

**РАЗДЕЛ II. КОМПЛЕКСНОЕ ПОЗНАНИЕ СОВРЕМЕННОГО  
ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА****SECTION II. COMPLEX COGNITION OF THE MODERN PERSON AND SOCIETY****ДВА ВЗГЛЯДА НА ОДИН НЕВРОЗ**

DOI: 10.25629/НС.2019.06.04

**Гольман И.А.**

Московский гуманитарный университет

Москва, Россия

**Аннотация.** Рассказ от двух лиц, о довольно тяжелом невротическом расстройстве, о том, как с ним боролись, и, соответственно, чего в этой борьбе добились на данный момент.

**Ключевые слова:** невроз, невротическое состояние, тест ММРІ, аггравация, траектория дезадаптации.

**1. Почему это написано**

Я на всю жизнь запомнил впечатление, полученное от прочтения книги А.Р. Лурия «Потерянный и возвращенный мир» [1]. И не только из-за разностороннего таланта основателя современной нейропсихологии. И даже не только из-за уникальности и трагичности показанной в ней судьбы человека, мозг которого был жестоко и навсегда поврежден одним-единственным вражеским выстрелом.

Один лишь несчастливый миг – и лейтенант Лев Засецкий разом потерял целый мир, расколовшийся в мелкие осколки. На то, чтобы попытаться собрать его обратно, Засецкий потратил три десятилетия отчаянной борьбы.

Отдельный же интерес к книге вызывает метод ее создания – фактически одновременно использованы два видения ситуации: со стороны врача и со стороны пациента.

Так вот, мне всегда очень хотелось прочитать, или даже написать самому, пусть не столь эпохальную, и не столь драматичную, но истинную историю болезни с таким же двухсторонним взглядом на нее.

Что мешало?

Ну, во-первых, мы гарантируем конфиденциальность того, что сообщают нам наши пациенты. Хотя я бы слово *пациент* во многих случаях заменил бы словом, заимствованным у адвокатов – *доверитель*. На мой взгляд, в деятельности психолога оно часто лучше соответствует особенностям взаимодействия.

А, во-вторых, даже готовый открыто изложить свою историю человек, далеко не всегда способен это на практике сделать.

И вот, наконец, такой *доверитель* появился, а я попытаюсь собрать воедино рассказ от двух лиц, о довольно тяжелом невротическом расстройстве, о том, как с ним боролись, и, соответственно, чего в этой борьбе добились на данный момент.

Я очень благодарен Кристине Ш. (имя и фамилия изменены) за ее доброе сердце и готовность помочь своим примером другим, страдающим от подобных проблем.

Кстати, идея ее участия в статье была как раз не моя, а Кристинина. Она выразила это примерно так: «Я почти двадцать лет прожила в слезах и страхах. Оказалось, что это было необязательно...».

Теперь же, с учетом ее высочайшей эмпатийности, она хотела сделать все, что от нее зависит, чтобы оказать поддержку таким же, ни в чем не повинным, страдальцам.

Отдельно приятно, что Кристина собралась пойти учиться профессии клинического психолога, так что опыт, полученный ею столь тяжело, точно не пропадет зря.

**Из текста Кристины** (стр.4; курсив – прямое цитирование; прямым шрифтом в скобках иногда добавлены мои замечания; здесь и далее орфография и стилистика текста Кристины сохранены полностью):

*«...мое восприятие (жизни – прим. авт.) – моя боль...*

*... Мне всю жизнь говорили:*

*Нужно быть сильной, нужно себя любить.*

*А как - не объяснили.*

*Нет, объяснили, но не на моем языке»*

## 2. Знакомство

В первый раз я увидел ее в картинной галерее моего доброго знакомого, устраивавшего у себя вернисаж очередной выставки. Она, похоже, отвечала на этом вечере за все сразу, потому что к ней обращалась чуть ли не половина собравшихся: программа, чаепитие, гардероб, прайсы, планы на будущие мероприятия.

Внешне это была со вкусом одетая, высокая, стройная, – возможно, чуть излишне худая, – красивая девушка, очень спокойная, приветливая, улыбчивая. Пожалуй, главное ее свойство, лежавшее на поверхности – доброжелательность. Она буквально бросалась на помощь каждому. Конечно, на вернисаже никто не испытывал жизненных проблем, но ее желание поддерживать любого в любой ситуации читалось вполне явственно даже здесь.

А еще я отметил абсолютно не вяжущуюся со всем выше сказанным, какую-то мимолетную нервозность, впрочем, совершенно не направленную на окружающих. Скорее, заметную только для тех, кто профессионально привык обращать внимание на подобные проявления.

Казалось, что в любом, даже мимолетном, вербальном контакте она сначала очень кратко, но жестко напрягается, как будто боясь его нехорошего развития. Улыбка, разумеется, с губ не исчезает, но глаза улыбаться перестают. Две-три секунды - разговор пошел приятный, дружелюбный, на лицо возвращается спокойствие.

При этом, еще раз повторю, она явно не испытывала никаких трудностей в решении тысячи мелких, постоянно возникающих проблем «хозяйки офиса»: что-то показать, рассказать, принести, объяснить, согласовать, утвердить. Пара технических недоразумений также были решены прямо у меня на глазах: девушка грациозно, но уверенно управлялась не только с кофейником и клавиатурой компьютера, но и с отверткой, и с плоскогубцами.

И да, это был бы человек-оркестр высшей категории слаженности. Если бы не страх, мелькавший в глазах при ЛЮБОМ НОВОМ общении – мне стало интересно, и я уже целенаправленно наблюдал за ней. И уже догадывался, что неоправданный, болезненный страх в любом ее контакте также бы не замедлил проявиться, если бы общение пошло как-нибудь не столь доброжелательно, как шло на званом вечере.

Наверное, эта странная смесь качеств меня в ней и заинтересовала: с одной стороны – высокая мобилизованность на выполнение работы, эмпатийность, дружелюбие, желание и умение общаться; с другой – не менее высокая, если не высочайшая невротическая готовность.

**Из текста Кристины**, прямое цитирование (стр.13):

*«... это был долгий путь к самоуничтожению...*

*... я (окончательно – прим. авт.) сломалась к 26-и годам. К этому времени меня травмировало все...*

... я перестала общаться с близкими, друзьями, удалила всех из соцсетей, на звонки не отвечала. Любой непонятный взгляд или безобидное мнение и совет мигом взрывали меня и приносили много страданий...

... Было невыносимо...»

### 3. О невротической готовности, дефинициях и классификациях

Вот с нее, невротической готовности, мы и начали, когда волею судеб Кристина стала моим доверителем. Хотя, в данном случае, все же пациентом – уж слишком запущенным было ее психологическое состояние, к тому же осложненное множественными соматическими проявлениями.

Однако сначала маленькое, но, необходимое отступление.

*О дефинициях и классификациях.*

Так вышло, что свою научную деятельность я начинал в газодинамике, в физическом эксперименте. При том, что со школы, да и после, хотел стать врачом-психиатром. Читал соответствующую литературу, разумеется - не только популярную, общался с профессионалами и даже не раз посетил соответствующие лечебные заведения, дружа с молодыми ординаторами из интереса к профессии и с медсестрами из эстетических соображений ☺.

Не пошел же в медицину именно потому, что многое увидел на практике. Сразу скажу, что «ужасов советской психиатрии» я лично не наблюдал: врачи сочувствовали больным (хотя иногда это бывает непросто, психическая болезнь способна сделать пациента крайне неприятным в общении), переживали за них, вкладывали душу в их лечение. Наверное, были и есть те, кто не соответствовал клятве Гиппократова, но, видимо, я тянулся к нормальным эскулапам, и общее мое впечатление о медиках – и тогда, и сейчас - именно такое, теплое.

Так вот, я не пошел в юности в медицину, потому что просто испугался. Испугался тогдашней беспомощности врача перед тяжелыми психическими заболеваниями. Мне показалось, что это хуже рака. Опухоль хоть, при своевременном обнаружении, и в то время можно было вырезать. А здесь максимум что могли (начало 70-х годов) – купировать продуктивную симптоматику аминазином и его производными, то есть, грубо «забить» дофаминовые рецепторы и – ждать, что будет дальше: пройдет – не пройдет, повторится – не повторится.

Негативные же симптомы предполагалось, в основном, терпеть: эра атипичных антипсихотиков и малотравматичных антидепрессантов-селективных ингибиторов серотонина и норадреналина, была еще впереди.

Конечно, я утрирую, но лечебный эффект действительно был отнюдь не гарантирован, а побочные проблемы от такой терапии ужасали, ведь дофаминовые рецепторы «обслуживают» в головном мозге не только мезолимбическую систему, но и «отвечают» за почти всю нашу двигательную активность (нигростриарный тракт), обучаемость, желание жить, наконец (8).

Короче, я струсил и пошел в инженеры-математики.

А мы подошли к вопросу о дефинициях и классификациях.

Разумеется, и в экспериментальной физике далеко не все однозначно и предопределено. Однако если мы говорим про массу, то у нее есть эталон, лежащий в хранилище. У единицы измерения длины тоже есть эталон. Даже у единицы измерения времени и то имеется супер-высокоточный эталон. А как замечательно логично расставлены элементы в таблице Менделеева!

Если я экспериментально ищу физическую закономерность – а это и есть научный поиск – то мне придется повторить эксперимент множество раз, выяснить возможные погрешности всех моих приборов, и получить итоговую погрешность выявленных в эксперименте результатов.

И это разительно отличается от того, что я обнаружил, все-таки вернувшись в область, близкую к медицине – клиническую психологию.

Например, то, что я сейчас пишу – рассказ о *единичном* клиническом случае. В экспериментальной физике такое сложно представить.

А то, что я сейчас собираюсь описать – невротическая готовность моего доверителя на момент обращения – тоже будем измерять очень специфически, по сравнению с методами физического эксперимента☺.

Объясняется все достаточно просто: мозг человека неизмеримо сложнее даже самой сложной физической задачи. Давая человеку лекарство, мы почти никогда не можем предугадать ВСЕ возможные реакции организма (поэтому психиатры столь привержены методу *монотерапии*, иначе в сочетанных эффектах вообще не разобраться).

Ни в коем случае не сочтите это за отказ медицине в *научности*. Наоборот, я лишь подчеркиваю важность глубоких медицинских исследований из-за сложности нашего устройства: мозг – это та же Вселенная, только существенно меньше в размерах. Хотя, может быть, и больше – смотря в какой философско-психологической парадигме эту проблему рассматривать☺.

(Зато в данной статье я не отказываю себе в удовольствии использовать смайлики, в то время как физическая научная общественность вряд ли бы их переварила☺).

Так вот, возвращаемся к неврозам.

По определению (МКБ-10) – это расстройства, связанные со стрессом и, как правило, отражающиеся в соматике (по классификатору – F40-48). При этом их надо дифференцировать, например, от расстройств поведения (F91.– (F92.8)).

Внутри группы мы найдем фобические расстройства (F40), обсессивно-компульсивное расстройство (F42), реакцию на тяжелый стресс (F 43) и т.д. Есть также подпункт F.41 «Другие тревожные расстройства», в котором говорится о проявлениях тревоги, как основном симптоме, причем эти проявления «не ограничены какой-либо конкретной внешней ситуацией». В этом пункте допускаются также «депрессивные и навязчивые симптомы» и даже «некоторые элементы фобической тревожности», если последние явно являются вторичными.

Как это все *неоднозначно*, и как не похоже на физику!

И опять я вовсе не критикую медицину, как науку, а только выделяю сложность изучения человека и гигантский объем задач, стоящих перед учеными. Ведь когда создаются такие развернутые громадные классификаторы – это огромный шаг вперед в деле практической медицины.

Хотя следует понимать, что, возможно, полностью разложить человека «по полочкам» не удастся вообще, потому что «полочки» эти самым теснейшим образом взаимосвязаны, тесно переплетены между собой и активно, в динамике, влияют друг на друга.

Вот с таких позиций и следует рассматривать многочисленные тесты, которыми мы пользуемся для анализа психологического состояния доверителя. Сами тесты, кстати, вполне похожи на результаты физических исследований, в том смысле, что появились в результате статистической обработки гигантского экспериментального материала. Поэтому *в среднем* им можно доверять☺.

Почему в среднем? Потому что каждый человек уникален, и уже дело каждого конкретного специалиста добавлять к средним (тестовым) впечатлениям о доверителе свои собственные, уникальные впечатления.

Итак, **тест Хека-Хесса** (Курт Хек и Хельга Хесс, 1975 г.), первое, что прошла Кристина, обратившись за помощью к клиническому психологу. Использовался скрининговый вариант, упрощенный, из 40 вопросов.

Идея разработчиков заключалась в том, что жалобы «чисто» соматических больных должны *существенно отличаться* от жалоб невротических больных, хотя и у тех, и у других может болеть один и тот же телесный орган.

Связь *психо* и *сомы* – отдельная более чем сложная тема; вообще не бывает болезней души, не затрагивающих тело, и наоборот, болезней тела, не затрагивающих психологическое состояние человека.

А сейчас стояла задача оценить невротическое состояние Кристины, активно жалующейся и на боли в желудке, и на аллергию, и на снижение слуха, и на множество других соматических симптомов (и в то же время легко способной заплакать от взгляда, который показался ей недобрый).

Каждый положительный ответ на вопрос дает один балл. Если набрано более 24 баллов, можно говорить о *выраженном неврозе* обследуемого. Точнее – можно предположить, поскольку это метод скрининга, то есть, предварительного, быстрого и дешевого исследования.

Кристина набрала **36 баллов из максимальных 40**. Что это значит «на практике», лучше всего понятно из прямых текстов Кристины.

**Из текста Кристины**, прямое цитирование (стр.12):

*«... Последние года, просыпаясь по утрам, хочется плакать. Нет сил. Нет сил жить. ...*

*... И как назло, нужно что-то делать, притворяться, что все хорошо.*

*Лежишь, думаешь, что придут силы, новый день. Но тело не слушается, оно тяжелое и дрожит.*

*Единственное, что хочется – это выплеснуть всю боль и негатив. Хочется кричать...!*

*... Утренняя истерика. Слезы градом... «*

#### **4. И еще немного полезных тестов**

Для того, чтобы статья была максимально полезна, – в методическом смысле и любому читателю, – я приведу не только те тесты, что использовал в случае с Кристиной, но и некоторые другие.

Начать хотел бы с «**Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS**», (авторы Zigmond A.S., Snaitch R.P.), тоже скрининговой по сути, простой в использовании, разработанной для быстрого, хотя, может быть, и не очень точного, выявления проблемы.

Из-за простоты шкалы ею может воспользоваться практически любой человек, никакого специального образования не нужно. И если обнаружит что-то «неправильное» - то тут уже можно проконсультироваться у специалиста.

В ней всего по семь простых вопросов, отдельно в шкале тревоги, и отдельно – депрессии. При этом к каждому вопросу прилагается по четыре возможных ответа, оцениваемых в баллах от 0 до 3. Испытуемое лицо выбирает наиболее подходящие ему ответы, анализируя свои ощущения за последнюю неделю. После этого нужно просто механически подсчитать набранные баллы – снова отдельно в оценке депрессии и тревоги, хотя эти малокомфортные состояния очень часто совместно мешают человеку жить счастливо.

Если сумма баллов по каждому «направлению» не превышает 7 – то все нормально; от 8 до 10 баллов - возможна субклинически выраженная тревога или депрессия; и, наконец, если баллов 11 и более – то, возможно, мы имеем дело с уже клинически выраженной тревогой или депрессией.

Почему *возможно* - я объяснил выше; это упрощенная скрининговая шкала. Окончательный ответ о состоянии человека все равно даст только специалист. Но в том-то и дело, что страдающий депрессией или тревожным расстройством должен еще понять, что ему этот специалист необходим! И здесь госпитальная шкала HADS, на мой взгляд, незаменима.

Теперь почему я не использовал ее при знакомстве с Кристиной. Да потому что такое поверхностное изучение ее состояния уже было не нужно. Во-первых, я имел данные по шкале Хека-Хесса.

Во-вторых, передо мной она сидела лично. И когда установилось необходимое доверие, то, кроме психических проблем, возник такой поток соматических жалоб – у сильной, молодой, ранее серьезно увлекавшейся баскетболом девушки – что, конечно, понимание ее гипертревожности и депрессии появилось и без дополнительных тестов, тем более – скрининговых.

Наоборот, мне даже показалось, что Кристина **несколько преувеличивает** свои, реально имеющиеся, проблемы. Это не имеет никакого отношения ко *лжи* или *симуляции*. Просто, когда человек вдоволь настрадался, он склонен к *аггравации*, утяжелению оценки своего состояния.

Отличие от симуляции – во-первых, в том, что проблема реально существует, а во-вторых, в том, что пациент не получает заранее намеченных дополнительных выгод от своего тяжелого состояния.

Хотя «подспудные» выгоды все же могут иметься: их еще именуют *«вторичными выгодами»*. Упрощая, можно объяснить так: болезнь, конечно, никого не радует, но иногда избавляет пациента от чего-то, тоже неприятного, начиная от домашней работы и кончая необходимостью принятия каких-то серьезных решений. Наличие таких «вторичных выгод» может сильно усложнить работу психотерапевта.

И в тоже самое время у меня не было никаких сомнений, что проблемы Кристины имеют психологические корни, и что они достаточно серьезны.

В принципе, уточнить глубину депрессии и тревоги можно другими, более «глубокими» тестами, например – использовать **шкалы Гамильтона HARS и HDRS**, для оценки тревоги и депрессии соответственно. Здесь уже тесты выполняет врач или психолог, обращая внимание не только на «формальные» ответы пациента (например, жалуется ли он на что-то в ответ на вопрос или спонтанно; часто или редко), но и на его невербальные сообщения.

В случае Кристины, невербальных посланий было сколько угодно. Чуть задел больную тему – и затряслись руки, покраснело лицо, лоб становится даже не влажным, а мокрым, слезы быстро переходят в истерику.

Поэтому, для более глубокого понимания ситуации, когда между пациентом и психологом установилась атмосфера доверия, я попросил Кристину пройти большой, трудоемкий, но крайне информативный **тест MMPI, Миннесотский многоаспектный личностный опросник**. У нас он был адаптирован в 1960-х годах, мне нравится пользоваться разработкой Л.Н. Собчик (тест СМЛ [9], 566 утверждений).

Вот на эти вопросы-утверждения и отвечала Кристина.

Затраты времени полностью окупались количеством и качеством полученной психологом информации.

Этот тест дополнительно хорош тем, что здесь исследуется и искренность ответов испытуемого лица, причем рассматривается как «умышленная» неправда, так и «непредумышленная».

Первые три шкалы таблицы результатов как раз посвящены оценке достоверности полученных экспериментальных данных.

Вот что выдал компьютер:

**«Шкала L. Ложь. Ваш результат: 38.97 Т-баллов».**

**«Шкала F. Достоверность. Ваш результат: 91.2 Т-баллов».**

**«Шкала K. Коррекция. Ваш результат: 38.7 Т-баллов».**

Набранные баллы, как мы видим, снабжены буквой Т, то есть, баллы не «сырые», полученные в результате прямой обработки ответов, а «приведенные» к некоему единому виду. При этом стремление к 50Т-баллов – это стремление к средней норме.

Значения в диапазоне от 45Т до 30Т и от 55Т до 70Т будем рассматривать, как некие акцентуации характера, меньшие или большие. Вне этого диапазона можно говорить о сильных акцентуациях или даже патологиях. Точнее – можно *предположить*, поскольку тест – есть тест, испытуемое лицо может ошибаться, притворяться, играть роль, быть в кратковременном

стрессе и т.д. Конечный ответ все равно за психологом или клиницистом, который работает с пациентом.

Переведем теперь все это на «общечеловеческий» язык [5].

**Шкала L Ложь.** Шкала, при высоких значениях, (70 T и выше), вскроет умышленное желание приукрасить себя. Как видим, Кристина этим ни в малой степени не страдает, как и большинство умных пациентов с хорошим образованием, пришедших к психологу за помощью (напомню, что этот тест используют в самых разных ситуациях, в том числе, при приеме на работу, когда испытуемому лицу порой есть, что скрывать).

**Шкала F. Достоверность.** Вот здесь уже все гораздо сложнее. Если бы я не наблюдал своего доверителя, то просто засомневался бы в достоверности полученной в эксперименте информации. 91 T-балл по этой шкале – реально много, чтобы усомниться в результатах теста.

Тем не менее, я счел их в значительной мере достоверными, именно потому, что уже наблюдал готовность Кристины к аггравации, произвольному утяжелению своего состояния. В [9] также считают «честными» пики по шкале F, если они сопровождаются подъемами по шкалам 6 и 8, тоже наблюдаемым в тесте Кристины.

За достоверность результатов также говорила форма графика по параметрам L, F и K – характерным “домиком”, “крышей вверх”. Так что ответы ее, несомненно, были искренними, хотя, возможно, несколько преувеличенными. Таким образом, я решил довериться полученному «характерологическому» профилю в целом, но быть критичным к «завышению» тяжести симптомов.

**Шкала K. Коррекция.** Это последняя из шкал, оценивающих достоверность полученных данных. Если здесь значения заметно повышены, то можно усомниться в *откровенности* испытуемого лица. В нашем случае такого не наблюдается. Наоборот, несколько сниженный показатель K при высоком F, как правило, отражает его откровенность и самокритичность.

Ну и, переходим теперь к основным шкалам, отражающим собственно характерологические особенности нашего пациента и, что самое важное, количественно эти особенности оценивающие. Вот что, вкратце, выдала программа:

**«Шкала Hs 1 Сверхконтроль.** Ваш результат: **93.69 T-баллов.** Повышение в пределах 70T — показатель зажатости, сверхконтроля, повышенной ориентации на нормативность в качестве устойчивого свойства личности, *проявляющегося избыточным вниманием к отклонениям от нормального функционирования своего организма.*

**Шкала D 2 Пессимистичность.** Ваш результат: **98.2 T-баллов.** Выявляет это качество наряду с неудовлетворенностью и склонностью к волнениям. *...показатели выше 70-T выявляют депрессивное состояние.*

**Шкала Hu 3 Эмоциональная лабильность.** Ваш результат: **93.4 T-баллов.** *Высокая чувствительность к средовым воздействиям и неустойчивость эмоционального состояния, при более высоких баллах (выше 70 T) - вплоть до истероидных, истерических или истероформных проявлений.*

**Шкала Pd 4 Импульсивность.** Ваш результат: **90.68 T-баллов.** Выше 70 T — импульсивное, плохо контролируемое поведение психопатических личностей возбудимого круга, а также в рамках психопатоподобного синдрома резидуально-органического или эндогенного происхождения.

**Шкала Mf 5 мужественности-женственности.** Ваш результат: **48.5 T-баллов.** Отражает степень соответствия полоролевого поведения и уровень сексуальной адаптированности.

**Шкала Pa 6 Ригидность.** Ваш результат: **115 T-баллов.** В норме отражает склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях. Высокие показатели выявляют *аффективную насыщенность переживаний*, враждебность, склонность к паранойальным реакциям. (Враждебности я не наблюдал, а вот с аффективной насыщенностью у Кристины действительно был явный перебор – *прим. авт.*).

**Шкала Pt 7 Тревожность.** Ваш результат: **86.56 Т-баллов.** Выявляет повышенную боязливость, конституционально обусловленную тревожность, неуверенность, конформность, мнительность. Показатели выше 70Т отражают проблему *выраженной психастенической акцентуации*, преобладание тормозимых (гипостенических) черт, *тревожное состояние в рамках невротических или невротоподобных расстройств.*

**Шкала Sc 8 Индивидуалистичность.** Ваш результат: **108.6 Т-баллов.** Бывает повышенной у лиц неконформных, с выраженной независимостью суждений и поступков, нестандартным мышлением, что при высоких показателях проявляется как своеобразие интересов, *непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности.*

**Шкала Ma 9 Оптимистичность.** Ваш результат: **65.27 Т-баллов.** Выявляет уровень оптимистичности и отражает стенический тип реагирования. Показатели, расположенные ниже 50Т настораживают в плане снижения жизнелюбивых тенденций и общей активности.

**Шкала Si 0 Интроверсия.** Ваш результат: **80 Т-баллов.** Отражает уровень общительности, социальной вовлеченности личности. *Обращенность преимущественно в мир субъективных переживаний* (повышение до 70 Т) *вплоть до замкнутости* и аутичности (выше 70 Т)».

Вот сколько интересного!

Я выделил полужирным курсивом то, что реально многократно видел, наблюдая за Кристиной в клинических беседах.

Ну и дополнительные комментарии к сказанному компьютером.

Сначала общее замечание.

Пугающе высокие значения параметров я бы не оценивал слишком драматически, по уже описанным причинам. Да, проблема есть, и проблема серьезная, раз человек почти инвалидизирован: лишен нормального общения, ходит все время по разнопрофильным врачам и, будучи хорошим работником, никак не может удержаться ни на одной работе больше нескольких месяцев.

Но столь высокие баллы все же не подтверждались фактологически. Практически по всем параметрам.

Первая шкала свидетельствует об ипохондрии? Да, таковая, несомненно, имеется. Однако, кроме посещения разнопрофильных врачей, девушка, превозмогая себя, ходит по беседам, ищет работу, заботится о родственниках, играет, в конце концов, в подвижные игры с племянницей, а совсем недавно серьезно занималась спортом. Она вовсе не целиком поглощена болячками, что можно было бы предположить по показателям.

Вообще, первые три шкалы вместе именуют **невротической триадой**. И мы ее последствия явственно видим. Однако, как говорили в известном анекдоте – «Ужас, конечно. Но не ужас-ужас!!!».

У меня вообще есть предположение, что **вся** Кристинина **кривая**, лежащая резко выше «нормы» (за исключением пятой шкалы), излишне «задрана» вверх именно из-за аггравационных мотивов пациента, измученного длительным психологическим и психосоматическим дискомфортом.

Теперь о том, что в результатах тревожило и полностью подтверждалось наблюдениями. Напрягали не только сами по себе высокие показатели в нормированных баллах, но и их сочетании. Например, все три «невротические», **одновременно** высокие шкалы, не сулят легких побед психологу. Сочетание высоких показателей 2 и 8 шкал увеличивает риск «плохой социальной приспособляемости» и «потери продуктивности» [9]. Третья шкала добавляет остроты не только второй, но и шестой, а вот сочетание высоких шкал 4 и 7, наоборот, «легче поддается терапевтическому контролю» [9].

Тревожным было и сочетание показателей по 2 и 6 шкалам. Вот что говорится об этом в [9]: «Депрессия и паранойя (2 и 6 шкалы – *прим. авт.*) возможны на ранней стадии психоза при одновременно повышенных других показателях. ...Здесь тенденции к улучшению бывают редко».

И все же я надеялся на лучшее, так как личные наблюдения отнюдь не свидетельствовали о безнадежности положения.

Кстати, сразу отметим важный момент: названия одних и тех же шкал в разных интерпретациях не совпадают. Скажем, шкала 8 может быть названа показателем шизоидности, шизофреничности, аутичности, индивидуалистичности. Шкала 6 – паранойей, эпилептоидностью, ригидностью аффекта и т.д.

Это пошло от практики: работают с психически больными людьми – одни названия, со здоровыми – другие. Просто во втором случае исследуются не особенности болезни, а акцентуации характера. Пишу для того, чтобы желающие провести себе это исследование лишней раз не пугались, увидев «нехорошие» медицинские термины.

... На самом деле, серьезное исследование данных СМИЛ может занять не одну статью. Более того, из ответов на 566 вопросов можно получить еще бесчисленное множество данных, что сейчас и делают ученые по всему миру, дорабатывая, совершенствуя и модернизируя ММРІ-методику.

Но для меня, как для практика, полученных результатов было вполне достаточно для начала психокоррекции пациента.

А пока – еще несколько цитат.

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 9):**

*«... Последние два года я с трудом ездила на метро. Мне хватало одной-двух минут, чтобы начать задыхаться. Постоянно казалось, что в вагоне нет кислорода. Люди, стены давили на меня, резко бросало в жар – и я начинала снимать с себя шарф, куртку... Все оглядывались.*

*А ты мчишь в капсуле. Всем хорошо, а у меня (пот – *прим. авт.*) капает со лба, двигаюсь из последних сил к двери и считаю секунды.*

*... Я выживала в эти минуты. Ведь никуда (из вагона – *прим. авт.*) не денешься».*

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр.12):**

*«В семье, где царит любовь и понимание, никто не мог мне помочь. Попытки обнять или успокоить делали только хуже.*

*Страшно подумать, что чувствует мама, когда видит как ее «ребенок» (взрослый – *прим. авт.*), просыпаясь, плачет и не хочет жить...*

*Да, не хочется помощи!*

*Хочется исчезнуть!*

*... Конечно же, мне казалось, что у меня болит все: Душа, сердце, желудок – мозг выбирал самое тревожное и закичивался на этом (а еще – бесконечные походы к терапевту, отоларингологу, кардиологу, гинекологу и т.д. – *прим. авт.*). Для всех врачей я здорова, а мне невыносимо плохо. Нет доверия ни миру, ни себе».*

## **5. Невроз или «Болезнь неведения»**

Это определение невроза принадлежит известному психофизиологу П.В. Симонову. Он даже книгу выпустил с таким названием [2], весьма полезную всем и каждому, несмотря на скромный объем в 66 страниц. В ней – о том, как и почему особенности и конфликты нашей социальной жизни переходят (или не переходят!) в серьезное психическое и телесное заболевание.

В основе каждого невроза, как болезни, лежит стресс, к которому наш организм не смог беспроблемно адаптироваться. Если бы смог – невроз бы не развился.

Автор приводит весьма убедительные примеры. Двух обезьянок чувствительно бьют током (в то время гуманизма у исследователей было поменьше). Одна просто терпит эти удары. А вторая имеет возможность их предотвратить, нажимая кнопку. Казалось бы, она имеет преимущество перед первой. Однако в итоге первая обезьяна перенесла неприятное испытание и пошла жить дальше. А вторая, измученная стрессом ожидания удара, получила многочисленные кровоизлияния в желудке.

Или еще более жестокий эксперимент. Мощного самца, вожака стаи, отсаживают в отдельную клетку. И на его глазах его бывшие подчиненные пируют уже без него, а его самка принадлежит другой обезьяне. И самый сильный в стае, но «униженный», самец начинает в прямом смысле чахнуть.

П.В. Симонов делает предположение, что стресс переходит в болезнь, когда нам не хватает информации для принятия решения. То есть, мы знаем о проблеме, но не знаем, как ее решить. Это касается обоих примеров: обезьянка из первого знает, как прекратить удар током. Но как его предотвратить?!

В случае же, если мы не знаем о проблеме либо знаем, и имеем информацию о ее решении (не мучаемся при его принятии), то невроза не наступает.

Был там еще один страшноватый эксперимент с собаками, уже безо всяких ударов с током.

Собаке предъявляли на экране круг и подкрепляли его появление лакомством. А появление эллипса, соответственно, не подкрепляли. Потом постепенно в экспериментах приближали изображение эллипса к кругу. И... «животное не просто переставало «понимать», где круг, а где эллипс, оно заболело тяжелым нервным расстройством...» [2].

А теперь самое интересное: оказывается, если изначально собаке показывали трудно различимые круг и эллипс (сопровождая едой только круг), то невроза не возникало! Животное легко переносило, что еда появляется не каждый раз при появлении фигур.

«Чем отличается положение второй собаки от первой? Только одним: вторая собака «не знает», что она должна различать круг от эллипса» - делает вывод Симонов. То есть, дело вовсе не в пище. Дело в том, что у первой собаки есть четко поставленная ситуацией задача, но она не может ее решить из-за недостатка информации, и «деятельность мозга срывается от осознания своего бессилия» [2].

То есть, перенапряжение ЦНС вызывает лишь ситуация, когда задача поставлена, но из-за недостатка информации мы не знаем, как ее решать.

Соответственно, и возможных выходов два. Либо помочь решить задачу, либо, что тоже часто выпадает психологу, помочь ее снять, если она надумана.

Разумеется, психолог не решает жизненных задач за пациента и не снимает их за него. Однако его работа часто позволяет справиться пациенту с этим самому.

Второй важный для нас вывод заключается в том, что нервные потрясения, моральные страдания, социальные конфликты могут убивать человека или животное не слабее, чем пуля.

Разница, пожалуй, лишь в том, что, **понимая суть невроза**, можно попытаться от него избавиться, причем, в большинстве случаев – успешно, поскольку невроз – обратимое состояние.

Это доказано миллионы раз, от тихих кабинетов психологов до чудовищного Освенцима, где Виктор Франкл не по своей воле провел свой «эксперимент» с выживанием [3].

Но прежде чем бороться с врагом, нужно сначала его увидеть! Именно поэтому Павел Васильевич написал эту замечательную книжку – популярным языком, крошечного объема и огромной пользы.

Переходя к нашему клиническому случаю, мы видим, что Кристина полностью в неведении о своей проблеме. Она, естественно, понимает, что больна. Она сильно страдает. Повсюду в ее записях прямым текстом – о том, как ей плохо, и физически, и морально. И о своей трагической

уникальности: о том, что ее никто не понимает и никогда не поймет. А, соответственно, и помочь ей никто не сможет.

Воистину, болезнь неведения.

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 6):**

*«... Я долго старалась не замечать, что со мной происходит что-то не так. Творческая личность, думала я. Как-нибудь проживу, все же как-то живут. Моя депрессия – моя уникальность.*

*К 20-и годам, что бы со мной ни происходило, воспринималось с истерикой – особенностью характера».*

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 5):**

*«... Меня никто никогда не понимал.*

*Все попытки уберечь меня или дать мне нужный совет, сделать мою жизнь лучше – только истощали и разрушали меня. Я не понимала, что я могу дать этому миру взамен.*

*Чувство слабости и беспомощности не покидало меня».*

## **6. Первая попытка работы с психологом**

Когда наблюдаешь такого пациента, естественно, первым делом интересуешься, не пытался ли он ранее получить помощь от своих коллег или врача-психиатра. Ведь, очевидно, что она ему необходима.

Интерес этот вполне объясним, поскольку успех или неуспех первого взаимодействия, - если психолог вооружен этим знанием, - может существенно увеличить эффективность того, что собираешься сейчас делать ты.

Ответ на мой вопрос Кристина предоставила письменно, и я привожу его ниже, почти без сокращений.

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 9 и 10):**

*«... За 28 лет меня никогда не направляли к психологу (особенно незнакомый человек из палаты), всегда казалось, это что-то с отклонениями от нормы, что-то стыдное, и уж точно с дальнейшими проблемами с документами.*

*(К психологу Кристине посоветовала обратиться соседка по больничной палате, куда доверительница попала с приступом явно психогенного происхождения; врачи не нашли никаких соматических причин – прим. авт.).*

*Но меня было уже не остановить, я тщательно смотрела рейтинги психологов в интернете... и выбрала, как мне казалось, достойного. Записалась...*

*... тяжелая поездка выдалась к психологу (на метро Кристина в последние два года ездила с трудом, см. выше – прим. авт.). Я вошла вся в мокром холодном поту и с несчастным взглядом.*

*У меня было достаточно в запасе времени. Но суета внутри меня - сжирала; чувство вины, что я могу пропустить эту важную для меня встречу, тоже не покидало.*

*Всю дорогу меня не покидали мысли о том, как все пройдет. Поймут ли меня?*

*Ведь таких, как я, нет. Никому не может быть так плохо, как мне.*

*Я считала свою болезнь уникальной.*

*Приближаясь все ближе к месту встречи... у меня все больше тряслись ноги и кружилась голова. Я помню, как сдавала куртку в гардероб и поймала себя на мысли, что прячу взгляд. Что не хочу, чтобы все эти люди меня видели.*

*И двинулась к кабинету еще быстрее.*

*Меня настолько переполняли эмоции, что я не заметила, как уже сижу перед врачом. Меня трясло. Я сразу невнятно попыталась объяснить, что моя жизнь невыносима, и в ней сплошные катастрофы, как меня холодно попросили не спешить.*

*Она начала спрашивать о травмах, операциях и постоянно что-то записывать, и даже не смотрела в глаза.*

*Все разговоры о потрясениях моей жизни психолог воспринимала с таким безразличием, что мне показалось, что я как-то плохо объясняю, ведь мой мир рухнул! Насколько еще больнее ей можно это описать, чтобы она, наконец, поняла!*

*Потратив на меня минут 20 (15) (так у Кристины – прим. авт.), врач начала выписывать мне рецепт на 2 антидепрессанта. И как-то небрежно закончив разговор, попросила меня удалиться.*

*Конечно, не так я себе все представляла.*

*Конечно же, сразу стала винить себя; что уж точно проблема во мне, а не во враче.*

*Но в руках был рецепт, и я уже спешила в аптеку. Не понимая, конечно, что дадут мне эти пилюли, но жизни без них я уже не представляла.*

*В голове был щелчок – Это выход! Эти таблетки все изменят!*

**ATARAX.** (Про второе лекарство Кристина не говорит, но и атаракс не антидепрессант, а анксиолитик, то есть, противотревожный препарат, транквилизатор – прим. авт.).

*Изучила инструкцию, понравилась фраза “без синдрома отмены” – типа, когда перестанешь принимать, не станет хуже, нет привыкания (тоже не совсем верно поняла; привыкания-то физиологического нет, но после окончания фармацевтической поддержки могут вернуться нежелательные симптомы – прим. авт.).*

*... Как-то легко доверилась препарату, казалось, хуже уже не будет.*

*... Ощущения эйфории, ватности, стала проще воспринимать критику и проблемы, но мои страхи никуда не девались. Я ходила, улыбалась и страдала...*

(Похоже, насчет эйфории Кристина погорячилась☺. Атаракс – блокатор ацетилхолиновых и гистаминовых рецепторов. Настроение, конечно, может – и должно - улучшится, из-за анальгезирующего действия (исчезают случайные, панически толкуемые, болевые ощущения), антигистаминного действия (убирается зуд, если он был), седации и расслабления гладкой и скелетной мускулатуры (также ведущие к уменьшению тревоги). Но эйфория – это вряд ли, скорее он сонливость вызовет. Именно поэтому им не интересуются наркоманы☺ - прим. авт.).

*... Я в этот момент работала. Решила для себя, что транки (транквилизаторы – прим. авт.) как-то быстро наладили мою проблему с плаксивостью, но замедлили мою продуктивность (это возможно – прим. авт.). Все дела делались медленно и требовали большей концентрации. Я жила от таблетки до таблетки целый месяц. И боялась их пропустить...*

Хотелось бы прокомментировать Кристинину историю с ее первым посещением психолога, точнее – первым обращением за квалифицированной помощью.

Самое неприятное – и у нас это типовая ситуация – что человек болеет, ему явно худо, он это сам понимает, даже считает свою болезнь уникальной и при этом... не идет к врачу!!!

Был бы нарыв на любом месте – пошел бы. И с геморроем пошел бы. И с гонореей.

А с душевной болью – увы...

Можно сколько угодно говорить про стигматизацию психических заболеваний, но пока народ в массе своей не узнает и не поверит, что **беспомощно страдать** в таких ситуациях **глуно** – ничего не изменится. Собственно, одна из целей написания данного материала и есть ознакомление народа с проблемой и возможностью ее решения.

Второе замечание касается психофармацевтики, и ее месте в нашей жизни. Мое мнение: одинаково неумно как заведомо отказываться от современных достижений фармакологии, так и заведомо не видеть (и не использовать) иных методов улучшения психического здоровья. Причем, как я заметил, у психиатров «перекос» идет в сторону психотропов, а у психологов с «немедицинским» дипломом - в сторону психотерапии (психокоррекции).

Конечно, это во многом объясняется спецификой их работы. Психиатр гораздо чаще общается с тяжелыми больными, и к тому же ему некогда ждать, поскольку в стационаре идет поток. А психолог-«не врач» просто не имеет права выписывать рецепт☺.

На самом деле, идеальным будет подход, когда используются все возможные методы, чтобы помочь человеку поправить его душевное здоровье как можно быстрее, полнее и без нежелательных побочных эффектов.

И третий момент хотелось бы отметить. Когда Кристина все-таки пошла к психологу, она не получила от него того, чего ожидала: человеческого сочувствия, внимания к ее уникальной проблеме. Это для психолога проблема достаточно стандартна, он в день таких больных может десяток увидеть. Но для каждого человека его-то боль действительно уникальна!

Однако, к сожалению, это даже не упрек конкретно взятому психологу, а проблема массовой медицины – эталон врача в виде земского доктора или Айболита остался в прошлом.

Хотя, конечно, и психолог не должен оставаться таким в памяти пациента – холодным, безразличным; и любой врач по определению должен обладать психологическими знаниями и навыками.

## 7. Начинаем коррекцию

Для плодотворной психокоррекции мне было принципиально важно знать - или понять в процессе взаимодействия – три основных момента, точнее – целые диспозиции:

1) «болевы́е точки» Кристининой психики, те уязвимые места, которые так неприятно и неадаптивно реагировали даже на не самые страшные жизненные ситуации. Психотерапевтическая работа с ними позволила бы достаточно быстро уменьшить количество душевной боли в ее жизни;

(Здесь маленькое замечание. Я не врач, но использование медицинского термина *психотерапия* в данном случае мне кажется оправданным. Впрочем, мне, как пришедшему в практическую психологию с богатым жизненным опытом из других областей человеческого знания, вообще кажется не вполне верным столь строгое отношение к терминам *психологическое консультирование*, *психокоррекция* и *психотерапия*. Мне кажется, куда более правильно рассматривать терминологические проблемы с точки зрения практического применения и практической пользы для пациента/клиента/доверителя. Если его психическое состояние заметно улучшилось – значит, это была психотерапия, вне зависимости от специальности «терапевта»☺).

2) «траекторию» дезадаптации Кристининой психики во времени, те «реперные точки», в которых начиналась или развивалась неверная, патологическая реакция на стимулы внешнего мира. Определив эти точки, и зная негативное развитие после них, мы можем постараться виртуально «вернуться» в них и попытаться изменить последующие реакции;

3) и, наконец, очень интересуют здоровые, сильные стороны Кристининой психики. Потому что это и есть наш базовый ресурс, именно на него мы будем опираться, чтобы вместе попытаться выбраться из душевной трясины. Причем, с этого желательно начинать.

Кстати, это отличительная черта советской, а потом российской школы патопсихологии [3]: искать и исследовать не только «больные» области восприятия, мышления, эмоционально-

волевой сферы, но и – обязательно – *сохранные*, используемые как фундаментальный ресурс для реабилитации пациента.

С них и начнем. А пока – еще несколько цитат:

### **Из текста Кристины, прямое цитирование (стр.7)**

*«... Младшие классы. Я была плаксивым, но очень активным и жизнерадостным ребенком. Я помню, что на все обиды я просто закрывала глаза, не обращала внимания и никому не жаловалась.*

*... Одним из основных страхов в младших классах был выход к доске. Ребенком я была согласна на двойку, прийти после уроков, что угодно, лишь бы не стоять перед всем классом и не слышать смех...*

(т.е. лабильность аффекта присутствовала всегда, но вовсе не патологическая, как сейчас. Все скатилось к худшему, как она далее отметила, «к классу восьмому» – **прим. авт.**).

*... Чувствуя себя постоянно на грани, я остро реагировала на критику. Чуть что, сразу в слезы. Как взрыв! Мне было больно, обидно! Я ненавидела слово «успокойся», от него еще больше разрывало».*

## **8. Сохранные стороны**

Сохранных сторон у Кристиной психики оказалось немало. Пожалуй, побольше, чем в среднем по популяции☺.

Конечно, в глаза бросалась ее высочайшая способность к *эмпатии*, доброта и душевная щедрость. Желание помочь всем и вся, отмеченное еще при первом нашем знакомстве, было неподдельным. Как и расстройство из-за чужих проблем, которые, казалось бы, вовсе ее не касалось. Причем, как и все, что она делала – взалхлеб и наотмашь.

С учетом ее сохранившейся инфантильности и крайней доверчивости, это не всегда приводило к положительным результатам, как в личной жизни, так и в финансовых отношениях. Приведу лишь один пример.

Дальний родственник попал в действительно сложную ситуацию, связанную с лишением свободы. Что мы видим со стороны Кристины? Слезы и страдания – понятное дело (хотя, повторяю, родственник не самый близкий, и общения ранее было не так много), полная пронзанность *чужими* проблемами, и как следствие – отправка ему весьма значительной части от *всех*, имеющихся в ее распоряжении, средств.

Причем, речь даже не идет об обмане (хотя такое, с другими людьми, тоже не раз происходило). Парень напрямую ничего не выпрашивал, просто рассказал свою версию произошедшего.

Кристина же, во-первых, полностью, без каких-либо сомнений и критики, эту версию приняла (мне пересказала со всем специфическим криминальным слэнгом, который никак не вписывался в ее обычный лексикон), а, во-вторых, кинулась помогать, никак не соразмеряя размер помощи со своими возможностями.

В принципе, это была стандартная ее реакция.

И хотя такая доверчивость и безоглядность тоже сами по себе небезопасны, все же доброта, *способность к эмпатии* – отличный ресурс для психотерапии. Просто его надо было перевести в более безопасное и полезное для пациента русло.

Например, мы обсуждали, что бы происходило, если бы в тот момент, когда Кристина «по доброте» осталась без денег, они бы резко потребовались ее горячо любимой маме? Или не менее горячо любимому брату? Или ей самой? Было бы это добрым по отношению к столь любимым людям?

Получалось, что доброта тоже должна быть дозированной, взвешенной и разумной. В противном случае будешь кусать локти от невозможности помочь тем, кто тебе ближе всего.

Работа с эмпатией шла и в другом, не менее важном, ключе.

«Почему ты весь мир любишь, а себя, получается, не очень?».

В ответ на возражения, психологом приводились конкретные примеры из ее же жизни.

Почему, боясь кого-то обидеть, позволяешь обижать себя?

Почему, желая сделать приятное другому, идешь на причинение боли себе?

И разве не очевидно, что долго так все равно не продолжится? Ведь любые взаимоотношения, основанные на «независимой выгоде», - в данном случае, речь не про деньги, - рано или поздно лопнут, нанеся травму обоим. И, соответственно, вывод:

«Ты же не хочешь никому наносить травмы?» - опять отсыл к ее эмпатии, но уже с разумных позиций.

Она задумывалась и понемногу училась «поверять гармонию алгеброй», то есть чувство – рассудком.

Благо, ситуаций для подобных примеров хватало.

Второй наш обнаруженный ресурс – высокие когнитивные способности Кристины. Другими словами, она хорошо соображала☺. Ее порой странные поступки были вызваны вовсе не природной глупостью или дизонтогенезом, а либо неуправляемыми эмоциями, либо неинформированностью о нормальном положении вещей во внешнем мире. Откуда взялась такая неинформированность, мы обсудим чуть ниже.

И третий ресурс, который в последующем очень помог в психокоррекции – ее высокая креативность. Она и вуз закончила по специальности «дизайнер», и сама владела техникой рисования и письма. Но для меня было важнее то, что, как выяснилось, она умела «по полной программе» радоваться любому - и собственному, и чужому - творчеству. В период, когда жизнь Кристины казалось ей абсолютно мрачной и неинтересной, такая ее способность открывала большие возможности в терапии ее состояния.

А мы плавно переходим от третьего ко второму пункту рассуждений, приведенных в начале раздела. Поднимаемся снизу вверх.

**Из текста Кристины**, прямое цитирование (стр. 5):

*«Моя семья – мое богатство.*

*У меня огромная семья. И душа болит за каждого, и помочь хочется каждому. И я старшая из всех «бро» и «сис».*

*Но для них всех – я (всего лишь – прим. авт.) «любимая психушка». Больная...».*

**Из текста Кристины**, прямое цитирование (стр. 4):

*«... Имея внешние данные, талант, любовь к искусству и неизмеримую доброту (не говоря уже о прекрасной семье и поддержке) я всегда чувствовала себя лишней в этом мире...».*

**Из текста Кристины**, прямое цитирование (стр. 7):

*«... Мне всегда сложно было сосредоточиться и принять решение. Эмоции... настолько меня истощали, что проще было спрятаться от всех, от проблем и какой-либо ответственности...».*

*... Я не перебарывала свои страхи. Я их копила...»* (перебарывать страхи, на мой взгляд, не самая рациональная техника. Гораздо эффективнее научить перестать бояться того, что не опасно. Но уж копить страхи точно скверно – прим. авт.).

## 9. Траектория дезадаптации

Реперные точки, приведшие к искажению ее психического развития, оказались трагичными.

В возрасте 11 лет убили ее папу. А до этого она была непосредственным свидетелем покушения, в котором отец остался жив, но погиб дядя.

Потеря отца напрочь вышибла ребенка из колеи.

Думается, она любого бы вышибла, но между Кристиной и отцом к тому же существовала глубокая душевная связь. Как Кристина сама мне сказала: *«С этого момента у меня уже никогда не было чувства безопасности, защищенности».*

Оставались любящие мама, младший брат и бабушка.

Ребенок продолжал ходить в дорогую частную школу, но теперь, после смерти отца, финансовые возможности семьи резко сократились. В школе согласились на существенное уменьшение оплаты, и, думаю, это тоже нанесло серьезнейший удар по и без того травмированной детской психике: теперь она стала бедной среди богатых.

В среде детей, особенно в период первоначального накопления капитала в России, это не всегда комфортно.

И, что совсем прискорбно, взрослые тоже не стеснялись напоминать ей, что она здесь находится из жалости, на птичьих правах. Девочка убежала выплакаться, тщательно скрывая от родных свои проблемы.

Все это накладывалось на ее от рождения лабильную психику.

Вот так, постепенно, взращивался невротический монстр, со временем поглотивший психику ранее совершенно жизнерадостного ребенка. И, конечно, было бы совершенно справедливо указать на имеющееся посттравматическое расстройство, с постоянными тяжелыми флэшбэками.

Оглядываясь назад – наверное, стоило бы найти хорошего детского психолога. Наверное, также имело бы смысл забрать ребенка из частной школы, где ее постоянно унижали за безделье, в обычную.

Но – задним умом мы все крепки. А оставшейся в одиночестве матери необходимо было тянуть двоих детей. В этой же школе можно было забирать ученика, когда удобно родителям, они всегда были под присмотром и накормлены, так что маму, пахавшую на двух работах, легко понять, и уж точно не за что осуждать.

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 2):**

*«... Учась в младших классах, я потеряла отца. Мой мир рухнул...»*

*... Помню, я решила больше не смеяться, после такой трагедии, но будучи 11-летним ребенком меня хватило ненадолго, и я побежала играть с детьми...»*

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 3):**

*«... моя мама платила меньшую сумму, чем остальные; директор школы, зная ситуацию, пыталась помочь нам. Но ни мама, ни директор не знали, что когда я приносила деньги в администрацию, на меня смотрели как на ничтожество и говорили мне, что я никто, и не тяну, чтобы тут находиться.»*

*Зачем? Не знаю.*

*Я пряталась, плакала, но вскоре бежала играть. Я – ребенок...*

*... На уроках я была неусидчивой, сложно воспринимала информацию и медленно писала. После уроков начиналась более интересная атмосфера. Учителя часто помогали с домашним заданием.*

... *Утро – стресс. Весело – вечер*» (вообще это один из основных симптомов депрессивного состояния – **прим. авт.**).

#### 10. «Болевые точки», болезнь в общем и коррекционные подходы

После нашего знакомства быстро выяснилось, что практически вся душевная сфера Кристины – сплошная болевая точка. И, тем не менее, выделялись несколько основных страхов и причин для тревог.

Страх *опозориться на работе* и потерять ее.

Страх *предательства*.

Страх, что ее *внешность некрасива*.

Конечно, *ипохондрические страхи*, о состоянии здоровья, точнее – тяжелых болезней, доводившие ее до соматических приступов.

И, неожиданно, совсем уж иррациональный *страх «сглаза»*.

Здесь нужно понимать, что психотерапевтическое купирование очередной, локальной, «болевой точки», конечно, не вылечит болезнь – невротическое расстройство и тревожную депрессию – целиком. Но, безусловно, создаст атмосферу, в которой легче двигаться вперед по стратегическим направлениям, о чем я напишу в следующем разделе.

А пока – по порядку.

Проблема работы. Вот как пишет о ее поисках сама Кристина (страницы 1Д-3Д):

*«... институтская жизнь закончилась, надо было искать работу. Поначалу не было прямо сильно страха (так в тексте – прим. авт.), что у меня не получится. Конечно, опыта после института не было (напомню, Кристина по вузовской специальности дизайнер – прим. авт.). И даже представления как ее (работу – прим. авт.) искать. Не хотелось даже просить кого-то о помощи в трудоустройстве, хотелось самой!»*

... *Читаешь вакансию – одно. В итоге приезжаешь – ужасные помещения, грубые люди.*

... *помню как приехала устраиваться на интересную работу, конечно, понервничала перед выходом. Но кое-как доехала (как выяснилось из ее рассказа - с успокоительным – прим. авт.). ...зашла в кабинет, сердце колотится, от этого сразу в жар и сложно говорить. Взяла себя в руки, поздоровалась и жду.*

*Оценивающим взглядом мне сказали присесть (так в тексте – прим. авт.).*

- *Ну и кто вы? Что умеете?*

*Дрожащим голосом рассказала о себе... Было видно, что моя история ему не по душе.*

- *Нам без опыта не нужны! Вы только тратите мое время! До свидания!*

*Пяти раз хватило, чтобы поставить крест на работе дизайнера.*

... *Собеседование шло за собеседованием...*

... *«кризис! Люди с тремя высшими сидят без работы. Куда уж вам!»*

... *Я все больше начинала чувствовать себя ничтожной, ни на что не способной. С этим же ощущением пропадало желание искать работу...»*

Как мы с Кристиной локализовывали эту «болеву точку»? Простым (но частым☺) напоминанием, что она все-таки решила свою проблему и нашла работу. И не просто работу, а самую что ни на есть по душе – Кристина в итоге весьма успешно сотрудничала с арт-галереей.

Понятно, что ее постоянно одолевали сомнения: а не выгонят ли, а не кончится ли внезапно эта удача?

Спокойно и терпеливо приводились контрдоводы:

- ее держат не из благотворительности;
- ею довольны;
- она приносит всем заметную пользу.

Наконец, если ей все-таки удалось найти работу мечты один раз, почему не поверить в то, что возможен и второй?

Этот подход касался не только страхов, связанных с работой, он был общим: **поверять свои страхи логическим анализом**. Задать такую **постоянно действующую процедуру на любой страх, любую панику**.

Да, это не просто – эмоции, в момент возникновения, как правило, сильнее логики. И уж точно быстрее: сенсорные импульсы мгновенно добиваются до амигдалы (обособленной нейронной зоны мозга, чья главная задача – быстро предупредить об опасности), гораздо медленнее – до префронтальной коры, лобных долей, где им еще предстоит когнитивная оценка, обработка, и только после нее может быть послан «тормозящий» импульс в лимбическую систему, ответственную, в том числе, и за наши эмоции (7,8).

Однако, переведя эту процедуру – **поверки страха логикой** – в **привычку**, можно существенно «снизить градус» страха. Разумеется, изменить врожденные характерологические акцентуации вряд ли возможно. Облегчить же их патологическое воздействие и можно, и нужно. Точнее – необходимо.

Следующая постоянная ежедневная Кристинина проблема – **ипохондрия**. Любой нежелательный соматический сигнал она принимала за тяжелое заболевание. К сожалению, для такой аберрации есть биологическая основа. По ныне принятой гипотезе, предложенной еще в 1969 г. И.П. Лапиным («дедушка прозака»☺), дефицит серотонина в синаптических щелях соответствующих нейронных цепей, ответственен за депрессию. В действительности, похоже, все сильно сложнее – уровень серотонина можно поднять (6) за считанные часы, а клиническое снижение уровня депрессии происходит через недели. Тем не менее, 5HT-рецепторы точно «при делах». Аналогично при депрессиях может быть понижен уровень норадреналина и снижено выделение эндорфинов. Но и серотонин, и норадреналин, и тем более эндогенные агонисты опиатных рецепторов как раз и защищают ЦНС от ненужных, «шумовых» болевых сигналов. То есть, при депрессии возникает неприятный замкнутый круг: эндогенное снижение концентрации ряда нейромедиаторов приводит к усилению болезненных ощущений. А они, в свою очередь – к усилению уровня депрессии и тревоги. Круг замыкается, ипохондрия становится почти обязательным спутником и усилителем депрессии. И, конечно, неразлучным спутником невроза. Это как «пробки»-предохранители в электрической цепи – в случае короткого замыкания ими жертвуют, чтобы не спалить квартиру. Вот и в случае невроза мозг защищает себя, душевное здоровье, жертвуя частью физического здоровья.

Поскольку психотропные препараты не использовались в коррекции состояния Кристины, приходилось опираться только на психотерапевтические методы.

Как и везде, работал описанный выше метод логической проверки страха. Например, испытываемые 15 лет подряд болевые ощущения в желудке (типичны для неврозов) часто вызывают канцерофобию. Но обследование ничего не нашло. Да и за 15 лет, будь там рак, наверное, ситуация была бы гораздо хуже.

Неоднократное напоминание об этом, конечно, не снимало тревогу полностью, но сильно уменьшало ее интенсивность.

Еще одна полезная привычка, привитая Кристине – в моменты сильной тревоги использовать **технологии физического расслабления**, например, **техники Шульца**. После короткого тренинга несложно добиваться серьезного физического расслабления даже сидя на обычном стуле и не привлекая к себе особенного внимания. Далее работает физиология: расслабляется

мускулатура (вспоминаем атаракс), вытесняются «заикленные» мысли, спадает уровень тревожности.

Еще были добавлены несколько упражнений из тибетских практик, впрочем, «очищенных» от изотерических подробностей. Вообще, по моему опыту, с людьми, демонстрирующими лабильный аффект, следует крайне консервативно использовать любую «изотерику», дабы не получить нежелательные – и очень резкие – выплески. Из литературы и из моего опыта самые частые темы психозов связаны с религией, сверхъестественным, иррациональным. Так что – лучше не надо.

Очередная болевая точка – **страх предательства**, также сильно докучавший моему доверителю. Случаи, когда ее излишняя доверчивость и инфантилизм приводили к обидным потерям, лишь подпитывали аутические тенденции, также свойственные депрессиям.

Здесь работа строилась в основном на **когнитивной основе** и **юморе**. «Если у вас нет собаки – ее не отравит сосед»... В конечном итоге, когда ставится вопрос: «Иметь с риском или не иметь вообще?», то ответ обычно выбирается позитивный.

Ну, а предательство...

Его нельзя исключить, однако, если быть внимательным и осмотрительным, то можно резко уменьшить его вероятность. Ведь в конечном счете, все наше будущее – лишь набор вероятностей, на которые, правда, мы все-таки в состоянии влиять.

**Внешность.** Тоже частая тема тревог и депрессивных настроений. Нужно понимать, что дело, как правило, вовсе не во внешности, а в депрессии, а уж та найдет, к чему прицепится, какой повод «пострадать» выбрать.

Тем не менее, необходимо отвечать и на эти запросы. В Кристинином случае это было сложно, потому что она реально красивая девушка. Если бы это было не так, пришлось бы искать другие доводы.

Здесь важно только одно: **всегда говорить доверителю правду**. Потому что если привыкнешь хитрить, то рано или поздно «проколешься». А потеря доверия обесмысливает любое психотерапевтическое воздействие.

И совсем была одна необычная болевая точка – **боязнь сглаза**. Я уже говорил, что депрессия – истинная причина плохого настроения и тревоги. Однако человек не ощущает уровни концентрации нейротрансмиттеров в синаптических щелях. Он ощущает, что ему очень плохо. И, естественно, ищет объяснение этому факту, потому что без объяснения жить в тоске еще страшнее. И когда кончаются более-менее «рациональные» объяснения, начинаются иррациональные.

В Кристинином случае это был сглаз. Звучит весело, но, поверьте, совсем не смешно, когда взрослая умная девушка ходит в ужасе, что ее сглазили, и вычисляет, кто это мог сделать. И ищет варианты избавиться от сглаза столь же иррациональными методами.

В «борьбе со сглазом» нам очень помог **юмор**, также весьма серьезное «оружие» психолога, хотя и обоюдоострое.

Стоило один раз искренне расхохотаться в ответ на ее опасения – и через минуту ужас и недоумение сменились ответным смехом. Хотя здесь надо быть крайне осторожным, чтобы не обидеть пациента. Я бы ни в коем случае не рассмеялся в ответ на «страшное» признание доверителя, если бы к этому времени еще не был бы уверен в ее полном доверии к психологу. А раз пациент стопроцентно доверяет, а психолог смеется над ее жутким страхом, значит, этот страх не такой уж и жуткий.

Еще раз: здесь главное правило, как и во всей медицине – **не навреди!!!** Если не уверен в безопасности «сильного» средства, работай «слабыми». Я позволил себе посмеяться над ее «сглазом», потому что был уверен в ответной реакции. И не прогадал: уже через пару дней «сглаз» в нашем общении стал мемом, символизирующим те несуществующие опасности, которыми так обильно потчует человека невроз и депрессия.

Вообще юмор – очень сильный инструмент в руках деликатного психолога. Иногда за минуту можно добиться больше, чем за часовую сессию.

Например, однажды Кристина буквально влетела, заплаканная, в мой кабинет. Оказывается, парень, видимо, на что-то разозлившись, объявил ее нос огромным. Другая бы плюнула и ответила еще хлеще. Но депрессия и невроз вполне могут сделать обычное глупое замечание **настоящей трагедией**.

Кристина была настолько расстроена, что начала объяснять ужасную ситуацию прямо при моей младшей дочке, сидевшей в кабинете, и что-то писавшей в тетрадке. Состояние пациентки было близко к истерике. Прекратила же ее... моя дочь.

«Господи, да посмотрите на мой», – не отрываясь от своего занятия, сказала она.

И тут уже рассмеялись все трое. Дочкин нос был точно не меньше Кристининого, вовсе не мешая ей оставаться красоткой и считать себя красоткой☺.

Понятно, что если бы лицо Кристины действительно было бы с серьезным косметическим дефектом, мы бы на эту тему не шутили.

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 1В):**

*«... Помню свою первую встречу с И.А. (это я – прим. авт.). Я, как всегда, нервничала... Долго заставляла себя прийти в чувство, взяла себя в руки и вышла из дома... долго не могла найти, позвонила И.А., он меня быстро сориентировал спокойным голосом, хотя я уже опаздывала. ...открылась дверь, и я попала в красочный удивительный мир. Большой зал, увешанный множеством живописных работ (на самом деле – небольшая комнатка. Живописи действительно много, - прим. авт.). ...я сразу поняла, что это моя мечта. Атмосфера уюта и спокойствия. Мне очень давно не хватало таких ощущений...» (Далее Кристина пишет про «уверенного, спокойно говорящего профессора» и о том, как «сразу испытала успокаивающий эффект». На самом деле, нам просто повезло: она горячо любит искусство, и, придя за помощью, неожиданно оказалась в любимой среде. Как говорят маркетологи – в нужное время в нужном месте. Первичное доверие пациента необычайно важно, однако, разумеется, никаких мгновенных чудес не происходило, все делалось постепенно, о чем говорит следующая цитата, - прим. авт.)*

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 4В):**

*«... Я привыкла одевать на себя кучу масок, изображать, что у меня все в норме, приходить домой и плакать, пока никто не видит. (Однако – прим. авт.) страхи – страхами, но... я чувствовала, как крепчаю... Мне было очень приятно слышать похвалу» (психолога – прим. авт.).*

## 11. Обзор «арсенала»

Итак, на чем же была основана работа психолога в данном клиническом случае?

Наверное, уместно максимально кратко осветить основные методы психотерапевтического вмешательства, ни в коем случае не претендуя на полноту описания. У каждого специалиста есть свой, любимый и испытанный, арсенал средств воздействия, и, как правило, эти «инструменты» принадлежат к одной из трех наиболее разработанных школ.

Максимально упрощая, это - психоанализ, «поведенческая» школа и «гуманистический» подход. Я часто сталкиваюсь с приверженцами одного из этих направлений, яростно отстаивающих свое учение. Мой же собственный взгляд предельно приземлен и эклектичен. Мне вообще без разницы, как будет называться механизм, который поможет моему доверителю.

Лишь бы помог.

Все, что я напишу ниже, касается только **моего личного опыта** и никоим образом не претендует на научный диспут. Я просто рассказываю про свой инструментарий.

Психоанализ, пожалуй, самый «старый» и разработанный метод исследования психики человека и методов психологической поддержки. Я глубоко уважаю гений Фрейда за его догадки о «бессознательном», о влиянии событий раннего возраста на онтогенез, о механизмах психологической защиты, которые могут быть и неадаптивными. Однако, мой «инженерно-математический» бэкграунд не позволяет мне принять на веру большое количество иных идей и технологий этого направления. Просто потому, что исследование потока сознания методом свободных ассоциаций представляется мне Искусством, которое нельзя достоверно формализовать. А значит – нельзя и гарантированно успешно использовать.

(Тут надо отметить, что вопрос гарантий в психологической помощи вообще весьма условен. Считается, что в среднем 60% и даже более вмешательств успешны, причем... независимо от научной школы, исповедуемой психотерапевтом! В связи с этим появляется мысль, что, возможно, дело не школе, а в личности психотерапевта☺).

Для меня лично из школы психоанализа важны значимые события ранних периодов жизни, которые, как правило, накладывают отпечаток на личность доверителя. Подобные знания реально полезны при попытке помочь.

И все же более понятным и приемлемым для меня являются две оставшиеся «школы». Мне нравится работать с умными доверителями, которые, пусть и с помощью психолога, способны критично смотреть на свою жизнь и свое поведение. Соответственно, когнитивно-поведенческая терапия входит в мой личный арсенал.

Как мне думается, она отлично работает по купированию не главных, но сильно тревожащих проблем. Если сначала не приглушить их, то до главных просто не добраться.

Главные же проблемы решаются с помощью «тяжелой артиллерии» - гуманистической психологии и психотерапии. Потому что глобальная проблема человека – любого человека! – это осмысление своей жизни [3]. Нет смысла – нет счастья.

Разумеется, когда работаешь с доверителем, то не думаешь: а сейчас я применю то или это. Ты сочувствуешь ему, разговариваешь с ним, переживаешь и борешься за него, иногда успокаивая, а иногда и провоцируя вспышку.

И еще раз: мне без разницы, как этот метод называется. Главное – применим ли он в конкретной ситуации, при безусловном соблюдении важнейшего принципа – НЕ НАВРЕДИ!

Ниже я перечислил то, что вспомнил, из использованного в данном клиническом случае. Порядок изложения – не по важности, так как здесь важно все.

- **Проверка страхов логикой.** Очень действенный метод с когнитивно сохранными людьми. О роли лобных долей очень содержательно пишет Элхонн Голдберг (7), видный американский психиатр, кстати – он ученик великого А.Р. Лурия. Разумеется, не стоит ждать, что объяснил разок пациенту – и тот забыл про проблему. Необходимо создать самодействующий, «автоматизированный» механизм, **стереотип поведения**: столкнулся с тревогой, страхом – логически исследуй его по конкретному, всегда одинаковому алгоритму. Определи границы возможного ущерба, его вероятность, сравни с прошлыми случаями (очень часто и депрессия «цепляется» по стереотипному механизму).

- **Множественность однотипных терапевтических вмешательств.** Еще раз повторяю, что здесь не тот случай, когда один раз объяснил – и проблема снята. Нужно обеспечить постоянный «прием» пациентом «дозы» вербального «лекарства». От психолога, от родственников, от близких, и – высший пилотаж – от самого пациента, аутогенно.

- **Работа с родственниками и близкими.** Необыкновенно важная история. Особенно в плане информирования о деталях болезни и об алгоритмах правильного поведения окружающих. Это в прямом смысле слова лечит, предохраняет от БОЛЬШИХ психотравм, причем, не только пациента, но и его окружение.

- **Физиологические безлекарственные механизмы снятия тревоги и страхов.** Методы физического расслабления: от вечерних прогулок до специальных расслабляющих техник, от «ритуализации» утренних часов до оптимального питания. (Иногда без лекарств справиться

все-таки сложно. И хотя клинический психолог обязан профессионально ориентироваться в психофармакологии (6), однако в этом случае ему придется обратиться за поддержкой к коллегам-психиатрам, – *прим. авт.*)

- **Всегда говорить доверителю правду.** Может быть, с этого стоило начать. Когда пациент абсолютно уверен в ваших словах, то ваши терапевтические возможности резко увеличиваются.

- **Не навреди.** И опять - главное. Здесь все главное ☺. Сомневаешься в воздействии – лучше отмени его.

- **Максимальное информирование доверителя.** Невроз, - да и любые психические болезни и проблемы личности, - не относятся к области массового знания. Любой пациент считает свое заболевание уникальным, и в этом – значительная доля его неверия в излечение. Чем больше он будет разбираться в своем заболевании, тем легче ему будет исцелиться. Не жалейте времени на объяснения.

- **Юмор.** Классная вещь в психотерапии. Но – обязательно нужно «сверять часы» - понять отношение к юмору вашего доверителя. Если удастся его развеселить, то уже хорошо. А если удастся перевести проявления болезни из страшных – в смешные, то – вообще отлично.

- **Любые техники и технологии,** если они не опасны и помогают пациенту. Например, нейролингвистическое программирование далеко не все специалисты относят к области научного знания. Но меня это не волнует. Я, кстати, тоже не апологет НЛП, однако, если, например, удалось «заякорить» радостные ощущения у депрессивного пациента, то и отлично. Можно пользоваться всем, что, по меньшей мере, не вредит доверителю.

- **Гипноз.** Категорически не использую, ни в данном случае, ни вообще. Никогда. Не потому что он плох. Просто лично я не понимаю, как это работает, хотя сами техники не сложны, и в арсенале есть. Не понимаю, а потому боюсь использовать. Кроме того, напрягает некое «насилие» над доверителем: на мой взгляд, его психологическое лечение должно быть полностью добровольным и полностью ему подотчетным. Вербальное расслабление пациента, в отличие от гипноза, использую часто, так легче «достучаться».

- **Осмысление жизни.** По этому пункту написаны тысячи книг и будет написано не меньше☺. Это – *стратегическое направление*. Начать можно с мелочей. Я, например, прошу доверителя вести дневник удовольствий: любых, от утреннего запаха кофе до совершенного им научного открытия, от «беспробочного» шоссе до ощущения любимого ребенка на руках, от цветка после дождя до гордости за страну. Когда люди научаются хотя бы немного видеть окружающее их счастье, то они и сами понемногу становятся счастливее. А еще я прошу вести дневник достижений. И опять-таки самых разных: от наконец-то сделанной утренней зарядки до защиты докторской диссертации, от вымытой посуды до рождения долгожданного ребенка. Причем, как ни странно, маленькие достижения порой даже больше важны, чем большие. Хотя бы потому, что они бывают чаще☺. И вообще любой самый длинный путь состоит из маленьких шагов. Главное, чтобы они вели в правильную сторону.

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 8Б):**

*«... Конечно, за этот год (на самом деле - полгода занимались к этому времени – прим. авт.) были и срывы, и истерики, но я уже не могла погрузиться и наполнить себя болью, как раньше...»*

*... Каждый раз все быстрее и быстрее я приходила к анализу над тем, что меня беспокоит. И приводила сама себя в чувство. Да, на встрече у психолога я могла расплакаться и опять начать жаловаться на жизнь, но я уже другая.*

*... Я привыкла реагировать резко на весь негатив. Сейчас я учусь анализировать все плохое, и у меня получается. Я сама решаю свою судьбу...».*

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 7В):**

«... (я начала – **прим. авт.**) изучать себя в зеркале, свою мимику, любоваться собой, то, на что я раньше и не тратила время. А тут улыбаюсь себе в зеркале и думаю о хорошем...»

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 7В - 8В):**

«... Раньше я взрывалась и не знала, как себя успокоить. Очень переживала даже по пустякам. Часто возникали мысли, как заезженная пластинка, тревожили и не давали мне покоя...»

... (Теперь – **прим. авт.**) я стала разбирать свои страхи и т.д., насколько они глобальны, и проблема сводилась к минимуму...

... Такой метод очень быстро (не так уж быстро, к сожалению – **прим. авт.**) стал привычкой, каждый раз (не каждый раз☺☺, - **прим. авт.**) когда я чувствовала боль, пыталась уйти в депрессию, у меня целкало в голове (так в тексте – **прим. авт.**) и заставляло меня разбирать проблему. И как бы я не пыталась спрятаться и уйти страдать, я уже была другая (а вот это – правда, - **прим. авт.**). Я не разрешала своим эмоциям руководить и истощать меня (очень важно! Обратим внимание на слово «истощать», характерное для астенических личностей. Очень важно не давать себя истощать. Это умение позволяет резко улучшить качество жизни, – **прим. авт.**).

... Мои новые привычки работали уже на меня!» (что и требовалось доказать☺ - **прим. авт.**).

## 12. Подводим итоги

Собственно, основные итоги уже подведены: хороший человек выбрался из нехорошей болезни. Индекс Хека-Хесса упал до **16** (вместо прежних **36**). Заметно, точнее радикально, изменился профиль акцентуаций по шкале СМЛЛ.

Рассмотрим ее подробнее (два показанных профиля иллюстрируют психологическое самочувствие Кристины с интервалом примерно в 10 месяцев):

**Шкала L Ложь.** Ваш результат: **42.41 Т-баллов.**

**Шкала F Достоверность.** Ваш результат: **56.94 Т-баллов.** Как видим, выявленной в прошлом тесте аггравации уже нет. Человек впервые за много лет вздохнул свободно, и утяжеление своего истинного положения исчезло из его осознания текущей ситуации.

**Шкала K Коррекция.** Ваш результат: **60.93 Т-баллов.** В принципе, практически в пределах нормы. Если бы показатель был заметно выше, то можно было бы усомниться в достоверности ответов испытуемого лица – возможно, он, отвечая на вопросы теста, хотел как можно более соответствовать социальным ожиданиям. Хотя мне бы хотелось, чтобы график на шкалах **LFK** выглядел идеально, как в прошлый раз - «домиком», с не слишком высоким максимумом по шкале **F**. Но, что есть – то есть.

И, кстати, повышение по шкале **K** вполне объяснимо. Мы помним, что в прошлогоднем тесте результаты «усугублялись» не только тяжестью состояния, но и усталостью от болезни. Теперь же доверитель впервые за много лет чувствует себя хорошо, она гордится своими успехами, о чем не раз сообщала психологу. И я имею обоснованное ощущение, что сегодня на результаты теста несколько влияет ее желание «похвалить» себя и свою нынешнюю адаптацию.

В определенном смысле можно назвать это *диссимуляцией*, неким сокрытием симптоматики, скорее всего - не сознательным. То есть, теперь, в отличие от прошлогоднего теста, доверитель неосознанно несколько *снижает* степень своих оставшихся психологических проблем.

Такое дополнительное осмысление экспериментальных результатов психологом не только допустимо, но и необходимо: тест вовсе не истина в последней инстанции, а чрезвычайно важное и полезное дополнение к клиническим наблюдениям специалиста.

Все вышесказанное позволяет мне считать ниже показанные результаты тестирования достоверными.

**Шкала Hs 1 Сверхконтроль.** Ваш результат: **58.49 Т-баллов.**

**Шкала D 2 Пессимистичность.** Ваш результат: **42.2 Т-баллов.**

**Шкала Nu 3 Эмоциональная лабильность.** Ваш результат: **59.94 Т-баллов.**

**Шкала Pd 4 Импульсивность.** Ваш результат: **68.3 Т-баллов.**

**Шкала Mf 5 мужественности-женственности.** Ваш результат: **46.36 Т-баллов.**

**Шкала Pa 6 Ригидность.** Ваш результат: **59.12 Т-баллов.**

**Шкала Pt 7 Тревожность.** Ваш результат: **48.85 Т-баллов.**

**Шкала Sc 8 Индивидуалистичность.** Ваш результат: **64.58 Т-баллов.**

**Шкала Ma 9 Оптимистичность.** Ваш результат: **66.26 Т-баллов.**

**Шкала Si 0 Интроверсия.** Ваш результат: **49 Т-баллов.**

Итак, что мы видим.

Не изменились показатели по пятой шкале: Кристина всегда была женственна и в мыслях, и в поведении. Остальные показатели изменились очень серьезно, практически полностью оказавшись в коридоре нормы.

Впрочем, и безо всяких тестов видно, что жизнь Кристины резко поменялась в лучшую сторону. Причем, не только у героини нашего повествования, но и всего ее окружения.

Это, конечно, не значит, что у нее радикально изменился характер и его акцентуации - их соотношение, как видно на профилях теста СМИЛ, во многом сохранилось. Но это значит, что изменились, - причем, как раз, радикально, - ее привычные реакции на стандартные жизненные стимулы. С болезненных – на гораздо более здоровые. В некотором смысле, это уже просто другая жизнь.

Что же касается слова «героиня»...

В значительной мере так и есть. Кристина не только во многом справилась со своим тяжелым многолетним заболеванием, но и приняла обдуманное решение сделать все, что в ее силах, чтобы помочь другим, которым пока не так повезло, как ей.

Хотя слово «везение» – не из нашей истории. Из нашей же – знания и труд. «Болезнь неведения» всегда обратима, если ты вооружен знаниями и готов к напряженному труду.

Думаю, что когда Кристина станет психологом, ее доверителям станет легче жить. Ведь она точно знает, что чувствуют ее пациенты...

**Из текста Кристины,** прямое цитирование (стр. 6В-7В):

*«... Сложно было рассказывать обо всем, заново переживать свою боль и страхи. Но (по-степенно – прим. авт.) становилось легче. Каждый раз я узнавала нужный для меня совет и следовала ему...»*

*... Очень сложно было заставить себя по утрам делать 5 элементарных упражнений. (Утро всегда тяжелое время при депрессии. Поэтому я заставил ее «ритуализировать» утренние часы, в том числе вводя туда несложные физические упражнения. Здесь, конечно, идет речь не столько о физкультуре, сколько об адаптивном «вживании» в новый день, - прим. авт.). Но прилив сил и гордости за победу над ленью не снимали улыбку с лица... Они заряжали меня с утра, маленькие победы над собой...»*

**Из текста Кристины,** прямое цитирование (стр. 4В):

*«Я видела как (к психологу – прим. авт.) приходят люди, грустные, прячущие глаза. И уходят, улыбаясь, даже походка, видно, что изменилась, легкость (появилась – прим. авт.)...».*

**Из текста Кристины, прямое цитирование (стр. 5В):**

*«... В процессе знакомства (с психологом и тактикой терапии – прим. авт.) мое восприятие стало меняться. Хочу сказать, что это стоило мне огромного труда и постоянной работы над собой.*

*Возможно, я даже еще полпути не прошла к полному успеху над собой, но тот опыт, который я получаю, заставляет меня двигаться вперед, бороться, а не прятаться как раньше. (Даже если вдруг прячусь, то уже не комфортно, встаю и борюсь с собой)...*

*Мне даже писать сложно о своих прошлых переживаниях, страхах сейчас, ведь я уже совсем другая...».*

**13. Было – стало**

Мы не боимся чертовой дюжины, и именно в этом подразделе сравним жизнь отдельно взятого человека с тяжелым неврозом до и после 10-месячной терапии:

\* **раньше** не могла трудоустроиться, а если все-таки получалось – обычно не удерживалась более двух-трех месяцев. **Сейчас** трудится на одном месте без малого год, работой полностью удовлетворена;

\* **раньше** в среднем раз в неделю (и чаще) посещала врача по разным поводам: проблемы ЖКТ, лор, гинекология, кардиология, неврология, панические атаки и т.д. Многократно госпитализировалась, в том числе, по «Скорой помощи». **Сейчас** к врачам не ходит, ничего не болит, из недомоганий за почти год – ОРЗ, ОРВИ.

\* **раньше** практически полностью вышла из соцсетей, разорвала социальные связи со всеми, кроме ближайших родственников. **Сейчас** – общение восстановлено, вернулись старые друзья, впервые за несколько лет появились новые.

\* **раньше** – тяжелое утро, пробуждение уже без сил, постоянные истерики. **Сейчас** – утро все равно хуже, чем вечер, но даже утром есть желание жить и работать.

\* **раньше** – не было сил не то что на спорт, но и на жизнь. **Сейчас** – бассейн, йога, фитнес с получением удовольствия от процесса и результата.

\* **раньше** – нет понимания, как жить дальше, нет сил и, самое опасное, нет надежды (на пике невроза полностью исчезло желание жить). **Сейчас** – уверена в своих силах; случающиеся проблемы напрягают, но не вышибают из колеи; поставлены серьезные жизненные цели, в том числе – по выстраданной мечте: стать дипломированным психологом и помогать таким же страдающим людям).

**Благодарности**

Автор выражает благодарность ректору МИП д.экон.наук Л.И. Сурату и руководителю курса профпереподготовки «Клиническая психология» к.пс.н. Л.В. Сенкевич.

**Литература**

1. Лурия А.Р. Потерянный и возвращенный мир (история одного ранения). М., издательство МГУ, 1971.
2. Симонов П.В. Болезнь неведения. М., Наука, 1968 г.
3. Виктор Франкл. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере. М., Смысл, 2004.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986 г.
5. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология (руководство для врачей и клинических психологов). М., Воронеж, 2002.
6. Трофимов С.С. Психофармакология (курс лекций для психиатров). 2016.
7. Голдберг Элхонон. Управляющий мозг (лобные доли, лидерство и цивилизация).

8. Картер Рита. Как работает мозг. М., АСТ. 2014.

9. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). СПб.: Речь, 2000.

**Гольман Иосиф Абрамович.** E-mail: i7591@yandex.ru

Дата поступления 19.05.2019

Дата принятия к публикации 10.06.2019

## **TWO VIEWS ON ONE NEUROSIS**

DOI: 10.25629/НС.2019.06.04

**Golman I.A.**

Moscow University for the Humanities

Moscow, Russia

**Abstract.** A story from two people, about a rather severe neurotic disorder, about how they fought with him, and, accordingly, what they have achieved in this struggle at the moment.

**Key words:** neurosis, neurotic state, MMPI test, aggravation, disadaptation trajectory.

**Golman Joseph Abramovich.** E-mail: i7591@yandex.ru

Date of receipt 19.05.2019

Date of acceptance 10.06.2019