

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 615.832.9+141.32+130.121+159.9

*О.И. Лихолетова***ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПСИХОТИЧЕСКОГО СПОСОБА СУЩЕСТВОВАНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экзистенциальная психотерапия, феноменология, психотический способ существования, первый психотический эпизод

Одной из важных целевых стратегий реабилитации пациентов с психозами шизофренического спектра является реконструкция психотического способа существования, проведение которой в дальнейшем позволяет больному восстановить целостность и самоидентичность образа своего «Я», а также создает фундамент для психотерапевтической коррекции осознания смысла перенесенного психиатрического опыта.

Основной целью данной работы является рассмотрение методологических аспектов, на которых основан анализ и реконструкция внутреннего психотического мира переживаний больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ). В основе лежит осознание и коррекция содержания экзистенциально-аналитических феноменов: нарушения пространственно-темпоральных параметров, дезинтеграции «Я» пациента, потери переживания «связанности» и «структурности» себя и мира, понятий «бытия» и «небытия», понимания смысла переживаемых явлений и жизни в целом.

Так как в наши дни термин «экзистенциальный» часто подвержен искажающим интерпретациям, нам видится целесообразным уточнить его содержание применительно к сферам психологии и психиатрии, что также соответствует его значению в настоящем исследовании. Этот термин означает установку, особый подход к человеческому существованию [1]. Это не система терапии с набором техник и приемов, а установка по отношению к терапии: понимание и изучение структуры, способа человеческого существования и его субъективных переживаний [2], которые всегда должны предшествовать всем другим психотерапевтическим техникам. Приложение экзистенциальных понятий к психоте-

рапии (ПТ) рассматривается экзистенциальной ПТ, основной целью которой является изучение существования человека (здорового и психически больного), как процесса его личностного становления. Она делает акцент на понятии идентичности, самобытности, самореализации и переживании себя собой (своей самости), как неперемennого условия человеческой природы [3]. Феноменология представляет собой первый этап экзистенциальной ПТ, она пытается принять феномен, как данное, фокусируясь на субъективных состояниях сознания пациента и практически игнорируя психологическую причинность явлений. Европейские феноменологи считают, что лучший способ понимания бытия другого человека состоит в том, чтобы оказаться в его мировоззрении и стать способным увидеть его мир его глазами. Одним из таких направлений является экзистенциальный анализ Л. Бинсвангера [4], представляющий собой синтез психоанализа, феноменологии и экзистенциальных идей. Он направлен на реконструкцию внутреннего мира переживаний психиатрических пациентов, в основе которой лежат положения экзистенциальной философии М. Хайдеггера [5].

«Объективистский» взгляд специалиста на душевную жизнь пациента не дает истинного ее понимания. Больной психическим расстройством, как и любой другой субъект, имеет то, что ориентирует его в мире, возможности, которые им реализуются, внутреннее пространство и время, определенная настроенность на других людей. Существование больного с психозом в его психотическом мире является для него осмысленным, несмотря на то, что это противоречит нашему смыслу. Поэтому, сколь бы бессмысленным специалисту не казался психотический способ существования, он требует изучения и по-

нимания, как осмысленный через осознание потребностей, чувств, забот и субъективных переживаний пациента.

Многими психиатрами, психоаналитиками и психотерапевтами, работающими в экзистенциальном ключе [1,2,4,6,7], подчеркивалась важность умения понимать и описывать «внутренний мир» пациентов с психозами. Р. Лэнг [8] писал, что «единственным путем постижения мира психотика, является погружение в его мир», а единственной возможной формой постижения личностного в человеке является экзистенциальная феноменология, которая «артикулирует то, чем является мир другого и каков способ его существования в нем». Основными методами экзистенциальной феноменологии выступают описательная феноменология (вербализация пациентами своих переживаний, самоотчеты и т. д.) и категориальный анализ (анализ субъективного переживания пациентами пространства и времени с целью установления тщательной и детальной реконструкции внутреннего универсума переживаний пациента).

Так, субъективное чувство переживания времени во многом влияет на содержание смысла жизни: искажение чувства времени – это естественный результат искажения жизненного смысла.

Наиболее привычным для людей модусом пространственности является «ориентированное» пространство, в котором существуют такие характеристики, как «спереди» - «сзади», «справа» - «слева»; есть ближайшее и удаленное пространство для оценки расположения объектов; у пространства есть границы, у объектов – «снаружи» - «внутри» [1].

Особое качество принимает ориентированное пространство в зависимости от чувственного настроения, так называемое, «настроенное» пространство. Так, пространство может увеличиваться, расширяться, связываться при чувстве счастья, любви, и, наоборот – сужаться, опустошаться при печали, отчаянии.

Интересным оказывается использование феноменологии в области изучения спектра шизофренических психозов с их психотическим способом существования. Рассмотрение психотического состояния в экзистенциальном контексте делает понятным переход от здорового способа существования к психотическому. Поэтому сочетание естественнонаучных данных, раскрывающих закономерности функционирования человека как биологического организма, с феноменологическим подходом, дающим понима-

ние его жизни, как личности, делают наиболее полным представление о внутреннем мире пациента.

Рассмотрение существования человека через призму экзистенциального подразумевает восприятие человека в процессе становления (т. е. как строящий себя «проект»), в переживании им кризиса: тревоги, страха, отчаяния, конфликтов, отчуждения от самого себя [9]. Психотический приступ, в котором человек испытывает на себе психотическую реальность, проживает психотический способ существования, представляет для него серьезную кризисную ситуацию (человек оказывается перед лицом чего-то необъяснимого), в которой обостряются все экзистенциальные составляющие человеческого «бытия». Страх психотической природы, который испытывает человек, столкнувшийся с опытом психотических переживаний, неопределенный, беспредметный, всеобъемлющий – поглощает всю экзистенцию человека и приводит к растерянности, непониманию того, что делать и от чего бежать. Однако именно психотический страх потрясает человека во всех его жизненных отношениях, абстрагирует от ежедневных проблем, забот, всего мирского, временного и обращает человека к истокам его истинного существования. Переживание экзистенциального кризиса поднимает человека на одну ступень выше в его эмоциональном и духовном развитии. По-новому происходит оценивание себя в мире, пересматриваются цели, ценности и смысл существования. Это иначе определяет решение проблемы «свободы», которая представляет собой «выбор» личностью одной из бесчисленных возможностей, и «ответственности», которая следует за «выбором» того или иного способа действий и наделяет «свободу» смыслом. Именно в такой трансформации экзистенциальных параметров заключается смысл переживания человеком психотического опыта.

В рамках экзистенциально-феноменологического подхода возможным было исследование психотического «миро-проекта» при психозах с применением экзистенциального анализа. В данном контексте психоз представляет собой не болезнь мозга, а вариант модификации фундаментальных или сущностных структур и структурных связей «бытия-в-мире, как трансцендирования» [1]. Выделение психотических способов существования, как особых форм трансценденции «бытия-в-мире», характерных для шизофрении и шизофренических психозов, представляли собой наилучшие модели для исследо-

вания субъективного мира психотика [6]. Исследование пространственно-темпоральных характеристик психотической реальности обнаружило два типа модификации мироустройства: 1) «скачка идей», «прыжки», «завихрения», при этом существование поверхностно, с переходом от эйфории к депрессии (нозологически – биполярное расстройство настроения); 2) уменьшение и сужение существования, «экзистенция, как бы усыхает, сжимается, а одновременно с ограничением поля возможного опыта происходит ее приземление, обмирщение» (аутизм) [4].

Одной из целью разработанной нами системы экзистенциально-личностного восстановления больных с ППЭ, в основу многих психотерапевтических техник и приемов которой был положен экзистенциально-феноменологический подход, являлась реконструкция внутреннего мира переживаний больных ППЭ.

Феноменологический подход предъявлял повышенные требования к специалисту, осуществляя попытку очистить его мысли от предположений, общих понятий, диагностических конструкций, посредством которых он слышит и ориентирует себя в мире в данный момент времени, и которые часто являлись причиной восприятия им в пациенте своих собственных систем и теорий, вместо готовности слушать и слышать в терминах и на языке пациента, безоценочно переживать феномен вместе с пациентом, то есть «присутствовать» в процессе. Кроме того, важным являлось умение специалиста отмечать не только слова пациента, но и выражение его лица, жесты, различные чувства, которые он испытывал в процессе общения, что требовало от специалиста достаточной гибкости своих конструкций в пользу присутствия в субъективности внутреннего мира пациента. Таким образом, феноменологический подход был построен на базисе существования и проявления «самости» пациентом в своем внутреннем психотическом мире, и «присутствия», принятия участия терапевта в субъективном мире пациента.

Не просто однобокая диагностика и констатация факта наличия того или иного феномена в клинической картине ППЭ, а понимание различных психопатологических симптомов (в том числе психотических), которыми насыщен острый продуктивный период болезни, через призму феноменологического подхода, позволяло с иного ракурса посмотреть на механизмы формирования симптомов с акцентом на субъективной стороне их переживания самими пациентами. Подобное видение проблемы формирования

некоторых симптомов психоза не исключало, а дополняло уже имеющиеся в арсенале клиницистов представления об этих механизмах. Знание клиницистами не только биохимических основ формирования психопатологической симптоматики психоза (что успешно нивелировалось фармакотерапией), но и осознание ими экзистенциальных основ формирования психоза, переживаний и логики пациента, живущего в психотической реальности, в значительной мере повышали доверие пациента врачу, служили осознанному применению психотерапевтических техник, а на последующих этапах создавали предпосылки для устойчивого психотерапевтического альянса.

Феноменологический и экзистенциальный подходы к терапии пациентов с ППЭ не отвергали необходимости использования технических приемов диагностики и клинического исследования, изучения динамики болезненного процесса, что позволяло комплексное использование этих подходов. «Объективный» подход и «понимающе-субъективный» дополняли друг друга, так как рассмотрение одной и той же проблемы с разных точек зрения значительно улучшало понимание явлений и во много раз увеличивало эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

С клинической точки зрения, психоз представляет собой психическую болезнь, а с экзистенциально-личностной – особый способ существования. Такая идентификация психозов шизофренического спектра и самой шизофрении существенна для теории и практики. С одной стороны возможно описание этих болезненных состояний с ориентировкой на симптомы, с другой – посредством «вчувствования» в болезнь, открытия доступа к глубине ее психопатологии и содержащимся в ней экзистенциальным темам.

Имеющиеся современные классификации восприятия, с выделением таких его характеристик, как восприятие времени и пространства, делало целесообразным включение пространственно-темпоральных параметров в объяснение возможных психологических механизмов формирования у пациентов расстройств восприятия и самосознания, что делало для нас более понятным и механизмы бредаобразования с его «кривой» логической структурой.

В феноменологии психотического «бытия-в-мире» основной координатой являлась темпоральность. В психиатрической практике изучение времени было ограничено проверкой того, ориентируется ли пациент во времени и субъек-

тивным восприятием скорости протекания его психических реакций.

Для пациентов с ППЭ время казалось фиксированным в одной точке, в настоящем моменте. При присоединении депрессии время замедлялось или переживался его обратный ход. В психотическом способе существования нарушалось переживание автоматического структурирования времени, отсутствовало ощущение последовательности прошлого, настоящего и будущего. «Фиксированное» настоящее приводило к разрыву связи между прошлым и будущим, осознание которых у больных резко сужалось.

Переживание пространственности в психотической реальности также имело свои особенности:

1) Имея ранее опыт существования в «ориентированном» пространстве, теперь для больного были потеряны пространственные ориентиры, в переживании «нового» пространства могли наблюдаться аномалии зрительного восприятия;

2) «Настроенное» пространство теряло свою согласованность, искажалось, воспринималось, как в тумане, с отсутствием света, нарушением ощущения расстояния, сужением жизненного пространства, проникновением пространства в тело. Такой вид переживания пространственности служил почвой для формирования персекуторных идей;

3) Многие больные слышали «голоса», ощущали на себе взгляды посторонних наблюдателей. Будучи уверенными в истинности данных переживаний, они не отрицали отсутствия данных феноменов в той действительности, в которой они общались с врачом и другими людьми, но для них была открыта еще одна реальность, в которой эти феномены существовали, привносили страх и, по мнению пациента, могли его настигнуть. Так, по описанию Мерло-Понти [1], «...что охраняет здорового человека от бреда и галлюцинаций, так это структура его пространственности, а не проверка реальности»;

4) Чувства отчаяния, бессмысленности, безысходности и пустоты, часто ощущаемые больными после перенесенного ППЭ, опустошали и ограничивали их пространственность.

Таким образом, понимание переживания пациентами пространственности в психотическом способе существования, позволяло понять механизмы формирования галлюцинаций и бреда, как феноменов.

Помимо исследования пространственно-темпоральных параметров психотической реально-

сти, большое значение имело изучение изменений, происходящих в самом пациенте, в его когнитивно-аффективной сфере, его экзистенциальных темах.

Через «вчувствование» в то, что происходит при психозе, мы обратились к существенным феноменам, которые имелись в мышлении, в чувствах, телесных ощущениях, соотношении с миром, а именно – утраты целостности своего «Я», реальности и прочности окружающего мира. Пациент терял «переживание связанности и структурности» внутри себя и в мире, что характеризовало его экзистенцию. Его «Я» не могло удерживать чувство идентичности, свои границы по отношению к миру, терялись ориентиры, и отсутствовала опора внутри себя и в мире, нарушалась «связанность» и закономерности между внутренними процессами и объектами внешнего мира – таким образом, человек чувствовал свое «растворение», потерю своего существования («бытия-здесь»). Защитой от «растворения» и силы воздействия со стороны мира выступали деперсонализация окружающего, аутизм и бегство в бред. Они глубже уводили в болезнь, но, на некоторое время были способны защитить человека от «распада» и «растворения», что субъективно для больного делало ситуацию более переносимой. Из-за невозможности обнаружить цели и ориентиры в психотической действительности, пациент пытался найти их в самом себе, активно отгораживаясь от нее. Характерное повышенное внимание и фиксация больных психозами на мелких, малозаметных деталях («лежащий на асфальте окуроч», «маленькая дырочка на стене комнаты» и т. п.), давали хотя бы некоторую опору и удерживали для больного картину «связанности» окружающего мира.

«Опыт растворения мира и себя в мире» возникал, как следствие утраты «связанности и структурности». Он распространялся на собственное существование – психику, тело, идентичность. Такая утрата внешней и внутренней основы вела к появлению хаотичного, ненаправленного страха (известное в клинической практике чувство растерянности, утраты целенаправленности, ощущения приближения чего-то ужасного и необъяснимого). Результатом страха являлось нарушение переживания объектов на чувственном уровне, предметы теряли связь друг с другом, свой реальный смысл и назначение, что являлось предпосылкой надления их «особым», конгруэнтным аффекту смыслом (из клинической практики – идеи особого значения, отноше-

ния).

Следствием потери эмоционального базиса являлась утрата принадлежности чувств и действий самому пациенту. Переживание «растворения себя в мире» и когнитивное компенсирование этого процесса приводили к приписыванию происходящих внутри процессов действию силы, идущей извне (из клинической практики – психические автоматизмы). Работа когнитивной составляющей заключалась в составлении возможных интерпретаций происходящего во внутреннем и внешнем мире хаоса (бредовые идеи), что в субъективном мире пациента являлось рациональным, построенным на существующей в его сознании психотической реальности мира.

Эмоционально значимая информация, поступающая в сознание пациента, усиливала нарушение ассоциативных процессов, что проявлялось в виде соскальзывания (тогда блокировалось проникновение чувств в сознание) или шперрунгов (эмоциональный импульс достигал сознания, но блокировались процессы мышления). Это можно было объяснить трудностями когнитивной переработки информации и недостаточностью психологических защит, что позволяло чувствам бесконтрольно вторгаться, становиться между «Я» и процессами мышления. При этом усиливающийся распад связанности мыслей и переживаний выступали в качестве своеобразной защиты сознания от травмирующей информации.

Таким образом, утрата ощущения «связанности и структуры» являлась одним из самых значимых субъективных переживаний при шизофреническом психозе, что делало этот феномен экзистенциальной тематикой заболевания.

Наиболее значимыми и неизбежными для указанного контингента больных экзистенциальными вопросами являлись те, которые в клинической психопатологии не имели большой значимости. К ним относились:

1. Понятие и критерии распознавания действительности. Эта проблема вставала перед больными вследствие ощущения ими ненадежности, нестабильности, шаткости и чуждости окружающей реальности психотического мира, который силой вторгался в их субъективную реальность, «растворяя» ее, и нарушая все ориентиры, свидетельствующие о существовании или исчезновении человеческой экзистенции.

2. Понятие и ориентиры существования себя в психотической действительности проявлялись в тягостном сомнении больного, действительно

ли он существует, и если существует, то где? В каком месте реальности? Переполненность «своего собственного» «чужим», невозможность разделить «внутри» и «снаружи», потеря пространственно-временных отношений – все это свидетельствовало о полной потере ориентации, отсутствии точек соотнесения, опоры и нахождения себя в пространстве.

3. Понятие «небытия» (смерти, «растворения», «неживости») себя в окружающем мире – этот экзистенциальный феномен переживался психотическим больным, как потеря своего существования и существования мира при наличии своей «живости». Одновременное ощущение бытия и небытия приводит к появлению страха, полной утрате какой-либо надежной структуры, способной выступить в качестве точки опоры доказательств своего «бытия», и борьбы за то, чтобы сохранить для себя действительность и свое существование в ней.

Главной экзистенциальной проблемой больного, проживающего психотический способ существования, являлся вопрос о том, как связать воедино объективную действительность и опыты своих переживаний, чтобы сохранилась их «связанность» и «структура», как определить в них ориентиры для доказательства своего существования, и как придать миру надежность, когерентность и стабильность.

Эта проблема вызывала интерес у больных в отношении: а) окружающего мира и его объектов (разрозненность, бессвязность, непрочность вещей в мире, отсутствие опоры, отсутствие доверия); б) окружающих людей и семейных отношений («растворение» связанности среди других людей, членов семьи, чувства угрозы их «растворения» в мире); в) самого себя (чувство «растворения» своего «Я», психики и тела, утрата надежной структуры, переполенность страхом).

По мере купирования психотического состояния, модифицировалась психотическая реальность, происходила трансформация пространственно-темпоральных параметров. Однако, даже после полного устранения болезненных симптомов, появления частичного осознания происшедшего, представление о пространственно-темпоральных соотношениях могло оставаться искаженным вследствие опыта перенесенной психотической действительности. У многих пациентов продолжало сохраняться недоверие к существующей реальности, наполняющим ее объектам, перепроверка связанности характеристик мира. Кроме того, пациентам требовалось

время, чтобы восстановить целостность своей темпоральной структуры, переживание субъективности течения времени, вновь почувствовать свое «бытие-в-мире» в текущем моменте времени.

Сложным представлялся процесс осознания пациентами опыта своего переживания времени, пространства, «связанности» и «структурности» мира и самого себя во время психотического приступа. Однако, это понимание было необходимо для видения пациентами цельной картины случившегося, вербализации того, что им самим было трудно озвучить, и адекватного, безопасного и осознанного включения опыта психотической реальности в стройность течения своей темпоральной структуры. Переживание опыта потери связанности таких вселенских феноменов, как время и пространство, повышало степень ценности здорового переживания этих феноменов в окружающем мире, точно так же, как и ценность психического здоровья и человеческого существования.

Психотическая форма «бытия-в-мире» рассматривалась не с точки зрения ее ненормальности, а с точки зрения «новой» формы «миро-проекта» больных с ППЭ.

Таким образом, экзистенциально-аналитическое исследование психотического способа существования включало:

1. Проведение описательного феноменологического исследования путем вербализации пациентами своих переживаний, метода наблюдения, анализа самоотчетов.

2. Исследование параметров пространственно-временных характеристик.

3. Используя данные пунктов 1 и 2, выявление основной фабулы существования пациента в психотической действительности.

4. Реконструкция переживания психотического способа существования больных ППЭ.

Фундаментальная фабула психотической реальности представляла собой некую категорию или «ключ» к «миро-проекту» пациента. Сохранение этой фабулы являлось основной целью пациента, проживающего психотическую действительность, так как ее нарушение или угроза нарушения грозили пациенту потерей чувства своего существования, вызывали неудержимый страх и заставляли всячески защищать эту фабулу от разрушения. В субъективном переживании пациента именно она поддерживала для пациента его «мир» и собственное «бытие» в нем. В качестве «защит» выступали симптомы: невязчивости, ритуалы, фобии, бред, им-

пульсивные действия, отгороженность, аутизм. Симптомы выступали в качестве попытки охранения и контроля ограниченного несвободного и обедненного психотического мира, где каждый симптом выражал угрозу крушения «мира» и стремление пациента в «небытие».

Приведем экзистенциально-аналитическое исследование двух «миро-проектов» больных с ППЭ:

Пример 1. Мужчина, 27 лет, находящийся на стационарном лечении в остром отделении Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка с диагнозом: Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1), демонстрировал своим поведением страх, недоверие окружающим, социальную отгороженность.

В беседе сообщал об опасности мира и объектов в нем, ощущение давления и нажима на него со стороны мира, видел особый смысл в окружающем и чувствовал враждебную настроенность во всем. Ощущал необходимость охранять себя от людей и вещей путем постоянного контроля реальности, подозрительности, соблюдения дистанции от всего, несущего в себе угрозу, ощущал запрет на сон из-за возможной потери контроля. Испытывал сильное внутреннее напряжение, позволяющее ему связывать воедино все части своего «Я», не давать ему распасться и не позволять внешнему миру нарушать границы «Я». Находясь в пустом помещении, чувствовал себя немного спокойнее, если выдерживал расстояние между собой и предметами, но вторжение «невидимого» в его собственные границы не исключал. При приближении к нему людей испытывал беспокойство, замечал их стремление вторгнуться на его территорию и разрушить ее. В качестве защиты «напрягал все тело и мозг, мешая энергетическому вторжению».

Временной характеристикой данного «миро-проекта» была «фиксированность» в одном отрезке, нарушение плавности течения времени, «рывки» времени. Пространственность характеризовалась уменьшением, сужением пространства вокруг пациента, наполненностью его людьми и предметами, теснотой, трудностью идентификации собственного пространства. Механически пациент чувствовал силу, нажим, давление извне. «Ключом» к «миро-проекту» пациента являлась необходимость сохранения любой ценой должного баланса, упорядоченной структуры и гармоничности объектов в мире относительно границ самого пациента. Катастрофическим событием его психотической реальности

была угроза нарушения границ его «Я», вторжения внутрь и потери связанности элементов «Я», что означало – смерть («небытие»). Основными способами защиты выступали: рационализация, контроль, физическое дистанцирование, социальная отгороженность, бессонница, внутреннее напряжение, страх. Бредовые идеи вмешательства, отношения сигнализировали о возможной опасности вторжения в собственные границы.

Пример 2. Женщина, 30 лет, находившаяся на стационарном лечении в остром отделении Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка с диагнозом: Острое шизофреноподобное психотического расстройства (F23.2), длительное время страдала от разного рода фобий. Два года назад перенесла ситуацию, когда упала в канализационный люк, сломала ногу и провела там в темноте и холоде несколько часов, после чего ее нашли и доставили в больницу. Находясь в люке, испытала страх смерти, который шел от темноты и холода вокруг. С этого времени испытывала страх при виде глубоких ям, длинных туннелей, боялась ночного времени суток. Постепенно страх становился генерализованным, отражался на поведении пациентки: боялась открытых окон и дверей, любых маленьких темных «дырочек» в стенах комнат, зданий, настенных розеток, трещин в тротуаре – всего того, откуда, по мнению больной, могло «дуть холодом». В качестве защиты от страха ограничивала свои перемещения в пространстве, закрывала везде двери и форточки, избегала ходить по потрескавшейся земле, не подходила близко к стенам кирпичных зданий, в помещениях замазывала мелкие «дырочки» в стенах зубной пастой, которую для этих целей носила с собой. Если страх внезапно настигал ее, закрывала глаза руками и громко считала до 10-ти. Находясь в больнице, высказывала идеи о том, что есть группа людей, которые намеренно прокалывают стены, подстраивают ситуации, чтобы она оказалась рядом с «местами, из которых дует».

Экзистенциальным источником страха у пациентки являлся страх смерти, «небытия». Угрозу своему существованию она видела в таких явлениях, как «темнота», «пустота» и «холодный дующий воздух», которые привнесла и зафиксировала в ее воображении стрессовая ситуация. Субъективная реальность для больной была сведена к категории «заполненности пустого пространства, его статичности и недопущении хаоса» - это и являлось ключевой фабулой данного «миро-проекта». Посредством сохранения сво-

его «миро-проекта» таким, больная пыталась избежать катастрофического события – своего исчезновения, «небытия». Страх представлял собой охрану ее ограниченного категориями «заполненности» и «статичности» психотического мира. Угрозу потери своего существования больная компенсировала ритуалом, при котором «закрытие глаз» помогало сконцентрироваться на своем внутреннем пространстве, а «громким счетом» она подтверждала свое существование и целостность частей «Я». Время для больной делилось на «до» и «после» падения в люк, настоящее было плохо структурированным. Характеристикой пространственности выступало его резкое ограничение, сужение, корректировка его заполненности содержимым («замазывание дырочек») и поддержание статичности его структуры («недопущение циркуляции воздуха»). Пустоты, незаполненность пространства содержимым, темнота, холод и диффузные перемещения в пространстве, символизировали смерть в психотической реальности данной больной. Описанные виды защит (навязчивости, ритуалы, фобии, поведенческие реакции) были направлены на недопущение в мир хаоса и поддержание его структуры константной. Защитный характер носила также кристаллизация в сознании больной персекуторной фабулы бреда. Аффект страха становился терпимее при знании больной о происках реальных врагов, нежели при мыслях о стремлении ввести ее в «небытие» непостижимой сверхъестественной силы.

Вышеописанные примеры показывали, что мы не сможем понять симптом или синдром, если будем начинать исследование непосредственно с них. Анализ более ранних переживаний пациента давал возможность нащупать основную фабулу, на которой держался весь психотический «миро-проект» данного конкретного больного. Следовало также учитывать возможность существования нескольких «миро-проектов» у одного психотического больного.

Таким образом, экзистенциально-феноменологический подход к исследованию шизофрении и психозов шизофренического спектра делал более понятным и ощущаемым переживание больными психотической реальности и способа существования в ней. Содержание экзистенциально-аналитических феноменов обогащало знания и открывало новые возможности для понимания механизмов формирования симптомов болезни. Субъективное проживание психотической действительности было пронизано базовыми темами человеческой экзистенции, которые

больные пытались понять, сохранить, защитить, отыскать в ней точки опоры, что и делало их чуждыми миру. Психотический опыт, сопряженный с развалом системы темпорально-пространственных ориентаций, смысла происходящего, доверия миру и его надежности, в сочетании с переживанием опыта своей дезинтеграции с чувством «растворения» себя в мире, переживался больными, как острый кризис, последствия которого в виде психологического дистресса еще длительно сопровождали психотических больных.

Значимым результатом экзистенциального аналитического исследования больных с ППЭ было открытие того, что сущность личности

больных, с объективной точки зрения, не распадалась на части, все ее составляющие (ассоциативные, речевые, аффективные, кинестетические, перцептивные) были взаимосвязаны друг с другом и представляли собой сохранившуюся структуру.

К опыту переживания самого психоза у больных с ППЭ добавлялся первый опыт столкновения с психиатрическими службами, а затем и опыт социальных ограничений, которые накладывала болезнь – то есть целый комплекс негативных эффектов, позволяющий при более детальном изучении, еще глубже понять страдания больных с ППЭ.

О.И. Лихолетова

ЕКЗИСТЕНЦІЙНО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПСИХОТИЧНОГО СПОСОБУ ІСНУВАННЯ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У цьому дослідженні зроблена спроба розуміння психотичного способу існування хворих на перший психотичний епізод з точки зору екзистенційних даностей. Описано особливості проведення феноменологічного аналізу психотичної дійсності, дано пояснення психопатологічним явищам (симптомам) з точки зору екзистенційно-феноменологічного підходу. Показані феномени-мішені для психотерапевтичної реконструкції переживання хворими психотичної реальності. Виявлено найбільш важливі для даних хворих екзистенційні теми, що вимагають психотерапевтичної корекції. Наведені приклади екзистенційно-аналітичного дослідження психотичного способу існування хворих з першим епізодом психозу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 5-12).

О.И. Lykholotova

EXISTENTIAL-PHENOMENOLOGICAL APPROACH TO THE STUDY AND PSYCHOTHERAPEUTIC RECONSTRUCTION OF THE PSYCHOTIC WAY OF BEING

M. Gorky Donetsk state medical university

The present study attempted to understand the psychotic way of being patients with first psychotic episode from the point of view of existential givens. There was described the features of phenomenological analysis of psychotic reality. The explanation of psychopathological phenomena (symptoms) in terms of the existential-phenomenological approach was given. There were showing the phenomena of target for the psychotherapy reconstruction of patients experiencing psychotic reality. There were identified the most important existential themes that require psychological adjustment. There were given the examples of existential-analytical study of the psychotic way of being patients with first-episode psychosis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 5-12).

Литература

1. Мэй Р. Истоки экзистенциального направления в психологии и его значение / В кн.: Экзистенциальная психология. Экзистенция / Пер. с англ. М. Занаворова, Ю. Овчинниковой. — М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — С. 113.
2. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: Учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2003. — 472 с.
3. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Москва: «Класс», 1999. — 576 с.
4. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология // Логос: Философско-литературный журнал. — 1992 (1). - №.3. — С. 125 — 135.
5. Хайдеггер М. Бытие и время. Москва: «Ad Marginem», 1997. — 466 с.

6. Лэнгле А. Психопатология и экзистенциальные темы в шизофрении // Московский психотерапевтический журнал. — 2008. - Т. 59. - №4. — С. 37 — 57.
7. Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва: «Прогресс», 1990. — 196 с.
8. Лэнг Р. Д. Расколотое «Я»: пер. с англ. - СПб.: Белый Кролик, 1995. - 352 с.
9. Якобсен Б. Жизненный кризис в экзистенциальной перспективе: могут ли травма и кризис рассматриваться как помощь в личном развитии? [Электронный ресурс] / Б. Якобсен. — Режим доступа: <http://hpsy.ru/public/x2267.htm>. — Загл. с экрана.

Поступила в редакцию 18.02.2013