

Краткосрочная гештальт-терапия и другие области применения гештальт-подхода в соматической клинике

Гронский Андрей

Российский гештальт: Выпуск 4 / Под. ред. Н.Б.Долгополова, Р.П.Ефимкиной. – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 2003. – С.9-14

В последнее десятилетие в России происходит постепенное внедрение психотерапии в структуру медицинских учреждений, в частности, учреждений соматического профиля. В связи с этим для практикующих в их среде гештальт-терапевтов актуальна задача приспособления метода к особенностям организационной структуры учреждений и потребностям проходящих лечение пациентов.

Наиболее значимыми для психотерапевтической работы в условиях клиники, на наш взгляд, являются следующие принципы гештальт-подхода:

- 1) принцип целостности – человек представляет собой целостный организм в единстве его биологических, психологических, социальных и духовных аспектов (является единым гешталтом) и что не менее важно, он представляет единый гештальт со своей окружающей средой (поле организм / среда);
- 2) принцип равновесия – здоровый организм способен поддерживать гомеостатическое равновесие со своей средой, т.е. способен, используя окружающую среду, удовлетворять значимые потребности;
- 3) принцип творческого приспособления – здоровый организм приспосабливается к изменяющимся условиям среды, находя возможности для удовлетворения своих нужд [3, 4]. Соответственно у индивида, психическое или физическое здоровье которого нарушено, отмечается нарушение внутриорганизмической целостности (согласованности между отдельными физиологическими и психическими процессами), нарушение гомеостатического равновесия (жизненно важные потребности организма не удовлетворены в силу внешних или внутренних причин) и нарушение способности к творческому приспособлению (использование собственных возможностей и возможностей среды для удовлетворения потребностей).

Благодаря целостному взгляду на человека, предполагающему единство его психологического, биологического и социального существования, гештальт-парадигма оказывается весьма продуктивной для понимания и терапии различных патологических нарушений, в частности, психосоматических расстройств. Целостным подходом она выгодно отличается от многих других теоретических моделей, которые делают акцент на отдельных фрагментах человеческого бытия. Так биологическая парадигма в медицине видит причины болезненных нарушений преимущественно лишь в нарушении соматических функций, психоанализ фокусируется на интрапсихических конфликтах и переживаниях детского

возраста, поведенческая терапия – на наблюдаемом поведении и игнорирует субъективную составляющую существования индивида.

В условиях соматической клиники гештальт-подход применим, по крайней мере, в трех отношениях: во-первых, для понимания происходящих с пациентом психологических и поведенческих изменений и планирования всего комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий; во-вторых, для осуществления психотерапевтического воздействия в узком смысле этого слова; в-третьих, для определения стратегии налаживания коммуникации с вызывающими трудности общения у лечебного персонала пациентами.

В соответствии с указанными выше принципами, целями проводимых терапевтических мероприятий будут, во-первых, восстановление гомеостатического баланса организма, во-вторых, восстановление способности к творческому приспособлению (в противном случае, восстановленный организмом баланс не будет сохраняться долго).

Согласно теории гештальт-терапии, патологические симптомы возникают тогда, когда индивид находится в поле, в котором фрустрируются его значимые потребности – в материальном благополучии, социальном статусе, физической безопасности, удовлетворяющих межличностных отношениях и пр. Гомеостатическое равновесие нарушено, причем в текущий момент времени личность не знает, как удовлетворить прерванные потребности и неспособна восстановить нарушенный баланс. В связи с этим, первоочередной задачей психологической помощи становится создание поля, в котором хотя бы частично могут быть удовлетворены некоторые потребности пациента – потребность в безопасности, внимании, уважении и пр. Если говорить о медицинской службе, то такое поле создается средой лечебного учреждения и в наибольшей мере его персоналом. Клинические наблюдения свидетельствуют, что у многих пациентов сам факт нахождения в стационаре и возможность пройти лечение приводит к значительному снижению тревоги и уменьшению симптомов дистресса. Не случайно, лечение сопутствующих психическому расстройству соматических заболеваний и фармакотерапия рассматривается некоторыми авторами как компонент поддерживающей психотерапии [5, с.113-116]. В связи с этим, даже разовый осмотр психотерапевта и назначение при необходимости психофармакотерапии могут рассматриваться как часть неспецифических психокоррекционных мероприятий. Таким образом, среда лечебного учреждения и весь комплекс лечебных мероприятий поддерживают «заместительную» саморегуляцию пациента [1].

Другая часть работы по коррекции психологического состояния заключается собственно в осуществлении психотерапевтического процесса в узком смысле слова. Гештальт-терапия является одним из типов личностно-ориентированной психотерапии. В связи с этим наиболее доступными для психотерапевтической помощи оказываются пациенты, для которых очевидна связь между их психологическими переживаниями и проявлениями соматического заболевания или психического расстройства. Если говорить об отдельных диагностических единицах, то наиболее подходящими

кандидатами для психотерапии оказываются пациенты с непсихотическими психическими расстройствами в рамках реакций на стресс и пациенты с рядом состояний, не относящихся к психическим расстройствам, но имеющим клиническое значение по DSM IV (Диагностическое и статистическое руководство Американской ассоциации психиатров) – психологические факторы, влияющие на соматическое состояние, проблемы взаимоотношений, проблемы на работе, проблемы, связанные с определенным периодом жизни и пр. Перечисленные расстройства и состояния являются наиболее распространенным среди соматических больных. В комбинации с медикаментозным лечением гештальт-психотерапия также оказывается полезной в работе и с другими психическими нарушениями, в частности, депрессивными и тревожными расстройствами. Индивидуальной психотерапии предшествует заключение контракта с пациентом о целях, времени и формах психотерапии. Важной особенностью стационарной психотерапии является то, что она жестко ограничена во времени сроками госпитализации. Вследствие этого, в условиях стационара продолжительность психотерапевтической работы ограничена 5-10 сеансами. Как известно, с проблемой ограниченности сроков лечения в силу объективных причин и с ограничениями применимости классического психоаналитического метода в связи с особенностями психологического состояния пациентов в 40-50 гг. столкнулись психоаналитики. В силу этого, в рамках психоаналитического направления развились формы терапии, применимые в условиях дефицита времени – психоаналитическая психотерапия, поддерживающая психотерапия, краткосрочная психодинамическая психотерапия [2, 5]. В связи с этим, при работе со стационарными пациентами можно говорить о краткосрочной гештальт-терапии. В условиях ограничения времени принципиальной является фокусировка на наиболее актуальных проблемах пациента. Это может быть реакция на острое стрессовое событие (развод, смерть близких, изменение финансового или социального статуса и пр.) приведшая к декомпенсации психического и соматического состояния, или устойчивый дезадаптивный паттерн поведения, приводящий к состоянию хронического дистресса. Главными целями индивидуальной психотерапии являются совместное осознание пациентом и психотерапевтом наиболее значимых прерванных потребностей, которые привели к психическим и психосоматическим нарушениям и поиск вариантов поведения, которые позволят удовлетворить фрустрированные потребности. Психотерапия также может фокусироваться на отказе от потребностей, которые уже невозможно удовлетворить (например, невозможность вернуть брачного партнера) и проживании связанных с этим чувств. Таким образом, достигается феномен завершения гештальта и возникают условия для осознания жизненных возможностей, которые остаются для индивида доступными. В техническом отношении наиболее применимым оказывается диалогическое ведение беседы, в которой психотерапевт задает уточняющие вопросы, высказывает свое отношение к переживаниям пациента (эмоции, личный опыт, точку

зрения, исходящую из профессиональных знаний). Реже применимы специфические гештальт-техники такие как амплификация, техника монолога, техника пустого стула. Наиболее выраженное клиническое улучшение удавалось добиться у лиц, страдающих расстройством приспособления.

С больными, чьи личностные особенности либо особенности психологического или соматического состояния не позволяют проводить психотерапевтическую процедуру, гештальт-подход может успешно использоваться для планирования неспецифических психокоррекционных мероприятий. Так индивидуальная психотерапия не может проводиться с пациентами, которые по каким-либо причинам не хотят в ней участвовать. Как правило, это связано с недоверием к врачу и психологической помощи вообще, страхом перед самоисследованием и самораскрытием. Индивидуальная личностно-ориентированная психотерапия малопродуктивна для пациентов с неразвитой способностью к саморефлексии. Однако эти пациенты нередко позитивно отвечают на те формы помощи, которые более соответствуют их личностной структуре – музыкально-релаксационная терапия в группе, психофармакологическое лечение. Если оставить вне рассмотрения специфические лечебные эффекты этих методов, то они позволяют удовлетворить пациенту потребности во внимании и заботе, но более завуалированным, и, следовательно, более «безопасным» для Я-концепции способом.

Еще одна область применения гештальт-подхода в соматической клинике касается консультирования лечебного персонала по вопросам общения с пациентами. Гештальт-терапия позволяет наметить стратегии установления контакта с «трудными», вызывающими проблемы у лечебного персонала пациентами. «Трудный» пациент, как правило, характеризуется тем, что интенсивно проявляет один из механизмов прерывания контакта (проекция, интроекция, конфлюэнция, ретрофлексия и др.). Диагностика ведущего механизма позволяет сознательно выбирать те поведенческие паттерны, которые будут его нейтрализовывать. Например, при общении с пациентом склонным к конфлюэнции, медицинским работникам следует активно структурировать процесс разговора, напоминать об ограничениях времени, при общении с пациентом, склонным к созданию проективных фантазий по поводу окружающего мира, своего будущего и пр. («врач был невнимателен и не оценил тяжести моего состояния») – возвращать пациента к реальности, обращая внимание на конкретные факты и предоставляя адекватную информацию.

Т.о. использование гештальт-подхода в лечебном учреждении позволяет: с учетом психологических защитных механизмов пациента и его основных потребностей планировать и осуществлять неспецифические психокоррекционные мероприятия; проводить краткосрочную личностно-ориентированную психотерапию; осуществлять консультирование лечебного персонала по проблемам общения с трудными пациентами. Вполне возможно, что области его применения в будущем могут быть расширены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гронский А.В. Гештальт-подход и клиническая медицина: проблемы интеграции. // Российский гештальт (выпуск 3) / Под ред. Н.Б.Долгополова, Р.П.Ефимкиной. – Новосибирск: Научно-практический центр психологии НГУ, 2001. – С. 70-82
2. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. – Т. 2. – М., 1994. – С. 57-70
3. Перлз Ф. Гештальт-подход и Свидетель терапии. – М.: Издательство «Либрис», 1996. – 240 с.
4. Робин Ж.-М. Гештальт-терапия. – М.: «Эйдос», 1996. – 64 с.
5. Фицджеральд Р. Эклектическая психотерапия. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.

© Новосибирский Гештальт Центр <http://gestaltnsk1.narod.ru/shortterm.htm>