами с ПТСР. (Для придания работе большего веса в третьей главе описана динамика состояния еще двух женщин, которые использовали танатотерапию нерегулярно и в комплексе с другими методами терапии.)

Причиной первоначального обращения пациентки (зашифруем ее Ш.С.) были проблемы в отношениях с мужем, начальством, внутриличностный конфликт, для решения которых она ходила в группу личностного развития. Во время этого процесса Ш.С. стало известно о неизлечимой болезни мужа. Как известно, родственники терминальных больных переживают почти такие же психологические реакции в ответ на стресс приближающейся смерти, как и сами больные. Родственники проходят все стадии – от отрицания до – через агрессию и депрессивный период – принятия своего положения и смирения с судьбой, и интенсивность их переживаний может быть невероятно сильной (7,

с.141). Этот стрессогенный фактор стал причиной постепенного проявления у Ш.С. симптомов, характерных для пациентов с ПТСР (проблемы засыпания, вспышки гнева, не свойственные ранее, хроническая усталость, проблемы с памятью, снижение интереса к жизни) и ей была предложена индивидуальная терапия методами танатотерапии.

В процессе исследования проверялась гипотеза о том, что танатотерапия, восстанавливая контакт с процессом смерти и умирания, способствует снижению симптоматики ПТСР «в обход» привычных защитных механизмов. Кроме того, «инькость» и гомеопатичность танатотерапии являются залогом безопасной утилизации энергии «замороженного аффекта».

Информация об испытуемой: Ш.С., женщина 45 лет, высшее техническое образование, замужем (первый брак), имеет дочь-студентку. Родилась и выросла в Минске, белоруска, старшая дочь в родительской семье (имеет младшую сестру), родители к моменту начала терапии умерли (более 8 лет назад). В детстве дважды пережила шоковую травму, была жертвой ДТП (первый раз ее сбил автомобиль, второй - прищемил дверью автобус и протащил несколько метров, повредив ногу). Физические повреждения - сотрясение мозга, перелом ноги; психические последствия проявились в страхе нарушить ПДД. Педантично соблюдала правила дорожного движения на протяжении многих лет (более 10).

В психоаналитическом подходе диагностирована мной как обсессивно-компульсивный невротик, в биоэнергетическом подходе А.Лоуэна – сочетание мазохистской и ригидной структуры.

Для измерения эффективности методов танатотерапии при лечении посттравматического стрессового расстройства было использовано диагностика разных психологических функций Ш.С. до и после терапии. Определялись уровень тревожности, агрессивности, субъективного контроля, адаптивности при помощи следующих психодиагностических методик: Опросник состояния агрессии Басса-Дарки (11, с.332), Тест-опросник уровня субъективного контроля (11, с.518), Методика определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (11, с.378), Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации Спилбергера-Ханина (11, с. 363). Выбор методик объясняется следующими обстоятельствами. Основными чертами травматической реакции являются гипервозбуждение и сжатие (т.е. активирование огромного количества агрессивной энергии, служащей защите организма, с одновременным ее «замораживанием»), диссоциация и чувство беспомощности (что создает картину потери контроля). Все это вместе повышает тревожность, так как травмированный человек застревает в картине травматической ситуации (гипоталамус,

отвечающий за восприятие времени, транслирует информацию, что время остановилось). Тревожность провоцируется как образом внешней опасности, которой невозможно противостоять, так и восприятием собственной аффективной энергии как опасной и способной причинить вред самому человеку. Кроме того, у пациентов с ПТСР наблюдается снижение способности к адаптации.

2.2. Описание работы.

Первичная диагностика Ш.С. была проведена в марте, после получения согласия на танатотерапию. Но сама практическая работа по разным причинам объективного и субъективного характера откладывалась и была начата только в июле. В конце мая пациентка похоронила мужа, еще раз подтвердив диагноз обсессивной личности. Процитирую классику: «Вдова, поглощенная заботами о погребении супруга, беспрестанно прокручивающая в голове связанные с этим событием детали, сохраняющая твердость духа и превращающая всю свою скорбь в энергичную деятельность, не только не может по-настоящему пережить свое горе, но и лишает других возможности ее утешить» (9, с.364). Ш.С. на окружающих производила впечатление глубокого человека, мудро и спокойно принявшего утрату. И только пару раз позволила себе реакцию острого горя, общаясь со мной. У меня родилась гипотеза, что сильные эмоции вытеснены ею и удерживаются ригидной структурой характера, то есть «запечатаны» в теле. Это было еще одной причиной настаивать именно на телесной терапии, и конкретно на танатотерапии, которая и была начата в июле.

Первая же сессия проходила очень необычно, дав неожиданный и сильный эффект. Первым использовавшимся приемом был «театр прикосновений». Первый контакт спровоцировал сильную активизацию энергии, вызвав судорожные подергивания, к которым затем добавились произвольные движения руками, ногами, бедрами и плечами. Предполагая, что это тот случай, когда «танатотерапевтический костюм не всем подходит», я пристально следила за дыханием клиентки, чтобы не пропустить признаки ухода в отреагирование. Одновременно отслеживая свое собственное состояние, обнаружила его амбивалентность: ощущая на поверхности беспокойство и неуверенность, где-то в глубине оставалась уравновешенной и спокойной, причем это чувство было сильным и определенным.

Сессия была продолжена только с использованием «театра прикосновений». Контакт на ноги не привел к уменьшению амплитуды и частоты движений. Только контакт на область грудины (верхнюю ее часть) способствовал некоторому успокоению. Выражение лица клиентки во время всей сессии оставалось нейтральным, почти спокойным, ресницы

не дрожали, или это не было заметно на фоне общей активности. Во время периода абсорбции движения тела продолжались, постепенно затихая. В какой-то момент Ш.С. положила руки себе грудь и через минуту-другую расслаблено раскинула их в стороны (терапевт выдохнул остатки напряжения). Движения полностью прекратились только после того, как пациентка повернулась на бок, поэтому я ей дала еще пару минут на абсорбцию. Неожиданной для меня после такой сессии была обратная связь от клиентки: «Такое безмятежное состояние у меня только в детстве было».

Поэтому терапия была продолжена методами танатотерапии. Периодичность сессий – один раз в 7-10 дней, с использованием музыки и в тишине, с вербальной частью и без нее. Первые 5 сессий был использован только «театр прикосновений», телесная активность продолжалась почти на одном уровне. Когда она несколько уменьшилась, были дополнительно не более одного раза за сессию с небольшой амплитудой использованы «последовательность предъявляемых опор» на кисти рук, «телесная гомеопатия» и «телесная магия» на левую ногу. После десятой сессии произошли качественные перемены. Количество движений в первой части сессии стало заметно меньше, и с меньшей амплитудой, во второй части во время абсорбции прекращались через 2-3 минуты. В одной из сессий произошел инсайт на интересующую клиентку тему, заявленную во время вербальной части. В другой – появилось чувство легкости и полета, расправились плечи. Одновременно в жизни произошло несколько событий: наконец-то привела в порядок дачу, начала переезд на новую квартиру, стала позволять себе уходить с работы вовремя, не задерживаясь каждый день на 2-3-часа, начальник взял на работу новую сотрудницу в помощь Ш.С. Эта позитивная динамика еще больше мотивировала клиентку продолжать терапию.

В последующем позитивная динамика «притормозилась», стало расти сопротивление клиентки, выразившееся в избегании встреч с терапевтом (пропустила две сессии). Руководствуясь интересами клиента, мне пришлось прибегнуть к помощи других видов психотерапии, включая телесно-ориентированную терапию, и вывести ее на отреагирование. Через несколько встреч мы вернулись к работе только методами танатотерапии, которую Ш.С. продолжает по сей день (март 2011г.). В настоящее время сохраняется позитивная динамика: отношения с дочерью стали более теплыми, на работе не избегает отстаивания своих интересов (как делала это раньше), появился бой-френд.

2.3. Анализ и обсуждение результатов.

Результаты исследования испытуемой Ш.С. до и после начала танатотерапии (по данным на ноябрь 2010 года) по разным параметрам приведены в сводной таблице (см. на стр. 18). Поскольку в декабре-январе в лечении были использованы методы других направлений психотерапии, окончательное тестирование в марте не проводилось (и результаты терапии в декабре-марте для чистоты эксперимента не учитывались).

Общая оценка этих результатов заключается в выраженной положительной динамике. Вызывает удивление значительное увеличение показателя как общей интернальности (с 23 до 37), так и интернальности в семейных отношениях, с 3 до 7. Первое, скорее всего, объясняется тем, что тестирование проводилось сразу после нескольких позитивных событий, что и привело к погрешности результата. Второе, по-видимому, может быть связано с тем, что потеря мужа не привела к ощущению жизненного фиаско.

При анализе динамики агрессивности и враждебности привлекает внимание увеличение уровня вербальной агрессивности на фоне общего снижения индексов. Данный факт я бы интерпретировала скорее как положительный, так как у испытуемой всегда были проблемы с выражением агрессии, в том числе и вербальной. Отсутствие изменений по показателю «подозрительность» объясняется изначально низким его уровнем. Отсутствие динамики показателя «аутоагgression» может быть вызвано тем, что склонность к самообвинению является базовой чертой характера (мазохизм по А.Лоуэну).

Тревожность при общей тенденции к снижению остается достаточно высокой (более 45 баллов). Более значительное снижение показателя ситуативной тревожности вызвано, скорее всего, изменением некоторых жизненных обстоятельств, описанных выше (т.е. изменением ситуации). Почти не изменившаяся личностная тревожность объясняется, по моему мнению, устойчивостью этой характеристики личности и требует более длительной терапии для коррекции.

Результаты диагностики нервно-психической неустойчивости, демонстрируя положительную динамику, все же указывают на высокий уровень дезадаптации (менее 5 пунктов по шкале НПУ). Поскольку нервно-психическая неустойчивость является отражением одновременно и психического, и соматического здоровья человека, в данной ситуации требуется помочь не только психотерапевту, но и назначение дополнительного лечения средствами официальной (и народной) медицины, которые и были рекомендованы пациентке.

Исследуемый показатель	Результаты испытаний		Изменения
	Март 2010г.	Ноябрь 2010	
1. Агрессивность и враждебность			
Физическая агрессия	33	11	- 22

Вербальная агрессия	24	48	+ 36
Косвенная агрессия	65	39	- 26
Негативизм	40	20	- 20
Склонность к раздражению	63	45	- 18
Подозрительность	11	11	-
Обида	91	52	- 22
Автоагрессия или чувство вины	66	66	-
ИА (индекс агрессивности)	122	98	- 24
ИВ (индекс враждебности)	102	63	- 39
2. Тревожность			
Ситуативная	65	51	- 14
Личностная	54	52	- 2
3. Уровень субъективного контроля			
Показатель общей интернальности	23	37	+ 14
Интернальность в области достижений Ид	4	9	+ 5
Интернальность в области неудач Ин	8	11	+ 3
Интернальность в семейных отношениях Ис	3	7	+ 4
Интернальность в производственных отношениях Ип	4	8	+ 4
Интернальность в межличностных отношениях Им	3	4	+ 1
Интернальность в отношении болезни и здоровья Из	2	3	+ 1
4. Дезадаптация			
Нервно-психическая неустойчивость в стрессе	33	19	- 14
Шкала проверки искренности	4	5	

В целом можно сделать вывод о том, что в данном конкретном случае результаты исследования подтверждают предположение об эффективности танатотерапии при лечении посттравматических расстройств и способствуют интеграции личности. Частная гипотеза о том, что реакция горя, не найдя выражения в чувствах и смыслах, была «законсервирована» на телесном уровне, также подтверждается.

Глава 3.

Использование танатотерапии в комплексе с другими методами психотерапии.

Случай первый.

А.М., женщина 45 лет, высшее техническое образование, замужем (первый брак), имеет сына-студента. Родилась и выросла в Минске, русская, единственная дочь в родительской семье, 2 года назад похоронила отца. Имеет мать, которая проживает отдельно в том же городе. Пережила шоковую травму в пренатальный период (матери во время беременности делали полостную операцию).

В психоаналитическом подходе диагностирована как сочетание шизоидной и обсессивной личности невротического уровня, в биоэнергетическом подходе А.Лоуэна – сочетание шизоидной и ригидной структуры.

Причина обращения к терапевту: неудовлетворенность отношениями с мужчинами, проблемы в отношениях с матерью.

Терапия начата была средствами гештальт-терапии, которая привела клиентку к пониманию некоторых механизмов возникновения конфликтов в отношениях. Это позволило ей изменить свое отношение как к мужу (и любовнику), так и к матери, что несколько гармонизировало ее жизнь. Но ситуации, требующие проявления агрессии (защита своих интересов) не находили разрешения. А.М. было предложено попробовать дополнить работу телесно-ориентированными техниками, которые, позволив проявить и выразить некоторые вытесненные (и отрицаемые) чувства, не привели к желаемому результату. Танатотерапия явилась следующим шагом.

Первая же сессия дала положительный эффект. Глубокая релаксация способствовала проявлению реакции горя на потерю отца, со дня смерти которого прошло больше года. Это не было сильным отреагированием, а проявляющимся постепенно, в течение 3-4 недель, чувством глубокой печали и скорби, проявляющееся время от времени в слезах. А.М. с энтузиазмом продолжила танатотерапию. Во время сессий внешней активности было мало, но во внутреннем пространстве шла глубокая работа. Сужу об этом по той обратной связи, которую давала клиентка. Помимо красочных картин-видений во время сессий, несколько раз «выходила из тела», видела себя со стороны. После чего стала описывать свои жизненные ситуации, тоже видя их «со стороны», при этом точка зрения на ситуацию, оценка себя и других, стали меняться.

Изменилась направленность личности. Если раньше ее интересовала в основном личная жизнь, и внимание было приковано к решению проблем в этой сфере, то со временем А.М. стала занимать мысль «а то ли я делаю?», фокус внимания переместился на работу. Возникшее чувство нереализованности привело ее, в конце концов, к увольнению с работы, а потом и поступлению в институт с целью получения новой профессии.

Результаты терапии.

Субъективно: А.М. в целом довольна имеющейся динамикой. Отношения с мужем наладились, он ее поддерживает в решении поменять жизнь, в том числе и материально. Хотя чувствовать и выражать агрессию А.М. по-прежнему трудно, но она стала более спокойно относиться к попыткам «вторжения матери в свою жизнь». Несмотря на то, что

испытывает страх перед новой жизнью, отмечает, что «откуда-то появилось чувство, что справится».

Объективно: локус контроля стал смещаться в зону интернальности. Если раньше источником удовлетворения эмоциональных потребностей выступал мир (мужчины, мать), то теперь А.М. стала находить удовлетворение в творческой самореализации. Что подтверждается практическими действиями, направленными на смену профессии.

Случай второй.

Ю.Р., женщина 25 лет, не замужем, старшая дочь в родительской семье (в которой и проживала на момент начала терапии). Родилась и выросла в Минске, имеет высшее образование (психолог). В анамнезе шоковой травмы не выявлено, но симптоматика ПТСР имеет место: избегание разговоров на темы, вызывающие чувство беспомощности, неудачи; ощущение зависимости и отчужденности от других людей; выраженный психологический дистресс под воздействием «ключевых раздражителей», головные боли и тошнота стрессогенной этиологии. По моему предположению имеет место травма развития в структуре потребностей, которая может субъективно переживаться как шоковая травма.

В психоаналитической традиции диагностирована как тревожно-мнительный циклотимик (с тяготением к гипоманиакальности) невротического уровня, в биоэнергетическом подходе А.Лоуэна – сочетание оральной и ригидной структуры характера.

Причина обращения к терапии: депрессивное состояние в связи с недавним расставанием с молодым человеком; проблема выбора.

Поскольку Ю.Р. имела опыт обращения к гештальт-терапии в рамках образовательной программы, ей было предложено попробовать что-то иное. Это вызвало у нее страх, нервозность, поэтому начало терапии было положено при помощи известных Ю.Р. приемов с целью снижения тревожности, то есть гештальт-терапии. По мере того, как тревожность снижалась, я добавляла в малых дозах телесные приемы без контакта клиент-терапевт (дыхательные, метод чувственного осознавания и т.п.).

Примерно через 2,5 месяца в рамках обычной сессии впервые был применен прием «театра прикосновений» на область спины, в позиции сидя, около 10 минут. Это дало следующий эффект: дыхание расширилось, тело расслабилось, «обмякло». В следующую встречу клиентка сама попросила повторить прием, сказав, что ей очень понравилось и она «хорошо спала после этого». Теперь уже Ю.Р. согласилась лечь и получить сеанс танатотерапии в полном объеме. Эта первая сессия длилась 30 минут (15 на работу и 15 на

абсорбцию). В конце первой части сессии стала нарастать активность, и, чтобы избежать «лавины», я прекратила работу. Активизация продолжалась еще 7-8 минут в фазе абсорбции, потом постепенно прекратилась. После сессии клиентка выглядела спокойной, уравновешенной, но вербальная активность сохранилась почти на прежнем уровне, слегка изменившись качественно: Ю.Р. говорила медленнее, чем обычно. Дыхание, по моей субъективной оценке также стало более глубоким и медленным.

В дальнейшем работа была продолжена по следующей схеме: поочередно сессия гештальт-терапии с элементами ТОП – сессия танатотерапии, через 5-7 дней, так в течение 4 месяцев. В последующем в рамках каждой сессии первая часть работы отводилась «разговорному жанру», вторая – танатотерапии.

За это время (август 2009г. – июль 2010г., в терапии было 2 перерыва по 1-1,5 мес. в связи с отъездами участников в другие города) произошли следующие перемены.

Субъективно: Ю.Р. утверждает, что уменьшилось количество приступов тошноты и головной боли, почти исчезла «тяга к слиянию». В будущее смотрит с надеждой, хотя иногда бывают «приступы страха, что ничего не получится». Несмотря на этот страх, практические шаги Ю.Р. делает в направлении кардинальных перемен.

Объективно: в сентябре 2010 года поступила в магистратуру в Санкт-Петербурге, в процессе учебы решила переехать туда жить и нашла там работу. В настоящее время (март 2011г.) проживает в СПб, изредка приезжает в Минск навестить родителей. В личной жизни пока затишье.

Выводы.

Анализируя изменения, полученные А.М. и Ю.Р. в результате терапии, можно сделать вывод о том, что в первом случае именно танатотерапия способствовала не просто существенным, а даже кардинальным переменам в жизни клиента. Такой результат объясняется, скорее всего, тем, что по психотипу А.М. относится к шизоидам, которым «исключительно хорошо подходит танатотерапия» (Е.Э.Газарова). Трудно судить о воздействии танатотерапии на исцеление травмы в структуре существования, поскольку нет объективных данных о том, как изменилась ее агрессивность. По крайней мере, ее симптомы купировались.

Позитивные перемены в жизни Ю.Р. (сделала в выбор в пользу отделения от родительской семьи) я связываю со снижением уровня тревожности. Поскольку любой страх в своей основе является страхом смерти (сводится к нему), то и здесь танатотерапия явилась инструментом личностной трансформации. Склонность к слиянию, свойственная лицам с оральной структурой характера, ослабла, из чего можно сделать вывод о том, что коррекция травмы развития имела место. Предполагаю, что изменения были бы более

существенными, если бы не было перерывов в терапии, вызванных объективными причинами.

3. Заключение.

В данной работе представлены современные взгляды на механизм происхождения посттравматического расстройства, способы лечения и реабилитации травмированных пациентов, а также концепция танатотерапевтического подхода к решению проблем пациента. На основании данной информации были выдвинуты идеи о том, что танатотерапия особенно подходит для лечения последствий травмы.

В целом, можно сделать вывод о подтверждении основной и частной гипотезы. Разумеется, для далеко идущих выводов оснований мало, так как выборка испытуемых крайне недостаточна.

Одним из главных выводов данного исследования является подтверждение идеи о том, что интегрированная травма становится мощным ресурсом. Так, испытуемая Ш.С. при первичном обследовании УСК была диагностирована как интернал среднего уровня, а спустя 9 месяцев после начала танатотерапии показала себя интерналом высокого уровня.

К недостаткам работы можно отнести ее недостаточную статистическую достоверность ввиду крайне малой выборки, подвергшейся испытанию. Уверенно можно говорить о том, что исследование не опровергает основную гипотезу об эффективности танатотерапии в лечении посттравматического стрессового расстройства. Окончательные выводы о подтверждении данной гипотезы можно будет сделать после проведения более широкомасштабного исследования. Высокий показатель эффективности танатотерапии в данном случае объясняется еще и тем, что испытуемые по направленности локуса контроля относятся к интерналам, т.е. способны брать на себя ответственность за происходящее в их жизни. Таким образом, не исследовались лица экстернальной направленности, что делает проведенные испытания однобокими. Кроме того, за рамками работы остался сравнительный анализ разных методов лечения и реабилитации пациентов с ПТСР с методом танатотерапии. Не удалось использовать проективные методики с целью диагностики состояний испытуемой, не изучалось изменение физиологических реакций на воздействие травмирующих стимулов, что позволило бы сделать картину состояния испытуемой Ш.С. достовернее.

В целом, для получения достоверных сведений об эффективности танатотерапии следует исследовать более широкую выборку. В нее должны быть включены представители обоего пола разных возрастов и профессий (гуманитарии и «технари»), разных психотипов, диагностированные в разных подходах – психоаналитическом,

юнгианском, по Э.Берну и т.п. Все это указывает на направление, в котором следует двигаться с целью дальнейшей проверки выдвинутой гипотезы о роли танатотерапии в деле реинтеграции травмированной личности.

Список использованной литературы.

1. Баскаков В.Ю. Свободное тело – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 224 с.
2. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2007 – 176 с.
3. Бундало Н.Л. Хроническое посттравматическое расстройство: монография – Красноярск: КрасГМУ, 2009. – 352 с.
4. Волински С. От транса к просветлению. Психотехники де-программирования сознания – М.: Центр психологической культуры, 2002 – 244 с.
5. Волински С. Темная сторона внутреннего ребенка. Следующий шаг – М.: СТАРКЛАЙТ, 2004 – 184 с.
6. Газарова Е.Э. Психология телесности - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2002 – 192 с.
7. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех, интересующихся проблемой. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 162 с.
8. Клиническая психология / под ред. Н.В.Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – 352с.
9. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе – М.: Независимая фирма «Класс», 2007. – 480 с.
10. Малкина-Пых И.Г. Телесная терапия – М.: Изд-во ЭКСМО, 2007. – 752 с.
11. Практикум по возрастной психологии: /Под ред. Л.А.Головей, Е.Ф.Рыбалко. – СПб.: Речь, 2001. – 688 с.
12. Тарабрина Н.В. с соавторами Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1. – М.: Когито-центр, 2007. – 208 с.

Приложение 1.

Исследование агрессивности и враждебности (опросник Басса-Дарки)

Инициалы	Ш.С.	Год рождения	1964
Дата	Март 2010 (первая колонка)	Ноябрь 2010 (вторая колонка)	

	УТВЕРЖДЕНИЯ	ОТВЕТЫ
1.	Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другому.	+ ! --
2.	Иногда я сплетничаю о людях, которых не люблю	+ ! +
3.	Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь	+ ! --
4.	Если меня не попросят по-хорошему, то я не выполню просьбу	-- ! --
5.	Я не всегда получаю то, что мне положено	+ ! +
6.	Я не знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной	+ ! --
7.	Если я не одобряю друзей, я даю им это почувствовать	-- ! --
8.	Если мне случалось обмануть кого-нибудь, я испытывал мучительные угрызения совести	+ ! +
9.	Мне кажется, что я не способен ударить человека	+ ! +
10.	Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами	+ ! +
11.	Я всегда снисходителен к чужим недостаткам	-- ! --
12.	Если мне не нравится установленное правило, мне хочется нарушить его	+ ! --
13.	Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами	+ ! --
14.	Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружественно, чем я ожидал	-- ! --
15.	Я часто бываю не согласен с людьми	+ ! --
16.	Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь	+ ! +
17.	Если кто-нибудь первым ударит меня, я не отвечу ему	+ ! +
18.	Когда я раздражаюсь, я хлопаю дверьми	-- ! --
19.	Я гораздо более раздражен, чем кажется	+ ! --
20.	Если кто-нибудь корчит из себя начальника, я всегда поступаю ему наперекор	-- ! --
21.	Меня немного огорчает моя судьба	+ ! +
22.	Я думаю, что многие люди не любят меня	-- ! --
23.	Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной	+ ! --
24.	Люди, увильивающие от работы, должны испытывать чувство вины	+ ! +
25.	Тот, кто оскорбляет меня или мою семью, напрашивается на драку	-- ! --
26.	Я не способен на грубые шутки	+ ! +
27.	Меня охватывает ярость, когда надо мной насмехаются	-- ! --
28.	Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались	-- ! --
29.	Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится	+ ! --
30.	Довольно многие люди завидуют мне	-- ! --
31.	Я требую, чтобы люди уважали мои права	-- ! +
32.	Меня угнетает, что я мало делаю для своих родителей	-- ! --
33.	Люди, которые постоянно изводят вас, стоят, чтобы их щелкнули по носу	+ ! --
34.	От злости я иногда бываю мрачен	+ ! --
35.	Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не огорчаюсь	-- ! --
36.	Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю на него внимания	-- ! --
37.	Хотя я и не показываю этого, иногда меня глажет зависть	-- ! --

38.	Иногда мне кажется, что надо мной смеются	-- ! --
39.	Даже если я злюсь, я не прибегаю к «сильным» выражениям	+ ! +
40.	Мне хочется, чтобы мои грехи были прощены	+ ! +
41.	Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня	+ ! +
42.	Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь	+ ! --
43.	Иногда люди раздражают меня своим присутствием	+ ! +
44.	Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел	+ ! +
45.	Мой принцип: «Никогда не доверять чужакам»	-- ! --
46.	Если кто-нибудь раздражает меня, я готов сказать все, что я о нем думаю	-- ! +
47.	Я делаю много такого, о чем впоследствии сожалею	-- ! --
48.	Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь	-- ! --
49.	С десяти лет я никогда не проявлял вспышек гнева	+ ! --
50.	Я часто чувствую себя, как пороховая бочка, готовая взорваться	+ ! --
51.	Если бы все знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым легко ладить	+ ! +
52.	Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня	+ ! +
53.	Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ	-- ! +
54.	Неудачи огорчают меня	+ ! +
55.	Я дерусь не реже и не чаще, чем другие	-- ! --
56.	Я не могу вспомнить случая, когда я был настолько зол, что хватал попавшуюся под руку вещь и ломал ее	+ ! +
57.	Иногда я чувствую, что готов первым начать драку	-- ! +
58.	Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо	+ ! --
59.	Раньше я думал, что большинство людей говорит правду, но теперь я в это не верю	-- ! --
60.	Я ругаюсь только со злости	+ ! +
61.	Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть	+ ! +
62.	Если для защиты своих прав мне надо применять физическую силу, я применяю ее	-- ! --
63.	Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу по столу кулаком	-- ! --
64.	Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся	+ ! +
65.	У меня нет врагов, которые хотели бы мне навредить	+ ! -
66.	Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает	+ ! --
67.	Я часто думаю, что жил неправильно	-- ! --
68.	Я знаю людей, которые способны довести меня до драки	-- ! --
69.	Я не огорчаюсь из-за мелочей	-- ! +
70.	Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня	+ ! +
71.	Я часто просто угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение	-- ! --
72.	В последнее время я стал занудой	-- ! --
73.	В споре я часто повышаю голос	-- ! +
74.	Я стараюсь скрывать плохое отношение к людям	+ ! +
75.	Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить	+ ! +

Результаты:

Март Ноябрь

Физическая агрессия	33	11
Вербальная агрессия	24	48
Косвенная агрессия	65	39

Негативизм	40	20
Склонность к раздражению	63	45
Подозрительность	11	11
Обида	91	52
Автоагрессия или чувство вины	66	66
ИА (индекс агрессивности)	122	98
ИВ (индекс враждебности)	102	63

Приложение 2.

Исследование ситуативной и личностной тревожности (Шкала Спилбергера-Ханина) Ш.С. в марте 2010 г.

№ пп	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	+			
2	Мне ничто не угрожает	+			
3	Я нахожусь в напряжении				+
4	Я внутренне скован			+	
5	Я чувствую себя свободно	+			
6	Я расстроен	+			
7	Меня волнуют возможные неудачи		+		
8	Я ощущаю душевный покой	+			
9	Я встревожен			+	
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	+			
11	Я уверен в себе	+			
12	Я нервничаю		+		
13	Я не нахожу себе места		+		
14	Я взвинчен	+			
15	Я не чувствую скованности, напряжения	+			
16	Я доволен	+			
17	Я озабочен				+
18	Я слишком возбужден и мне не по себе			+	
19	Мне радостно	+			
20	Мне приятно	+			

Ситуативная тревожность - 65

Шкала личной тревожности (ЛТ)

№ пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение		+		
22	Я бываю раздражительным		+		
23	Я легко расстраиваюсь		+		
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие			+	
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть			+	
26	Я чувствую прилив сил и желание работать		+		
27	Я спокоен, хладнокровен и собран			+	
28	Меня тревожат возможные трудности			+	
29	Я слишком переживаю из-за пустяков		+		

30	Я бываю вполне счастлив		+		
31	Я все принимаю близко к сердцу			+	
32	Мне не хватает уверенности в себе			+	
33	Я чувствую себя беззащитным			+	
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей			+	
35	У меня бывает хандра		+		
36	Я бываю доволен		+		
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня		+		
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником		+		
39	Я уравновешенный человек			+	
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах			+	

Личностная тревожность - 54

Приложение 3.

Исследование ситуативной и личностной тревожности (Шкала Спилбергера-Ханина) Ш.С.

в ноябре 2010 г.

1. Шкала ситуативной тревожности

№ пп	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершен- но верно
1	Я спокоен		+		
2	Мне ничто не угрожает	+			
3	Я нахожусь в напряжении		+		
4	Я внутренне скован		+		
5	Я чувствую себя свободно	+			
6	Я расстроен	+			
7	Меня волнуют возможные неудачи		+		
8	Я ощущаю душевный покой		+		
9	Я встревожен	+			
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения		+		
11	Я уверен в себе		+		
12	Я нервничаю		+		
13	Я не нахожу себе места	+			
14	Я взвинчен	+			
15	Я не чувствую скованности, напряжения	+			
16	Я доволен		+		
17	Я озабочен		+		
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	+			
19	Мне радостно	+			
20	Мне приятно		+		

Ситуативная тревожность – 51

2. Шкала личностной тревожности

№	Суждение	Никогда	Почти	Часто	Почти
---	----------	---------	-------	-------	-------

пп			никогда		всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение		+		
22	Я бываю раздражительным		+		
23	Я легко расстраиваюсь		+		
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие			+	
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть		+		
26	Я чувствую прилив сил и желание работать			+	
27	Я спокоен, хладнокровен и собран		+		
28	Меня тревожат возможные трудности			+	
29	Я слишком переживаю из-за пустяков		+		
30	Я бываю вполне счастлив		+		
31	Я все принимаю близко к сердцу			+	
32	Мне не хватает уверенности в себе			+	
33	Я чувствую себя беззащитным			+	
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей			+	
35	У меня бывает хандра			+	
36	Я бываю доволен			+	
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня		+		
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником		+		
39	Я уравновешенный человек			+	
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах			+	

Личностная тревожность – 52

Приложение 4.

Таблица № 1. Исследование уровня субъективного контроля С.Ш. в марте 2010 г.

№ ВОПРОСА	ОТВЕТ						
1	--	12	+	23	--	34	--
2	--	13	+	24	--	35	--
3	+	14	+	25	--	36	+
4	+	15	--	26	+	37	--
5	+	16	+	27	--	38	--
6	--	17	+	28	--	39	+
7	+	18	+	29	--	40	+
8	+	19	+	30	+	41	+
9	+	20	+	31	+	42	+
10	-	21	--	32	--	43	+
11	+	22	--	33	--	44	+

Показатель общей интернальности Ио – 23 (средний уровень)

Интернальность в области достижений Ид - 4

Интернальность в области неудач Ин - 8

Интернальность в семейных отношениях Ис - 3

Интернальность в производственных отношениях Ип - 4

Интернальность в межличностных отношениях Им – 3

Интернальность в отношении болезни и здоровья Из - 2

Таблица № 2. Исследование уровня субъективного контроля С.Ш. в ноябре 2010 г.

№ ВОПРОСА	ОТВЕТ						
1	--	12	+	23	--	34	--
2	+	13	+	24	--	35	--
3	--	14	--	25	+	36	+
4	+	15	+	26	+	37	+
5	+	16	--	27	+	38	-
6	--	17	+	28	--	39	+
7	+	18	+	29	+	40	--
8	--	19	+	30	--	41	--
9	--	20	+	31	+	42	+
10	--	21	--	32	+	43	--
11	+	22	+	33	--	44	+

Показатель общей интернальности Ио – 37 (высокий уровень)

Интернальность в области достижений Ид – 9

Интернальность в области неудач Ин - 11

Интернальность в семейных отношениях Ис – 7

Интернальность в производственных отношениях Ип – 8

Интернальность в межличностных отношениях Им – 4

Интернальность в отношении болезни и здоровья Из - 3

Приложение 5.

Исследование дезадаптации (Методика «Прогноз»)

Таблица 1. Обследование Ш.С. в марте 2010г

№ вопр оса	Отв ет												
1	-	13	-	25	+	37	+	49	+	61	+	73	+
2	-	14	-	26	-	38	+	50	-	62	-	74	+
3	-	15	+	27	+	39	-	51	-	63	-	75	+
4	+	16	-	28	+	40	-	52	+	64	+	76	+
5	-	17	-	29	-	41	-	53	-	65	+	77	+
6	+	18	-	30	+	42	-	54	-	66	-	78	-
7	-	19	-	31	+	43	+	55	-	67	+	79	-
8	-	20	-	32	-	44	+	56	-	68	-	80	-
9	+	21	-	33	+	45	-	57	-	69	-	81	+
10	+	22	+	34	+	46	+	58	-	70	-	82	-
11	+	23	-	35	-	47	+	59	+	71	+	83	-
12	-	24	+	36	+	48	+	60	+	72	+	84	-

Шкала проверки искренности – 4 (результаты достоверны)

Нервно-психическая неустойчивость в стрессе - 33

Таблица 2. Обследование Ш.С. в ноябре 2010г

№ вопр оса	Отв ет												
1	–	13	–	25	+	37	+	49	–	61	+	73	–
2	–	14	+	26	–	38	+	50	–	62	–	74	+
3	–	15	–	27	–	39	+	51	–	63	–	75	–
4	+	16	–	28	–	40	–	52	–	64	–	76	+
5	–	17	–	29	–	41	–	53	–	65	–	77	–
6	+	18	+	30	+	42	–	54	–	66	–	78	–
7	–	19	–	31	+	43	+	55	+	67	+	79	–
8	–	20	–	32	–	44	–	56	–	68	–	80	–
9	+	21	+	33	+	45	–	57	+	69	–	81	–
10	–	22	+	34	+	46	+	58	–	70	–	82	–
11	+	23	–	35	–	47	+	59	+	71	–	83	–
12	–	24	+	36	–	48	+	60	+	72	–	84	–

Шкала проверки искренности – 5 (результаты достоверны)

Нервно-психическая неустойчивость в стрессе – 19

5.13. Андреев Ю.В. Кома III – принятый переход (дипломная работа), Москва 2010

О ГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ
І. ПУЛЬСИРУЮЩЕ ЗАТИЩЬЕ - ЯВЛЕНИЕ ГЛУБОКОЙ КОМЫ
1. Методологическая ситуация комы III
2. Телесный язык глубокой комы
3. Система деструктивности
ІІ. ОСОЗНАНИЕ И ПРИНЯТИЕ КАК ЗАВЕРШЕНИЕ ПЕРЕХОДА
1. Осознанность телесного положения
2. Одинокое тело – откровенно
3. Энергетическое намерение
ІІІ. КОМА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ТАНАТОСА
1. Моторные поля глубинного состояния
2. Практические заметки танатотерапии
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Возможность настоящего проявляется
в создании неизвестности и переходной
сущности для встречи самим с собой.

В текущей жизни мы часто встречаемся с переменами. Мы обращаем на них порой мало внимания, если они не беспокоят. Но когда наша субъективность полностью вовлекается в процесс, то нас охватывает большое количество неизвестных проявлений.

Живя в таком процессе, человеку, как биологическому существу, свойственно испытывать переходные модели состояний, не зависимо, будь то чувства, разум или тело. Такие встречи с собой - открывают нам эту самую неизвестность. И чем глубже встреча, тем ярче и мощнее инсайт неизвестности.

Всю жизнь человека можно назвать переходной, имеющей в своём арсенале время, структуру, взаимодействие [10]. Находясь в действительности, мы торопимся постичь большего от самореализации, нагнетая темп и пропуская совсем не маленькую часть нашей жизни – часть перехода. Она наступает от совокупности направленности и объёма на имеющемся уже уровне, а когда наступает, то пропускается нами, вымешаясь необходимостью остро доминирующими восстановительными надобностями. В процессе течения временной силы, маленькие переходы сливаются вместе и получают сильную мощь, проявляющуюся крупно. Рассматривая данную мощь, мы наталкиваемся на драматичность развития человека, где действуют две основные силы, комплектующиеся из потока энергии – силы сопротивляющие и призывающие к изменениям. Эти две силы берут разных покровителей, от которых создаётся скорость и мощность перехода. Но в любом случае итогом их является присутствие в собственной субъективности - сущности. Очень часто присутствие носит характер граней, полученных из-за зрелости влияний. Здесь важно отметить смысл влияния на полученную нами сущность. Она исходит от внешнего целевого критерия – при негативной сущности, её требуется исправлять; и внутреннего – когда сущность приобретается посредством свободного выбора, то этому следует поспособствовать[11].

Таким образом, из данных составляющих мы получаем некое состояние, неконтролируемое нами, протекающие своим чередом и не имеющие анализа. Речь идёт о коме. Это состояние можно оценивать с разных сторон и относительно аргументировать узконаправленной областью. Нам же видится попытка приоткрыть это состояние с разных граней, где актуальность вопроса упирается в незнание и дать характеристику раскрытия и описания крайности, что откликается глубинным общением организма через взаимодействие с окружающей действительностью. Нам так же небезразличны по многим признакам тонкости, нюансы, противоречия, вариации такого состояния, протекающие в хаотической деятельности, несущие человеческое понимание и осознание собственного биологического мира. Именно мира, поскольку практические, пусть даже малые замечания приоткрывают некоторую объективность в завершающихся комбинациях хаоса и высвобождение частицы громадного человеческого космоса. Неизученные феномены становятся более родными и близкими – нашей сущностью.

Настоящие проявления комы подсказывают нам условие изучения деятельности – проводить исследование через тело, ибо оно наша показательная субстанция опыта, действительности и изменений. Нет, и не будет более объективного показателя настоящего перехода от жизни к смерти. И в этом переходе хотелось узнать об мирно интегрированном, принятом варианте, более совокупном с замечательной закономерностью.

Поэтому целью исследования данной работы стало:

Выявление особенностей глубокой комы как перехода.

Объектом исследования: телесные проявления в глубокой коме .

Предметом исследования: критерии состояния перехода.

Задачи:

- 1.Выявление разных действующих сил, способствующих возникновению глубокой комы;
2. Найти особенности дезинтеграции, развивающие переход;
3. Показать необходимость осознания и принятия перехода.

Гипотеза данной работы: особенность глубокой комы – принятый переход.

Для того, чтобы отобразить исследуемую концепцию, нам видится применить инструменты телесноориентированной терапии, в виде танатотерапии, целью которой является восстановление утраченного контакта человека с процессами смерти и умирания [2]. Использование некоторых приёмов, терминирующего характера, которые мы далее осветим, позволят нам увидеть активную и пассивную телесную направленность и субъектную и объектную действительность, приводящие к переходам. Мы так же увидим картину телесной деятельности в крайнем состоянии, ведущую к перенастройке и изменению ориентации тела. Практическая значимость полученных данных может быть использована в психотерапевтической области и расширение научно-материальных баз для дальнейшего раскрытия аспектов разностороннего взаимодействия.

I. ПУЛЬСИРУЮЩЕЕ ЗАТИЩЬЕ – ЯВЛЕНИЕ ГЛУБОКОЙ КОМЫ

Органическая жизнь очень хрупкое и вариативное творение природы. Поддерживается такая жизнь необходимостью контроля и изменения в постоянно изменяемых условиях существования. Да и сам организм вынужден действовать для собственной сохранности. Всевозможные движения, свойственны самосохранению и совершаются посредством стимулированной силы[12]. Но когда стимулирующая сила заменяется в преображающую, тогда наступает роль психофизического изменения – роль тела меняется от динамичной к пульсирующей. В таком случае мы сталкиваемся с нарушением ориентации в окружающем пространстве. Параллельно исчезает

взаимодействие и частично остаётся соприкосновение, лишь воздействие набирает полный ход. Воздействующие силы, предусматривающие свободный ход для окружающего, порождают хаос, который ещё больше нарушает сознание. Тело при этом теряет способность к сознанию, но и не входит в терминацию. Оно как бы отторгается через остановку – уже символическую смерть. В таком случае мы видим человека получившего возможность видоизмениться в какую-либо сторону. Замечательно другое. Человеку отдаётся выбор, шанс на биологическое восстановление, который с удлинением времени становится меньшим шансом. Он не возвращается в сознание, и, продолжая находиться под данными компонентами, впадает в более глубокую предметную характеристику собственного тела. Наше предположение данности – контакт с влиянием и последствиями, потенцирующими друг друга. Полученный результат от них – глубокая «харибда». Ещё одним чётким проявлением погружения является локальная активность, двигательными мышечными вспышками, сменяющая более сильным расслаблением и снова нагнетающей готовностью отреагировать на некий стимул. Протекает хаотичная цепь.

1. Методологическая ситуация комы III.

В коме III важны все появления говорящие о переходе, имеющем свой конец и своё начало. Сам переход – уход от окружающей сложившейся ситуации (освобождение от всех видов проявлений) и вступление в новый вид отношений с окружающей действительностью. Застигнутым врасплох человек оказывается в непонятном биологическом соотношении и пытается подсознательно извлечь из исходного материала, собственным телом что-либо ценное для собственного опыта. Тело, уравновешивая биологические распри, рано или поздно, выплачивает за реально происходящее, причём немедленно. Но даже в таком состоянии, со своими процессами, тело извлекает тонкую структуру, проявляющую в тяжести и неподвижности биологической субстанции. На этапе мы видим изменения качества активности, условием которого является существование, а результатом плата изменением отношений. Мы видим безысходность, мешающую приложить усилия для динамичного развития ситуации, в конце концов которая всё же наступит через хаос. Мы столкнулись с феноменом – комой, влияющей конструктивно на телесное поведение.

На наш взгляд сама практическая ситуация – есть личная субъективизация, некое приближение человеком собственной проблемы к себе, признанием её своей, а себя – источником, автором, несущим ответственность за её решение. И здесь же видны внесения собственных усилий и намерения собственного бессознательного. Сознание делает человека каким-то аномальным явлением природы, гротеском, игроком Природы

[9]. Но он часть природы и не способен противостоять ей, хотя и делает это. На лицо самая большая дуальность человека. Проходя в неизвестные состояния, человек пользуется самосознанием, которое позволяет видеть своё бессилие и конечность своего бытия. С помощью бессознательного, позволяющего присутствовать самом в себе, человеческая структура материально видоизменяется, оставляя наработанные принуждения. Получив информацию с рождением о потенциале жизни, и столкнувшись с видоизменённым внутренним миром, человек сам пытается его изменить путём преобразования. И это преобразование на наш взгляд – кома. В этом объёме отмечается отсутствие желания к чему-либо и приобретение умиротворённости души и тела – нахождения равновесия с миром[8]. Но в переходе от реальности к равновесию человек сталкивается с телесными трансакциями и изучая их, грёзя, застrevает в бессознательном пространстве – иной реальности.

Характерная особенность жизни в коме – жизнь по правилам биологической энергии, без ритуалов и церемоний, без игр и иллюзий. С изменяющими внутренними процессами – переход становится явью. И чем мощнее изменения, тем мощнее переход, который не всегда разрушает биологическое существование. Человек проживающий в собственном внутреннем мире лишён внешних впечатлений, но заполняя себя механическим воображением, исследуя действительность, стремится воплотить плоды полученного через отождествление в том числе и с устранением ненужной субстанции. Так вот такое отождествление всегда проявляется хаосом, который несёт порядок вещей и доказательство этому состояние комы, заканчивающее расстановкой i. А порядок вещей – стереотипов, принципов, паттернов, видимых из анамнеза человека наоборот приводит в лик танатоса.

2. Телесный язык глубокой комы.

Ощущаемое пространство или потребность в территории обстоятельна всегда и руководствуется границами нашего опыта. В условиях границ не воспринимаемых, такое пространство превращается в оболочку, так же имеющую территорию. В случае комы оболочка находится под угрозой исчезновения и поэтому территория постоянно проверяется и только воображением. На наш взгляд зоны свободного воображаемого пространства постоянно просчитываются и не меняются. Можно сказать, что тело растворено в таком пространстве и диктует потребность – желание назвать место своим собственным, с проявлением мышечных ограничений[7].Степень близости с окружающим пространством, так же вызванная потребностью, проявляется однотипными жестами верхних конечностей от центра к периферии, но с разнотипной амплитудой самого

движения. И что важно – возвращение в исходное положение! Есть жест ротации головы и возвращения на эту же позицию, происходящий из-за воздействия на ограниченную территорию к примеру болевого раздражителя. Тогда такой жест носит сигнал напряжения и отвержения – борьбы за свою оболочку. Но всё же длительное ограниченное пространство является травмой для тела, которое каким-то образом пытается обосноваться. В таком раскладе хаотическое существование и движение областей тела создаёт конфликт между сверхконтролем и телом, а чувства являются проводником. Пример – динамика опор, где в начальной коме, они как-то существует и реагируют, принимая заземление, в коме два они полностью сначала сопротивляются, не принимая заземление, а затем отвергают, в глубокой коме полностью теряются. То есть в процессе мы сталкиваемся с игнорированием происходящего, но с реакцией на неизвестную модель поведения. А вот руки остаются более респектабельными, даже в глубокой коме – мы наблюдаем поиск земли, ибо ладони кладутся внутренней стороной на поверхность. Поэтому ни одно движение в коме не является задуманным, все они вызваны по существу быстро происходящего действия.

Другой телесный язык комы – это её дыхание, проявление глубокого телесного ритма (расширения и сжатия), выражение полной работы тела[14]. В коме III, в разных интервалах её течения, мы часто сталкиваемся с отсутствием дыхания, предшествует которому аспонтанное дыхание (неполное или краткосрочное). Здесь важно заметить, что самостоятельная краткосрочность подключается на искусственном вдохе, причём на разных уровнях вдоха и также отключается. То есть тело в этот момент так же дробно включается в процесс движения. Но ни когда вдох не заканчивается полностью, обрываясь на уровне шеи. Дыхательные движения не выходят за пределы грудной клетки и диафрагмы, которая ограничена в движении. Это ведёт расширение лёгких наружу и расширяет каркас рёбер. Заметим, что данная комбинация требует большого количества энергии и вызывает изменения в напряжении организма. Сама волна дыхания, начинающая снизу – отсутствует и берёт своё начало с середины живота. Аспонтанное дыхание проявляется в переходе из комы II в кому III, которая характеризуется отсутствием самостоятельного дыхания или патологическими его типами (Биотта, Ченс-Токса). Такие типы дыхания заслуживают отдельной огласки. Дыхание Биотта – частое и поверхностное, настойчивое дыхание, не поддающееся искусственному аппарату, проецирующее работу только грудной клетки, сопутствующее сжатием тела, терминальной температурой и сильным падением давления, говорит о скоплении энергии в центральной части тела и невозможности её разрядки. Другой терминальный тип – дыхание Ченс-Токса, часто сопровождающий состоянием агонии. Здесь выявляются

разные волновые телесные движения и акты вдоха и выдоха, от глубоких, до обрывистых, с энергетической готовностью организма в любой момент к разрядке.

3. Система деструктивности.

Переживание эмоциональной депривации, текущей в коме от резкого изменения состояния, отражаются психически. Тяжесть самого соматического состояния травматизирует тело и от резкости наступления боли, и от изменения гомеостаза. Здесь на наш взгляд подключается травматический телесный опыт, всплывающий бессознательно, подкрепляющий в следующем нашедшие телом аргументы. А тело тем временем эмпирически самоисследует себя и находит изъяны необыкновенной интенсивности. Травма переживается заново и от количества травматизма формируется опыт умирания, приводящий к перестройке биологической информации белков, готовя их к простой составляющей [17]. Оставаясь в экзистенциальном кризисе, человек становится относительным хозяином себе, от стихийности коллективного бессознательного. Это приводит к расщеплению на элементы продуктивную жизнь, а в одиночестве такие элементы деструктивны. Возможно, поэтому мы видим жесткие и резкие движения конечностей или их ригидность, то есть деструктивную ярость.

Сама тенденция деструктивности разрушительна, но вредоносность несёт энергия, получаемая от этой тенденции, направляемая вовнутрь и скапливающаяся в определённом месте. На таком уровне мы видим стихийные импульсы направленные против собственного тела, получая желание облегчить непереносимые травматические страдания. Телесными признаками в глубокой коме являются резкие отведения головы в сторону и работу на этой стороне гримас. В таком соотношении мы имеем дело с танатосным телом, устремлённым к цели, но не к удовольствию [2]! Локальное возбуждение без целостного чувства гнева ставит тело в рамки и следом от них проявляется не получение удовлетворения и отчуждение удовольствия. Мы получаем в общем итоге деструктивную деятельность.

II. ОСОЗНАНИЕ И ПРИНЯТИЕ КАК ЗАВЕРШЕНИЕ ПЕРЕХОДА

1. Осознание телесного положения.

Сосредоточенность на собственной биологической природе не покидает человека до самой смерти. Тело коматозного пациента – это творец симптомов [15]. Внутренний подход к этому происходит от потери внешнего информационного поля. Когда сверхконтроль уступает свои обязанности, то понимание текущего суживается. Мы видим это в смирении тела комы III, в отличии от комы II и I, где тело конфликтует с меняющейся действительностью. Сопротивляясь взаимодействию, тело замораживает

осознавание, находясь в стадии понимания. За понимание телом глубокой комы, ещё говорит кинестетические сообщения, иногда едва уловимые. Приём таких сообщений трактуется нами на анализе коматозного телесного соприкосновения с настоящим. Не будем ёрничать на состоянии такой комы, что это, мол, вегетативное растение с лимбическо-стволовой симптоматикой. Все же нам ближе биотелесная структура, возбуждённая психоэмоциональнофизическим состоянием, без системным и чрезвычайным. Вегетативная и паравегетативная нервные системы, конкретно участвующие в глубокой коме, тоже являются соучастниками общения тела между собой. На практике, при понимании, то есть в первой и второй коме, мы видим частичное подключение самостоятельного вдоха, приходы в сознание и т.д. Так вот когда понимание достигнет инсайта пустоты, начнётся осознавание собственного положения. Это проявляется в продолжительности глубокой комы (от нескольких часов до нескольких суток). Это время отдано для процессуального движения и исследования – внутренней деятельности, от которой наступает осознанность. Проявляется деятельность в высоких температурах тела, снижении артериального давления и не ритмичного сердцебиения, рвотой. Нам видится это как внутреннее формирование доверия к процессу и отпускание ситуации, движение к освобождению.

2. Одинокое тело – откровенно.

Сталкиваясь с комой, мы сталкиваемся с одиночеством. Не трудно увидеть производство одиночества от продуктов сильно сохранного чувства и сверконтроля, вернее их несогласованности – конфликт между истинным и социально желаемым [13]. Факт, создающий настоящее – это тот же переход! В нашей теме и работе этот переход резкий, несущий мгновенную утрату основополагающих связей, и ведущий субъекта в собственный внутренний мир. В этом мире он испытывает переживания, сталкивается с комплексно беспорядочной формой самосознания провоцирующей одиночеством. Самосознание же, на наш взгляд, по необходимости реализовывается частичными и локальными телесными проявлениями. Учитывая бессознательное положение – ощущение утраты связи с бытием, тело в действительности откровенно, свободно и не имеет паттернов. Из этого следует самоотчужденность телесности, проявляющая в угасании кинестетического контакта, бедность мимики, двигательных реакций на стимулы, то есть потерей диалога. Но тело вступает в монолог с минимальным реагированием на переживания и умозаключения. Доминанта здесь само тело, оно разговаривает само с собой! Тело в одиночестве двигается по существу, и заметим без хаоса, реагируя на основе анализа собственного состояния[6].

Телесные знаки говорят о текущих решениях всего организма. Взять, например тонус мышц в последних вдохах и выдохах человека – он весь напряжён, причём напряжение прокатывается волной именно на вдохе и отступает в тотальное расслабление на выдохе. Этот знак подтверждает разлад биосистемы и он настоящий, подверженный индивидуальному импульсу, необходимому в сложившейся ситуации. При вдохе происходит движение мышц, как желанное реагирование, а при выдохе, как нужное реагирование к спокойствию и умиротворению.

3. Энергетическое намерение

Энергетическая деятельность нашего организма является сложным биологическим механизмом особого качества. Создание и перемещение энергии соответствует нашей духовной, физической и умственной способности. Тело участвует в этой деятельности созависимо, последовательно, превращая энергию в субстанцию природного типа. По нашим наблюдениям за внутренней работой, текущей в коме, сама работа достигает своего апогея через накопление и разряжение такой энергии. Здесь участвует и её концентрация вместе с хаотичным направлением к определённым местам. Но само массовое скопление происходит по существу. В состоянии комы не возможно пользоваться этой энергией и часто она становится нам чуждой, скапливаясь и доминируя в одном месте, в состоянии покоя и без необходимого питания. Возникает и преобразуется она за счёт чувствования, мышления и ощущения, трансформируясь в автоматическую, выполняющую заданную внутреннюю работу [3]. При этом мы видим, в состоянии комы, что можно ощутить разницу, но не понимать, что именно требуется. В результате реакции будут иметь не изначальные намерения. Автоматическая энергия только поддерживает коматозное функционирование, сбивая возникающие чувства и ощущения и перемещая их от периферии к центру, скопление которой в большом количестве приводит к резкому прорыву биологического материала. За счёт неорганизованности возникает катаболическая (пониженная) энергия, расходующая на процессы, изменения в системах организма и угасает при расходовании в порядке убывания. Высокая же энергия стекается к центру от невозможности её разрядки. Необходимо упомянуть о трёх составляющих энергии, создающих проявления в том числе и состояния комы. Это качество энергии, говорящее за её соответствие; интенсивность – отвечающее за необходимость; количество – за достаточность. На наш взгляд именно эти нюансы двух видов энергии создают, изменяют и уничтожают поля, что ведёт к видоизменениям и биологического процесса, проявлений в нём, и предметно субъектные отношения с окружающей действительностью. Примером служит теплота,

поддерживающая постоянную циркуляцию систем для работы организма. В коме она уходит, опять же от периферии к центру и, кстати, остаётся там ещё некоторое время после биологической смерти! Здесь признаки двух составляющих – количество и качество, которые без интенсивности создают такие поля как флексию (сжатие) и тракцию (хватание), о которых поговорим далее. Другой видимый пример – отекание тела в середине комы, связанный с расширением и сжатием жидкости, что движет экстензией (расширение). Она создаётся от нарушения интенсивности и количества энергии с сохранным качеством. И тогда поле флексии и тракции исчезает, а наступает царство абсорбции (спокойствия), подкрепляющей экстензией (расширением). Вот почему мы наблюдаем разложение сложных белков на более простые составляющие.

Надо отметить здесь о внимательном изучении течений энергий, об их центровых перемещениях по каким-либо законам. Возможен частый жизненный вариант – энергия перерождается в целеполагающе-наёмную, но не остается желанно-рабочей. Наверное, все же нам ещё предстоит это исследовать и аккуратно изучить[4].

II. КОМА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ТАНАТОСА

Мы провели несколько дней и ночей у постели коматозных пациентов, заведомо выбирая их по общему медицинскому признаку – нарушение работы мозговых структур по какой-либо причине, с обязательным поражением стволового отдела. Помимо этого нам предоставлялась возможность телесного контакта и наблюдения глубокой комой – комой три, вплоть до состояния агонии. Количество пациентов – 21 человек, один из которых выжил, переходя несколько раз из стадии в стадию, в последствие оставшимся глубоким инвалидом. Все пациенты

наблюдались несколько раз, в зависимости от времени угасания жизненных функций. Средне статистически – порядка 3 дней и ночей, после чего происходила смерть, предшествующая агонией, или мгновенным прекращением сердечно-сосудистой деятельности. Ни одна кома третьего порядка не была похожа на другую по биологической динамике течения. Но все имели некоторые общие признаки, о которых мы поговорим далее.

Примечательно данное состояние и принципиальным подходом со стороны работников здравоохранения. Во первых - не проводилось успокаивающей терапии и мышечный тонус оставался таким, какой он есть, до самой последней минуты. Во вторых – отсутствовали специализированные средства, поддерживающие гомеостаз, кроме ИВЛ (аппарата искусственной вентиляции лёгких) и допамина – препарата поддерживающего ССС (сердечно-сосудистую систему). Это дало нам максимально

отследить получаемые процессы терминации и сонации. В третьих мы столкнулись с абсолютной фиксацией верхних конечностей, для безопасности самого же пациента в период нахождения на койке интенсивной терапии. Причина - их непредсказуемое двигательное перемещения, а в частности мини ротация кистей и предплечий.

1. Моторные поля глубинного состояния.

Поток движений этого состояния, конечно, ограничен требованиями. Стволовые импульсы, придающие тонус мышцам, тесно связаны с намерениями и внутренним отношением к ситуации. А вот проявления носили характер спонтанных изменений форм движений, не поддающихся законом размерности, параллельности и т.д. Но вот что мы увидели и ощутили через тело комы, интерпретируя данное состояние моторными полями [18], что невозможно объяснить нейропсихологией. Начнём по порядку. Поле флексии (сжатия) наблюдается в более ранних стадиях комы – сведение ног (опор) и фиксация их в определённом ракурсе, затем оно пропадает и изредка и спонтанно появляется в глубокой коме. Поле тракции, где руки (контакт с миром) проводят поисковые движения по «собирательной» траектории и при нахождении предмета, хватают его удерживая только кистью (контакт с окружающими) при условии сопротивления предмета, а предплечья быстро расслабляются. То есть тракция активно сочетается с полем флексии. Потребность удержания в этом случае отрицается сверхконтролем. При исчезновении сопротивления удержание ослабевает потихоньку, как бы проверяя – не осталось ли сопротивления. Но при наступлении комы III данное поле растворяется. Поле экстензии (расширения) – одно из ярких проявлений наблюдаемой комы, причём оно является одним из первых признаков наступления комы – руки и ноги удлиняются и разводятся в стороны, спина прогибается, а голова отводится от груди (запрокидывается). Поле оппозиции (отталкивание) напрочь отсутствует. Объяснение этому отсутствие заземления, дезактивация опор. На следующее поле стоит особо обратить внимание – поле ротации, оно не зависит от функционального состояния комы. Замечательно и в средней степени комы и более в глубокой степени. Причём прогресс вызывающий ротацию головы отталкивается при работе с грудной клеткой (чувствами). Если это проводится в резкой амплитуде врачом реаниматологом, для диагностического критерия, то ротация носит мелко образный характер. Если работает танатотерапия «театром прикосновений», то амплитуда ротации глубокая, на одну сторону и что примечательно – на сторону поражения! Глазные яблоки тоже представляют ротацию. Они отводятся горизонтальным и вертикальным нистагмами, причём в коме третьего порядка часто они стоят на месте, но выпадает период, когда яблоко плавно, с одной и той

же скоростью и количеством времени расходятся в стороны. Мы несколько раз столкнулись с этим явлением после приёма «последовательности предъявляемых опор». Поле канализации, предполагаемое контейнирование чувств, отсутствует по причинам имеющихся непроизвольных движений и воображений в отсутствии восприятия и дыхания. С помощью этого (отсутствие контенирования) поле пульсации медленно растворяется, не имея даже малейшего шанса. Самым долгим молчуном является поле активации, которое во всем времени комы молчит и лишь возникает в состоянии агонии, подготавливая человека передвижению. Возникает сразу после самого длительного поля комы три, представляющего основу – поле абсорбции (спокойствия), поля позволяющего принимать во внутрь, ощущая бытиё. Таким образом, в коме три мы можем увидеть синхронную работу пяти полей, где абсорбция превалирует и идет от начала до конца, уступая лишь полю активации. Другой вид, присутствующий повсеместно – поле экстензии, но имеющий лихорадочное проявление в течении комы и наступающий в её начале и развязке. Поле тракции на наш взгляд является сигналом к переходу в более глубокое состояние, а совместно с флексией открывает поле абсорбции – это тормозит биостабильность и блокирует психомоторность. Исчезают физические границы, но остаются чёткие энергетические границы, растворяющие тракцию и дающие ход активации и абсорбции

2. Практические заметки танатотерапии.

Проводя наблюдения за человеком находящимся в глубокой коме, используя при этом танатотерапию, мы можем отметить массу предметных характеристик тела, имеющие тенденций телесной памяти [5]. Очень примечательно то, что тело имеет тотальное расслабление по участкам. Пожалуй, единственные, всегда отсутствуют нижние конечности – опоры, которые в процессе перехода в глубокую кому, полностью не присутствуют в жизни тела. И если мы видим в второй коме очень жесткое сопротивление и напряжение стоп и голени, с вынужденным их положением, то в следующей стадии мы напрочь теряем все двигательные возможности. Тоже самое происходит и с руками, они более подвижны и имеют микроколебания, но со временем мы их так же не отмечаем. Голова имеет неподвижность, а при колебании тела подаёт знаки, характерные именно ей. И всё же она продолжает существовать, но уже не как командующий, а к соучастник процесса. Тело выступает своеобразным гарантом, мерилом и регулятором баланса процессов активизации – поглощения энергии, и в конце резким её выпуском.

Кома три – это погружение и развитие «Харибды», заканчивающее «Сциллой» - отреагированием и катарсисом, с полной потерей сверхконтроля [2], с дезинтеграцией трёх сфер человека. Течение глубокой комы – состояние внутреннего исследования – встречи с собой. Стадия терминации доминирует в коме три и продолжается не долго. В этот момент энергия не поглощается (не абсорбируется), что не приводит к заземлению, но ведёт к биологическим паттернам. В дальнейшем все меняется наоборот. В процессе агонии или прекращения сердечной деятельности, проявляется амбивалентная поза, подчёркивающая переживания и повышенную напряженность, в последствии, которой 20 происходит мощный выброс скопившейся энергии из тела – его центра.

Практические наработки, с использованием четырёх основных приёмов танатотерапии, дали серьёзные результаты Театр прикосновений – где принцип не спеши, управляя силой и темпом, делая медленно, очень близко сочетается с самим состоянием и переживанием комы. Кома это тоже постановка индивидуального характера с одинаковыми декорациями (телом). Вот именно когда мы и работаем с этими декорациями, мы работаем в своём амплуа, но подстраиваемся к общей постановке, проводим поляризацию ролей, помогая человеку более исследовать переход. Это видно в сравнении с другими пациентами, поля которых не так активны, за исключением абсорбции и экстензии[2].

Телесная гомеопатия – принцип малых доз и величин (минимальные по силе и амплитуде воздействия, приводят к максимальным по силе и чувствам переживаниям). Тело находится само по себе в гомеопатическом режиме и максимально переживает собственные чувства, только через воображения и частично от ощущения вторжения медицины. Но такая активность не приносит отреагирование. Находясь в иньском компоненте, тело накапливает янъский компонент и готовится его выплеснуть в любую секунду. Дело обстоит только за наполненностью иньской составляющей. В таком состоянии важно не резонировать с телом и приводя смысл – «слабее, ниже, медленнее», необходимо изберательно, вплоть до ситуационно-текущего расчёта применять гомеопатию.

Телесная магия – ясность и точность намерений и действий, чётко и сильно резонирует с состоянием комы. Мы получаем серьёзное сопротивление от происходящего хаоса на наши присоединения, так как ясность и точность создаёт чужую структуру в процессе комы и ещё более усиливает хаос организма, в котором процессы резко сменяют друг друга. Отторгаются чуждые намерения самого процесса комы, а действия растворяют последние ресурсы, приближая янъский выброс.

Последовательность предъявляемых опор – где важность последовательного действия, приводящего к обретению и осознанию собственного веса, расслабляет данную часть. Импульс, хаотично направленный в ту или иную часть (флексия и тракция) сталкивается с пространством и не найдя компонента, выпадает, испытывая дискомфорт. Любой последовательностью мы осуществляем сбивание сверхконтроля, а здесь он не управляет нашим телом, а способствует разрешению ситуационных затворов. И тело ему благодарно за содружество в приобретении абсорбции и участии в активизации. Сам процесс, с углублением комы, все более не осуществляется контролем. Сама цель контроля – догнать, поднять, найти, быстро и принципиально меняется и получает от тела адекватную реакцию, противоречащую насилию над телом. В результате контроль принимает условия тела и в дальнейшем отдаёт инициативу телу, отпуская все во время мощного выброса энергии.

Учитывая серьёзность состояния, практичность комбинаций приёмов, мы подошли к выбору и остановились на театре прикосновений, на всём протяжении комы III, вплоть до агонии и резкой смерти. Это создало принятие неизбежности процесса и на наш взгляд, хоть и по маленьким наблюдением сократило и смягчило время агонии. Телесная магия и гомеопатия выраженных эффектов не выразила, но за последней отметился неожиданный эффект - в начале комы менялась на увеличение экстензия. Последовательность предъявляемых опор результатов не дала и отодвигала разрешение, усиливая абсорбцию. Мы вышли на позиции работы в коме с театром прикосновений и очень аккуратно и изыскано с телесной гомеопатией. Два этих приёма наиболее чётко зарекомендовали себя в коме три как составляющие компоненты изучения и понимания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из применяемого теоретического материала на практической основе мы увидели некоторую объективность течения изучаемого состояния, требующую расширенной проверки. Придерживаясь гипотезы, что особенностью глубокой комы является принятый переход, мы работали над телесными данностями этого состояния, используя танатотерапевтические приёмы и наблюдение, сравнивая в динамике среднестатистические медицинские показатели. В результате очевидна дезинтеграция основных сфер человека, по типу хаотической направленности: где феномен резкого одиночества существует как запускающий механизм, изменяющий телесное поведение; потеря сверконтролем своей функции - предоставляет телу самостоятельное существование; и на конец, тело само принимает решение на основе комплексного изменения в собственной структуре. Все три составляющие говорят о переходе в некое не

постоянное состояние. Телесная сфера рассмотрена детально в ракурсе работы полей флексии, тракции, экстензии, активации и абсорбции, несущие процессуальные компоненты комы: сигнала, запуска, показателя, перехода. Все пять полей, перемежаясь, потенцируются и растворяются от перемещения и концентрации энергии по телу, что в свою очередь создаёт новую особенность, противоречащую общепринятой биологической концепцией. С течением времени тело, под воздействием изменяемых процессов, исчерпывает собственный ресурс и самостоятельно перестраивает свою структуру. Это приводит к рубежу биологических возможностей, которые в крайних состояниях затухают. Происходит остановка жизнедеятельности, сама по себе говорящая за принятие как желаемое в целях умиротворения и облегчения от происходящего. Таким образом, наша гипотеза теоретически и практически подтверждена.

С П И С О К Л И Т Е Р А Т У Р Ы

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания Из-во «Класс» М.,1998г – 36-39 стр.
2. Баскаков В.Ю. Танатотерапия. Терапевтические основы и практические применения Из-во И.О.И. М., 2007г – 43-44; 51-83стр.
3. Беннетт Дж.Г. Энергии: материальные, жизненные и космические Из-во «Речь» С-Пб., 2001г – 23-28стр.
4. Бьюдженталь Д. Наука быть живым Из-во « АСТ» М., 2002г. – 58-63стр.
5. Газарова Е.Г. Психология телесности Из-во И.О.И. М., 2002г. – 86-100 стр.
6. Гроф С., Хэлифакс Дж. Человек перед лицом смерти Из-во Трансперсонального Института. Киев, 1996г. – 103-115стр.
7. Гроф С. За пределами жизни Из-во « Питер» С-пб 2002г – 74-79стр.
8. Гурджиев Г.И. Последний час жизни Из-во «Харвест» Минск 2004г. – 87-92стр.
9. Гурджиев Г.И. Взгляды из реального мира Из-во «Харвест» Минск 2004г. – 498-516стр.
10. Джозеф С. Рейнгольд Мать, тревога и смерть Комплекс трагической смерти Из-во «ПЕР-СЕ» М.2004г. – 65-73стр.
11. Каллин Р. Зеркало света Из-во Класс» М.1996г. – 29-38стр.
12. Кэрол У. Пэрриш-Хара Смерть и умирание: Новый взгляд на проблему Из-во И.О.И. М. 2003г. – 164 -173стр.
13. Леонтьев Д.А. Психология смысла Из-во « Класс» М. 1996г. 137; 184стр.
14. Лоуэн А. Терапия, которая работает с телом Из-во «АСТ» М. 2006г. – 189-193стр.

15. Миндел А. Кома – ключ к пробуждению Из-во « Питер» С-Пб 2002г. -163; 174;182стр.
16. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии – деятельность Из-во « Речь» С-Пб. 1998г. – 367 - 382стр.
17. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство Из-во «Класс» М. 2005г.- 173; 391стр.
18. Энергия и характер Журнал биосинтеза № 2 М. 2002г – 4-17стр.

6. Танатотерапия как опыт трансперсональных переживаний.

6.1. Трансперсональный опыт как путь повышения ценности бытия Воронкина С.И., Агурина А.Е.(г. Краснодар)

Сб. Основные направления развития региональной системы социально-психологической поддержки населения/ Материалы XIII региональной научно-практической конференции/Краснодар, 27-28 октября 2000г., стр.20-21.

В данном исследовании посредством инициирования измененного состояния сознания (ИСС), причем не с помощью традиционных трансперсональных технологий (дыхательные, медитативные техники), а в результате корректного применения телесно-ориентированных психотехник (моделирование умирания через кинестетический транс), отслеживалась динамика отношения к смерти, а главное к жизни (вербальные отчеты о процессе танатотерапии (ТТ), незаконченные предложения, рисунки жизни и смерти, методики Люшера, СД - диагностика до и после ТТ).

Контент-анализ 20 отчетов выявил наиболее типичные визуальные образы и телесные ощущения, сопровождающие «путешествие»: состояние полета, но и глубины; провалы, свет, солнце, яркое освещение, но и темнота, мрак, чернота; вода (река, ручей, море, океан); преобладание зеленых и красных образов. Рисунки жизни после процесса ТТ характеризуются большим охватом пространства, например, дерево на поляне вместо цветка, Земной шар вместо поляны и т.д.

Нередко уменьшение негативных чувств или их трансформация. Например, снижается уровень тревожности, стресса; страх, ненависть превращаются в спокойствие, напряженность и др. Актуализируется стремление жить активно, без страхов и опасений. Так, если при первом упоминании о смерти (до ТТ) хочется «не думать о ней», «закрыть глаза» и «ничего не делать», то после появляется желание «успеть что-то сделать», «как можно больше успеть», «вообще что-то делать».

У прошедших процесс увеличивается стремление к автономии, к самоутверждению, к преодолению ограничений, появляется большая определенность в желаниях и целях.

Изменяется и групповая динамика в сторону большей сплоченности и переструктурирования.

Таким образом, после переживания смоделированного опыта умирания проявилась тенденция повышения ценности бытия как такового, собственной уникальной жизни и собственного участия в ней.

6.2. Случай описания переживаний К.

Ниже приводится один из протоколов описания переживаний в ходе сеанса танатотерапии.

Катерина П., 37 лет

«Первая картинка жила, пока я привыкала к тому, что происходит. Очень ясное, синее, холодное небо и поле облаков, ярко-белых, будто смотришь сверху, с самолета. В облачном поле - ровный круглый разрыв, и в нем видны башни города. Это вполне современные небоскребы, очень четкие и красивые, их вершины поднимаются над облаками. Понятно, что внизу - огромный город, самые высокие его здания достают до облаков. Здесь все очень яркое, сияющее, вот-вот зазвенит.

Второй образ быстремко вернул меня на землю, когда потянули руку. Видела себя на полу, но тело стало белым каркасом, будто слепленным из жвачки (кошмар!), просто пять отростков, которые можно тянуть и лепить. Подумалось, что это верно.

Потом стало холодно, была поздняя осень, вспаханная земля у кромки леса, чуть припорошенная снегом, сизое небо перед закатом, стаи черных птиц и я, такая же черная, на этой пашне, и уже знаю, что умерла и ко мне никто не придет. Я была там долго, постепенно привыкая, что все случилось и ничего более не имеет значения, что все мои привычные чувства и долги - уже не мои. Я пробовала их - это было воспоминание о грусти, воспоминание о страхе, мысли о близких - но все это не во мне, можно рассматривать и отпускать, и они тают, так забавно... Свободно и радостно...

Шум волн, появилось море, серое, северное, серая чайка и белое небо. Я поднимаюсь в небо, уже не видно моря, только белизна неба, и в этом белом, ни холодном, ни теплом пространстве прохожу - границу? - ничего не видно, ничего не происходит, просто знаю, что была граница, и она - пройдена. Это абсолютное счастье, слияние - с чем? Теперь я там, где должна быть, теперь все правильно, и это, оказывается, так просто...

Последний образ. Вижу себя, снова на пашне, но тело мое холодное и расколотое, как гипсовая кукла. Теперь я - комочек теплого света, как большой светлячок, прячусь в этой скорлупке, недалеко от сердца. Могу и вылететь, но не лечу пока: то ли жду чего, то ли привыкаю, и тихо смеюсь - от радости.

А потом было пора вставать.

Остаток дня ходила по городу с несравненным чувством: у меня все есть. Абсолютно ничего не нужно, ни вещей, ни людей, ни событий. Это не одиночество, не отделенность, а тихая радость: довольно того, что есть; и всем, что есть, я довольна.

Самая большая сложность в том что я, судя по слышанным ранее описаниям, ожидала напряжения, боли, страха - а потом вспышки, озарения. Но ни боли, ни страха не было; было - освобождение и растущая радость».

6.3. Из Практической психологии

7. Танатотерапия в диагностике

7.1. Забродина В.С. (г. Екатеринбург) Апробация методики «ТТТ (Тематический Танатотерапевтический Тест)» в практической деятельности танатотерапевта

В практической деятельности психолога важнейшим является диагностический инструментарий, используемый в работе. В настоящей статье рассмотрен способ анализа новой методики «ТТТ», предложенной В. Баскаковым для психоdiagностики клиентов в рамках отечественного метода телесно-ориентированного психотерапевтического (ТОП) направления – танатотерапии.

Обращение к вопросу психодиагностики практическими психологами является важной для повышения эффективности психокоррекционных мероприятий. В настоящее время процессы, протекающие в современном обществе, порождают у людей растерянность и беспокойство. Актуальность настоящей работы определяется необходимостью получения нового инструмента для исследования внутренних процессов и целостной картины психического здоровья человека.

Целью данной работы является выявление изменений в методике «ТТТ» при воздействии на экспериментальную группу психологов приемами танатотерапии.

Задачи исследования:

- 1)изучить и обобщить литературные источники по танатотерапии;
- 2)исследовать общее состояние двух групп психологов на предмет восприятия мира с помощью методики «ТТТ»;
- 3)применить приемы танатотерапии в экспериментальной группе и произвести анализ исследования.

В качестве экспериментальной гипотезы предполагаем, что эксперимент выявит изменения в методике «ТТТ», а применение приемов танатотерапии оптимизирует восприятие мира психологов, не знакомых с методом танатотерапии.

Отечественный метод танатотерапия является одним из направлений в психотерапии, направленный на то, чтобы через телесные проявления открыть и скорректировать различные проблемы клиентов. В августе 2001 года в Москве был основан Институт Танатотерапии. В этот период истории нашей страны психологами зафиксирован рост различных страхов, существенными из которых являются страх перед жизнью и смертью [5]. Танатотерапия (от греческого «Thanatos» - смерть и «therapia» – лечение, уход, забота; акцент делается на двух последних значениях) – это система и метод ориентированной на тело психотерапии [1, 5]. Автор метода – психолог, один из ведущих телесно-ориентированных психотерапевтов России В. Ю. Баскаков.

В практической психологии важно то, как тот или иной подход оказывает влияние на проблемы клиентов. Танатотерапия обнаруживает мощное воздействие, корректируя практически все психологические проблемы личности, выступая эффективным средством релаксации [3, 21]. В 2010 году появился новый инструмент для измерения эффективности психокоррекции приемами танатотерапии – проективная методика «ТТТ» (Тематический танатотерапевтический тест).

Методика представляет собой способ, который измеряет параметры отношения личности к процессам жизни и смерти. Данная методика пока находится на стадии

исследования и не включена в общий реестр психодиагностического материала. Однако она уже сейчас вызывает большой интерес у тех, кто с ней знакомится.

Она включает в себя стимульный материал в виде пяти визуальных образов. Клиентам предлагается поочередно рассмотреть пять изображений реальности. После каждого просмотра нужно записать в бланк описания в виде слова, фразы, рассказа, стиха и т.п. Интерпретация предусматривает, что все слова и выражения необходимо распределить на три подгруппы:

- Положительные (+) – это слова и выражения, несущие в общепринятом значении позитивный жизненный смысл («жизнь», «восторг» и др.);
- Нейтральные (0) – это общепринятые слова описательного характера («небо», «воздух» и др.);
- Отрицательные (-) – это слова и выражения, говорящие о смерти, подавленности, угнетенности («тревога», «могильный крест» и т.д.).

Далее суммарные баллы (1 балл – это слово или выражение), полученные в результате подсчета, переводятся в проценты (%) по всем пяти визуальным изображениям (субтестам) («Свеча», «Закат», «Лестница», «Стена» и «Обрыв»). Затем показатели анализируются.

На базе УрГИ (Уральский гуманитарный институт) города Екатеринбурга был проведен эксперимент, целью которого было обнаружение изменений показателей методики «ТТТ» при воздействии на участников тренинга приемов танатотерапии. В эксперименте приняли участие танатотерапевты и психологи (выпускники психологического факультета), не знакомые с методом танатотерапии.

На этапе констатирующего эксперимента апробировалась методика в двух группах: группе танатотерапевтов (контрольная) и группе психологов, не знакомых с методом танатотерапия (экспериментальная). При этом выявилось, что значения в группах имеют похожую тенденцию (Рис. 1).

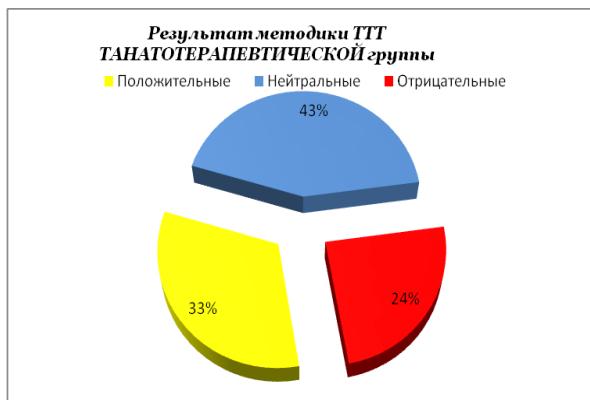


Рисунок 1. Слева – результат исследования контрольной, а справа – экспериментальной группы до воздействия по методике «ТТТ»

На рисунке 1 видно, что нейтральных ответов в обоих случаях более половины, но у обычных психологов на 6% больше. Это говорит о том, что психологи, не знакомых с методом танатотерапии, в своих ответах давали большее количество общепринятых слов и выражений, что, в свою очередь, указывает на имеющиеся конформистские тенденции и (или) наличие защитных механизмов.

Кроме того, нами рассмотрены результаты по субтестам (Рис. 2).

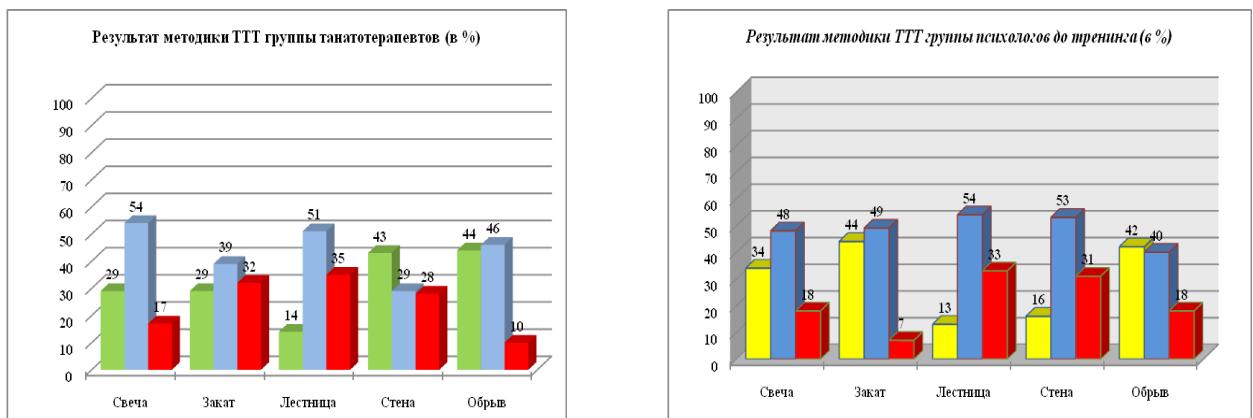


Рисунок 2. Распределение ответов по субтестам методики «ТТТ» в двух группах до воздействия

Обнаружено (Рис. 2), что в субтестах «Свеча», «Лестница» и «Обрыв» у двух групп похожая тенденция, а в ответах на субтест «Закат» обычные психологи видят меньше отрицательного и больше положительного в отличие от танатотерапевтов. В субтесте «Стена» имеется обратная тенденция – танатотерапевты усматривают больше положительного, чем обычные психологи, не знакомые с методом танатотерапии. Данную особенность пока сложно объяснить, так как методика находится в стадии изыскания, и конкретного толкования по этому факту нет.

Таким образом, на этапе констатирующего эксперимента обнаружено, что в двух группах психологов до воздействия приемами танатотерапии показатели методики «ТТТ» имеют сравнительно аналогичную тенденцию в восприятии визуальных образов. Они отличаются в двух субтестах «Закат» и «Стена». В ответах на субтест «Закат» обычные психологи видят меньше отрицательного и больше положительного в отличие от танатотерапевтов. При этом имеется обратная тенденция в субтесте «Стена» – танатотерапевты видят больше позитивного, чем обычные психологи, не знакомые с методом танатотерапии.

Далее к экспериментальной группе было применено воздействие приемами танатотерапии (тренинг в количестве 20 часов). В процессе тренинга психологи знакомились с теоретическими аспектами метода и применяли приемы «Театр прикосновений» и «Телесная гомеопатия» [1, 58-70]. Из обратной связи после тренинга стало понятно, что для психологов, интересующихся новым в практической психологии, было важным знание о данном методе и возможность использования его в своей практике. Кроме того, у многих из них изменилось отношение к познанию себя и других.

Затем было проведено ретестирование и анализ результатов эксперимента.



Рисунок 3. Результаты методики «ТТТ» до и после воздействия в экспериментальной группе в процентах

На рисунке 3 видно, что при качественном анализе после воздействия на экспериментальную группу увеличился уровень положительных ответов с 30% до 52 % (22%). Это может говорить о том, что психологи экспериментальной группы после тренинга увидели больше позитивного, что является средством для личностного роста (ресурс). Заметим, что снизился уровень нейтральных ответов с 49% до 28% (21%), а отрицательные ответы остались почти без изменений. Вследствие этого допускаем, что обследуемые свой ресурс имели в нейтральных ответах. В этой связи, предполагаем, что у психологов, участвовавших в эксперименте, до воздействия присутствовал высокий уровень конформизма. Э.Фромм говорил о том, что потребность испытывать чувство идентичности является источником наиболее сильных стремлений [4, 64]. Возможно, в нашем случае имеет место факт того, что после тренинга актуализировалась потребность личности – чувство идентичности. Поэтому в данном случае оказалось, что отрицательные значения методики не изменились, а нейтральные значения перешли в положительные показатели. Это оказалось ресурсным для участников эксперимента.

Таким образом, в ходе данного этапа исследования при воздействии приемами танатотерапии на группу психологов не знакомых с методом выявилось, что положительное восприятие мира стало выше, чем было до тренинга. Это произошло за счет актуализации чувства идентичности.

Кроме того, был произведен качественный анализ показателей методики «ТТТ» до и после воздействия на психологов экспериментальной группы (Рис. 4).

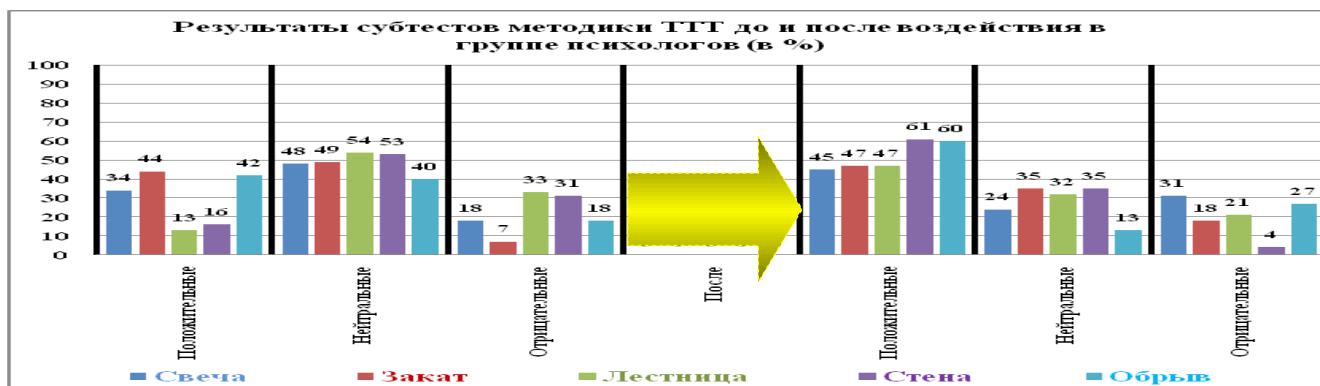


Рисунок 4. Показатели методики «ТТТ» экспериментальной группы до и после воздействия

При этом выявились (Рис. 4), что у психологов экспериментальной группы, тренинг с использованием приемов танатотерапии изменил показатели методики «ТТТ». Значимыми являются значения, которые изменились на 20 и более %. Так обнаружилось, что в субтестах: «Закат» - нейтральные снизились с 49% до 18% (31%); «Лестница» - с 13% положительные оценки увеличились до 47% (34%), а нейтральные ответы снизились с 54% до 32% (22%); «Стена» - положительные оценки увеличились с 16% до 61% (45%), а отрицательные ответы – снизились с 31% до 4% (27%); «Обрыв» - нейтральные – снизились с 40% до 13% (27%). Значит, на основании полученных результатов, можно говорить о том, что у группы психологов не знакомых с методом при воздействии на них приемами танатотерапии, менее всего показатели изменились в субтесте «Свеча», тогда как остальные субтесты выявили значимые результаты.

Таким образом, мы рассмотрели анализ новой методики «ТТТ», предложенной В. Баскаковым для психодиагностики проблем клиентов. В результате исследования выявлено, что, во-первых, значения в двух группах на этапе констатирующего эксперимента имеют сходную тенденцию. Во-вторых, при воздействии приемами танатотерапии на группу психологов не знакомых с методом обнаружилось, что позитивное восприятие мира стало выше, чем было до тренинга. При этом у них актуализировалась потребность личности – чувство идентичности – это оказалось ресурсом личностного роста. В третьих, в экспериментальной группе после воздействия приемами танатотерапии, менее всего показатели изменились в субтесте «Свеча», тогда как остальные субтесты выявили значимые результаты. В итоге участники тренинга стали более спокойными и позитивно воспринимающими себя и окружающий мир.

Итак, мы проанализировали авторскую методику «ТТТ», предложенную В. Баскаковым. Говоря словами родоначальника ТОП направления В.Райха: «Путь научного исследования и решения жизненных проблем долг и труден...» [2, 274]. У нас есть основания надеяться, что апробация данной методики позволит предоставить практической психологии эффективный психодиагностический инструментарий.

Список использованных источников.

1. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2007 - 176 с.
2. Райх В. Функция оргазма. – СПб.: «Университетская книга», М.: АСТ, 1997 – 304 с.
3. Российская телесно – ориентированная психотерапия в лицах. – М., 2004 – 194 с.
4. Фромм Э. Человеческая ситуация. – Пер. с англ.. под ред. Д.А.Леонтьева –

Анализ результатов исследования методики ТТТ

Забродина Валентина (г. Екатеринбург)

На базе УрГИ (Уральский гуманитарный институт) г. Екатеринбурга был проведен эксперимент, целью которого было обнаружение различий показателей методики ТТТ при воздействии на участников тренинга приемов танатотерапии. В эксперименте приняли участие психологи и выпускники психологического факультета (5-6 курс). Тренинг проводился в течение 20 часов.

На этапе констатирующего эксперимента проведена методика двух групп: группа танатотерапевтов (контрольная) и группа психологов, не знакомых с методом танатотерапия (экспериментальная). В результате исследования выявились следующие результаты (Рис. 1).

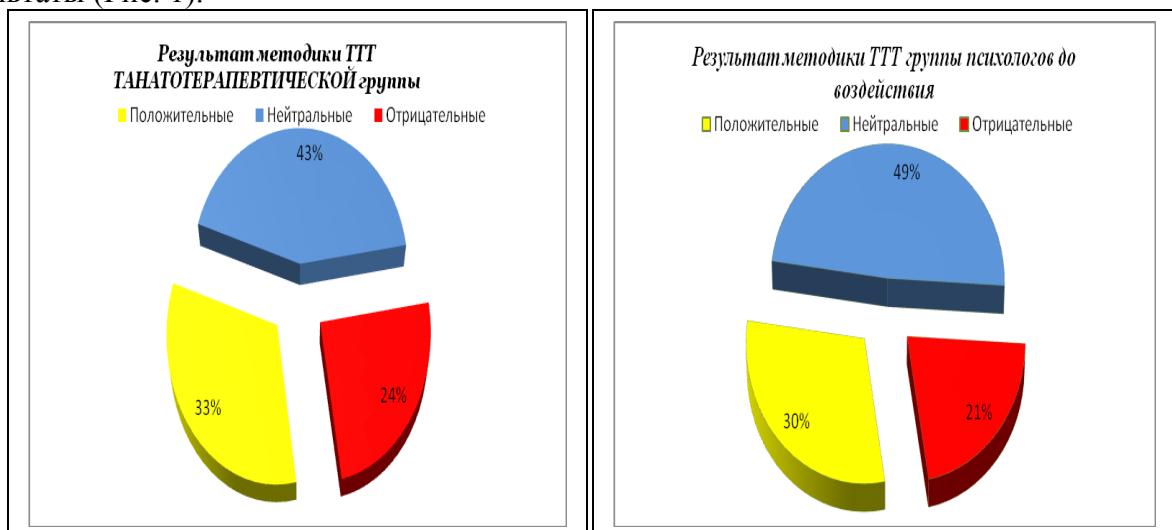


Рисунок 1. Слева – результат исследования контрольной, а справа – результат экспериментальной группы до воздействия.

Качественный анализ показал, что значения в группах имеют похожую тенденцию. Кроме того, нами рассмотрена тенденция того, как распределились ответы по субтестам.

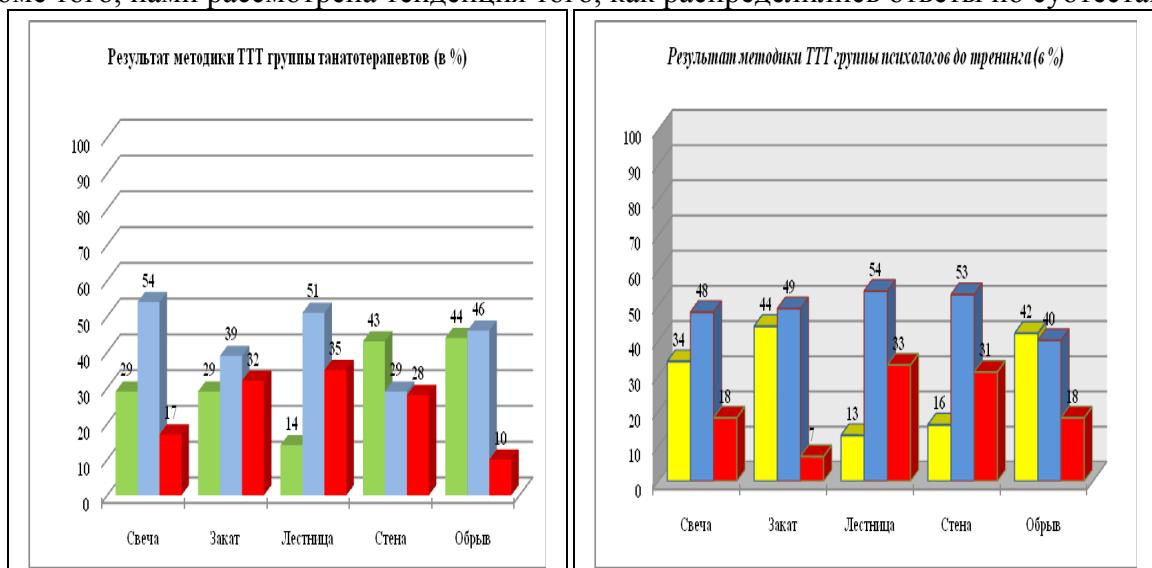


Рисунок 2. Распределение ответов по субтестам в двух группах.

Обнаружено (Рис.2), что в субтестах «Свеча», «Лестница» и «Обрыв» у двух групп похожая тенденция, а в ответах на субтест «Закат» обычные психологи видят меньше

отрицательного и больше положительного в отличие от танатотерапевтов. В субтесте «Стена» имеется обратная тенденция – танатотерапевты усматривают больше положительного, чем обычные психологи, не знакомые с методом танатотерапии.

Затем к экспериментальной группе было применено воздействие (тренинг).

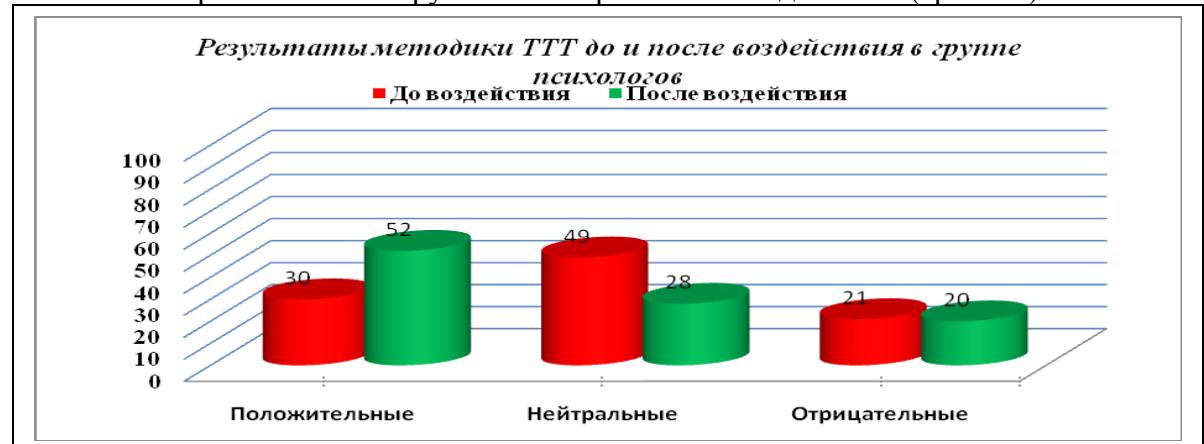


Рисунок 3. Результаты исследования до и после воздействия в экспериментальной группе.

На рисунке 3 видно, что при качественном анализе после воздействия увеличился уровень положительных ответов с 30% до 52%, при этом снизился уровень нейтральных ответов с 49% до 28%, а отрицательные ответы остались почти без изменений.

Таким образом, в ходе данного исследования при воздействии приемами танатотерапии на группу психологов не знакомых с методом выяснилось, что положительное восприятие мира стало выше, чем было до тренинга.

Кроме того, был произведен качественный анализ показателей методики психологов до и после воздействия (Рис.4).



Рисунок 4. Показатели методики ТТТ психологов до и после воздействия

На основании качественного анализа рисунка 4, выявлено, что, после воздействия на обычных психологов, тренинг с использованием приемов танатотерапии изменил показатели по субтестам. Так обнаружилось, что в субтестах:

«Свеча»- положительные ответы увеличились с 34% до 45%, нейтральные снизились с 49% до 35%, а отрицательные повысились с 18% до 31%.

«Закат» - положительные почти не изменились, нейтральные снизились с 49% до 38%, а отрицательные повысились с 7% до 18%.

«Лестница» - с 13% положительные оценки увеличились до 47%, нейтральные ответы снизились с 54% до 32%, а отрицательные – снизились с 33% до 21%.

«Стена» - положительные оценки увеличились с 16% до 61%, нейтральные снизились с 53% до 35%, а отрицательные ответы – снизились с 31% до 4%.

«Обрыв» - положительные ответы повысились с 42% до 60%, нейтральные – снизились с 40% до 13%, а отрицательные – повысились с 18% до 27%.

Условно будем иметь в виду, что значимыми считаются результаты, которые изменились на 20 и более %. В нашем случае они подчеркнуты.

Значит, на основании полученных результатов, можно предположить, что у группы обычных психологов не знакомых с методом при воздействии на них приемами танатотерапии, менее всего показатели изменились в субтесте «Свеча», тогда как остальные субтесты выявили значимые результаты.

Таким образом, в результате исследования выявлено, что, во-первых, значения в двух группах на этапе констатирующего эксперимента имеют сходную тенденцию. Во-вторых, при воздействии приемами танатотерапии на группу психологов не знакомых с методом обнаружилось, что позитивное восприятие мира стало выше, чем было до тренинга. В третьих, можно предположить, что в экспериментальной группе после воздействия приемами танатотерапии, менее всего показатели изменились в субтесте «Свеча», тогда как остальные субтесты выявили значимые результаты, которые говорят о том, что участники тренинга стали более спокойными.

ПРИЛОЖЕНИЕ:

«Мишени-объекты» методики ТТТ

8. Прикладные аспекты танатотерапии

7.1. Роль запахов в танатотерапии.

Абрамов В.А. (г. Волгоград)

Огромную роль в сеансах танатотерапии играют запахи, которые оказывают неоспоримое мощное воздействие на обоняние человека. Как известно, запахи могут оказывать как негативное воздействие, так и позитивное влияние на физическое тело человека, на чувства и эмоции, а также на его мысли. В данной работе речь пойдет о той помощи, которая может быть оказана при решении одной из базовых проблем, которые решает Танатотерапия - это проблема: гиперконтроля.

Если мы посмотрим немного назад по времени, то убедимся, что практически во всех древних писаниях, начиная от Вед до Библии, от Йоги Патанжали до Дао, мы видим, что человек воспринимается не просто как комбинация молекул, а вечно существующая духовная душа, личность, которая является источником энергии в теле. Помимо физического тела, которое мы можем просто видеть, как мы знаем, человек обладает тонкими эфирными телами, не проявляющими себя на физическом плане.

При этом запах как тончайшая субстанция способен влиять как на физическое, так и на более тонкие тела. К эфирному телу относятся семь энергетических центров - чакр и множество энергетических каналов, по которым происходит получение и передача энергии в теле. Поэтому отрицательные эмоции, мысли, чувства плохо влияют на эфирное тело, разрушая его, и тем самым разрушают и тело физическое. Но на самом деле, все не так страшно. Во вселенной предусмотрено огромное количества механизмов, способных влиять на наше состояние и на физическом, и на более тонких уровнях. Одним из механизмов является аромат, запах. Ученых всегда интересовал вопрос: почему же ароматы могут обладать столь выраженным положительным воздействием на нашу энергетику и физиологию. Оказывается, ничего в этом удивительного нет. Растения всегда имеют большой запас жизненной энергии, позволяющей им приспосабливаться к неблагоприятным условиям внешней среды. Такой же потенциал заложен в объектах окружающего нас мира, таких, как озера,

реки, горы, леса.

Посредством запаха нам передается их энергия качества, и это влияние способно творить чудеса. Летучие соединения ароматов, проникая в ауру, устраниют ее голодание, иммунный дефицит; способствует ранозаживлению, перераспределению и гармонизации энергии, осветлению и уплотнению эфирного тела. Более того, они оказывают огромное положительное влияние на физиологическое здоровье, а также на эмоции человека.

В данной работе проводился анализ сеансов танатотерапии с несколькими клиентами в разное время суток с использованием различных видов благовоний и специального музыкального сопровождения.

В сеансах танатотерапии принимали участие клиенты, у которых отсутствовала аллергическая реакция на благовония. В ходе исследования проводился анализ влияния запахов в решении базовой проблемы - контроля головы. При этом получился результат, который не претендует на роль постулата в будущих исследованиях, но может позволить получить более глубокие данные в результате использования ароматов.

Были использованы 4 основных приема танатотерапии: телесная гомеопатия, телесная магия, театр прикосновений и правило 4 опор.

Были получены следующие результаты:

Использование ароматов, благовоний производства Индии оказывало разнообразный эффект в зависимости от выбора сорта благовоний. В случае, если применялся легкий (теплый) сладковатый запах «Розы», пациент интенсивнее входил в процесс, ощущал провалы в зону, где тело не ощущалось. Спокойствие, легкость, свежесть, потом хорошее состояние сохранялось в течение всего дня. Отмечалось особое чувство гибкости при общении.

Далее были использованы ароматы Индии, оказывающие мощное ароматическое воздействие, используемые в храмах при различных обрядах и церемониях (My sore Flora). Они являются прекрасным ускорителем, позволяющим отключать контроль головы, при этом пациент видел образ воды, восхода, что отмечалось при ряде сеансов с различными людьми. Хочется отметить, что данные процессы происходят гораздо интенсивнее и глубже с применением аромата, чем без него.

Также оказалось высокоэффективным благовоние «Ганеш», которое вызывало более глубокие состояния блаженства, но с меньшим переживанием образов; состояние радости было более долгим и глубоким.

Однако, при применении благовоний марки «Супер хит», которые обладают мощным стимулирующим действием при проведении ряда сеансов с разными клиентами, показало то, что пациент испытывает чувство беспокойства, тело как бы все было беспокойно, контроль головы даже усиливался и беспокойство перерастало в раздражение. Некоторые пациенты даже желали быстрее закончить сеанс, что до этого не испытывали. Самым пожалуй лучшим по исследованиям оказалось благовония производства Тибета, обладая особенными неповторимыми запахами,- они оказали мощное воздействие на решение базовой проблемы Танатотерапии в сеансах пациент ощущал очень глубокий с видениями и быстрый вход в трансовое состояние. В данном случае использовались благовония АГАР-31 в состав которых входит около 28 видов растений.

После проведенных исследований были получены следующие результаты:

1.Использование правильно подобранных запахов помогает танатотерапевту за более короткий по времени срок решать поставленные перед ним задачи т.к. полное расслабление достигается быстрее .

2. По результатам предпочтение отдается тибетским благовониям это: АГАР-31 или Нирвана.

3. Индийские благовония такие как «My sore Flora», «Ganesh» явились очень

хорошими средствами для решения проблемы контроля и уменьшали время для входа в инициацию смерти, что давало возможность пациенту войти в более глубокое трансовое состояние. Однако с данным видом благовоний нужно быть предельно осторожным в дозировании и не переусердствовать, чтобы не вызвать отрицательной реакции пациента.

4.Индийские благовония более легких запахов цветов: Амбер, Герань, Афродезия, Апельсин, Пачоли, Сандал помогают в задачах танатотерапии связанных с сексуальными отношениями.

5.Для лиц имеющих аллергическое влияние на запахи цветов и тяжелые лучше использовать китайские благовония Сандал: они не вызывают реакций аллергии .

6.Использование ароматических ламп с маслами Сандала, Лимона, Апельсина, Бергамота помогают в решении проблем не переносимости дыма и в тоже время делают процесс танатотерапии более глубоким и окрашенный эмоциональными переживаниями.

В заключении хотелось отметить что процесс танатотерапии является сам по себе уникальной областью, которую обходили стороной много лет и в ней можно использовать запахи и многое другое. Но основным здесь, на мой взгляд, является состояние танатотерапевта, его увлеченность и собственное желание делать свою работу с полной отдачей и любовью. Тогда все то, что должно быть передано,- даст свой результат, а ароматерапия при этом также внесет свой вклад на пути к свободе и любви.

7.2. Танатотерапевтическая олимпиада

Идея «Танатотерапевтической олимпиады» вытекает из все того же принципа «дополнительности», или идеи дуальности. Если официальное Олимпийское движение протекает под «янскими» девизами («Сильнее, быстрее, выше!»), то, почему в дополнении к нему не может иметь право на жизнь и «иньское» Олимпийское движение, протекающее под девизом «Слабее,тише и ниже!». От слов – к делу! Такая олимпиада проводится каждый год вот уже десять лет в рамках ежегодных инътенсивов Института танатотерапии. Ниже представлены фотографии отдельных дисциплин.



Дисциплина «Ниже» (не опинаясь руками о пол переместить тело под натянутой над полом веревкой). Инътенсив 2004 года, Тульская область, Россия



Испытание «У кого дольше стоит!» (постановка предмета так, чтобы он дольше стоял) – это работа с силами гравитации или с проблемой «перехода». Интенсив 2006 года, Болгария