Автор: Большанин А. (Украина) Автор: Зеленов К. (Украина)

Проводя индивидуальные консультации и терапевтические группы, мы, экзистенциальные консультанты, довольно часто сталкиваемся с проблемой так называемых «трудных» клиентов. Прежде всего это жертвы псевдоэзотерических «школ» и «учений», коих расплодилось нынче у нас несчетное количество. В результате действий малокультурных «учителей», не унаследовавших никакой культурной традиции, психика их последователей оказывается расшатанной и неустойчивой. Кроме того, к нам нередко приходят и люди с невротическими или психотическими расстройствами. Их поведение, реакции на высказывания, действия или бездействие консультанта, других участников группы или ведущего оказываются совершенно неожиданными и непредсказуемыми. Это значительно затрудняет нашу работу и становится причиной совершения серьезных ошибок даже опытными специалистами.

В этой статье авторы делятся с коллегами своим опытом работы с такими клиентами. Кроме этого, здесь будут представлены результаты анализа проблем, допущенных нами ошибок и удачных решений, позволивших найти выход из сложных ситуаций. Для этого приведем несколько реальных терапевтических случаев из собственной практики.

Алексей Большанин (А.Б.). На группах, которые я проводил, мне уже не раз довелось столкнуться с интересным феноменом: человек рассказывает по-настоящему сложные, а подчас и просто жуткие истории своей жизни. Однако другие участники группы никак на них не откликаются. Однажды и я, будучи участником группы, оказался таким вот «черствым сухарем», когда в ответ на рассказ о совершенном насилии у меня не возникло ни настоящего сопереживания, ни побуждения к действенному участию в жизни жертвы насилия. Этот феномен можно было бы объяснить естественным в таких

случаях сопротивлением людей, озабоченных собственными проблемами и горестями, травмирующим или просто чрезмерно интенсивным переживаниям ближнего, если бы не сопутствующий этому феномену факт. Человек, представивший душещипательную «трагедию» своей жизни, уже на следующий день, а порой и в тот же самый, «соскакивает» с нее и заявляет в качестве терапевтического запроса или болезненнейшей проблемы совершенно иные коллизии собственной жизни. После этого некоторые из участников заявляли о своем недоумении, а иногда и протесте, вызванном ощущением, словно их «использовали», надругались над ними. Однако эти претензии либо оставались непонятыми рассказчиками, либо вообще игнорировались ими.

Задумавшись над природой описанного явления, я обратился к Константину с просьбой поделиться своим профессиональным его видением. В приведенных мной примерах он заподозрил тот феномен, который психиатры называют истерической демонстративностью («Если общественность не впечатлил предыдущий рассказ, послушайте новую, более проникновенную историю»).

Затем Константин описал феномен так называемого нецелена¬правленного мышления. Он состоит в том, что два-три предложения в рассказе человека между собой могут быть связаны, а в пределах десяти — уже присутствует несколько разнонаправленных тем, при этом создается впечатление, что человек «соскакивает» с темы почему-то, убегает в другую. Т.е. наблюдается отсутствие единой линии повествования. Предлагаем вашему вниманию практический пример нецеленаправленного мышления и амбивалентного отношения к своей жизни, своим сложностям, которым поделился с нами Константин.

Константин Зеленов (К.З.).

Клиент, формулируя свой запрос на психотерапию, заявил: «Я пришел на консультацию, чтобы расширить круг своего общения».

Я задал несколько уточняющих вопросов: какой этот круг на сегодня? Кого хотелось бы в него пригласить? Почему?..

На что клиент ответил: «У меня и так есть с кем общаться, я думаю, что мне ни к чему еще больше разговаривать, ведь я не знаю, с кем я познакомлюсь, что это за люди? Может, от этого общения будет больше вреда, чем пользы. У меня все в порядке с общением».

— Тогда чего Вы хотите? — спрашиваю я.

— Я хочу лучше понять, что со мной происходит. Что именно со мной не так.

— А как Вы чувствуете, что с Вами не так?

Клиент в ответ на этот вопрос, пространно рассуждая о своем самочувствии, высказываниях матери о его состоянии, мнениях специалистов о его болезни, сказал: «Да и вообще, думаю, не стоит грузиться этим и вас грузить. Я сейчас чувствую себя стабильно, так что не стоит копаться в прошлом».

— Но чем я тогда могу быть вам полезен?»

Затем последовали еще несколько похожих попыток клиента обозначить свою проблему с последующим парадоксальным выводом: «У меня все в порядке».

Основная трудность в этом случае для меня заключалась в том, что сначала клиент обозначал свою «проблемную зону», а потом доказывал, что совсем это не проблемная зона. Когда же я сообщил ему об этом, он начал пространно рассуждать об относительности понятий «проблема», «болезнь», истинности и не-истинности диагноза.

Такая «ватная», неопределенная атмосфера меня душила и изматывала. Тогда, вспомнив совет Александра Ефимовича Алексейчика (см.: Зеленов, 2012), я предложил клиенту разделить ватман на секторы и записать его основные проблемы и его отношение к ним. Таким образом мы зафиксировали три актуальных проблемы клиента: узкий круг общения, путаница и неразбериха в собственных переживаниях, желаниях и намерениях, зашедшие в тупик отношения. Кроме того, я наглядно показал клиенту его двойственное отношение к этим проблемам, и он даже посмеялся над своей непоследовательностью. Позже выяснилось, что за двойственностью стояло нежелание клиента вы¬гля¬деть плохо и его недоверие терапевту.

После «документализации» клиент смог выделить один из за¬просов как более важный, который мы тоже «задокументировали» и начали работать. Конечно же, он много раз пытался увиливать, но «документ» присутствовал на каждой консультации, и при необходимости мы к нему возвращались:

— Это Ваш запрос?

— Мой.

— Он для Вас действительно важен?

— Важен.

— Тогда возвращаемся к нему и работаем.

Кроме подробной документации, мы составили детальный план наших действий, регулярно и скрупулезно подводили промежуточные итоги.

Итак, в этом и похожих случаях преодолеть нецеленаправленность мышления и амбивалентность клиента позволили элементарные промежуточные ориентиры. При пространном ответе обо всем и ни о чем я возвращал клиента к его вопросу. Иногда возникала необходимость задавать направление ответа словесной формулой: «Как верующий, как психолог, как человек и т.п. я считаю», — и ответ на поставленный вопрос. Кроме этого, приходилось постоянно обращаться к зафиксированным «показаниям» клиента и сверять с ними то, что сейчас говориться: «Какое отношение Ваши слова имеют к запросу или заявленной проблеме? Наиважнейшая ли эта тема сегодня?» Этот и подобные случаи показали мне пользу задавания альтернативных вопросов, подразумевающих конкретный ответ: «да» или «нет». И, наконец, при таком отношении клиента к своей жизни, таких особенностях его мышления терапевту необходимо удерживать внимание на чем-то конкретном, многое приходится брать «на карандаш».

Приведем еще два случая из консультативной практики, в которых консультантом были допущены ошибки, затруднявшие терапевтический процесс и препятствующие разрешению терапевтического запроса клиентов.

Алексей Большанин (А.Б.)

Несколько лет назад ко мне обратилась тридцатилетняя М. с просьбой разобраться с приоритетами своей жизни. На первой же консультации она предупредила, что лечилась у психиатра и лежала в психоневрологическом диспансере. По ее словам, ей хватило одного дня в стационаре, чтобы выздороветь. Положили в больницу М. с диагнозом невротическая анорексия. «Я в то время не могла ничего есть, — рассказывала М., — только раз-два в день могла пить воду, да и то через силу». М. похудела до тридцати семи килограммов при росте 165 сантиметров.

На первых консультациях работа шла очень интенсивная и эффективная. За несколько месяцев терапии не проявилось никаких странностей или психопатологических особенностей М. Эмоциональная, чувствительная, немного импульсивная молодая женщина, ищущая легкой и интересной жизни — обычный клиент, которых у каждого психолога до 90%.

Трудности начались только тогда, когда мы с М. добрались до ее настоящих экзистенциальных проблем, скрывавшихся до этого за более мелкими и поверхностными

проблемками ее жизни: глубокая неудовлетворенность браком и собой как женщиной, неприятие смерти близких, ужас перед смертью и болезнями, собственное стремление к саморазрушению и к смерти... Обращение к любой из этих проблем начало сопровождаться интенсивным сопротивлением: длительные болезни, продолжительные депрессивные расстройства, в некоторых случаях госпитализация по тем или иным соматическим заболеваниям. И это при том, что клиентка неоднократно заявляла о своем намерении решить эти проблемы и предлагала их в качестве нового запроса на продолжение терапии.

По истечении двух лет такой «терапии» и очередного двухмесячного перерыва на болезнь я предложил М. завершить терапию. Основным аргументом было то, что в последнее время я ей не оказываю никакой помощи, а только приношу вред, ведь после наших консультаций она не решает свои жизненные проблемы, а продолжает «убегать» от них во всевозможные болезни. Вторым аргументом стал наш с клиенткой анализ всей двухлетней истории наших терапевтических отношений. В результате мы выяснили, что по-настоящему продуктивной и реально терапевтической наша работа была в первые три месяца, когда мы работали над самым первым ее запросом: «Разобраться, почему я откладываю действительно важное в своей жизни, а занимаюсь всем, кроме самого важного». В результате работы мы выяснили, что этим самым важным для М. являются налаживание семейных отношений, воспитание ребенка, покупка квартиры. Откладывается же решение этих жизненных задач по причине описанных выше экзистенциальных ее проблем. Круг замкнулся!

Потом, анализируя свои ошибки , я понял, что остановиться нужно было уже тогда, после трех месяцев работы и первого серьезного сопротивления. Попросил клиент «разобраться, почему откладывает...» — разобрались, и до свидания! Не нужно было «хвататься» за кажущиеся реальными новые запросы. Как говорила на семинаре Эмми ван Дорцен, клиент должен «созреть» для следующего этапа терапии, до следующего уровня сложности своих проблем, их глубины и экзистенциальной значимости. А на это нужно время. И для каждого человека — разное. Кому-то месяца будет достаточно, а кому-то потребуются годы для адаптации к новой жизни и подготовки к следующему шагу на пути к ее улучшению. Да и «шаги» эти у каждого свои: для одного разобраться в том, что с ним сейчас происходит — уже подвиг, а другой сразу порывается изменять свою жизнь, даже не представляя последствий этого изменения.

Уже будучи вооруженным этими открытиями, я решился взяться за работу с другой клиенткой, имеющий диагноз «биполярное аффективное расстройство». Двадцатисемилетняя К. после посещения нескольких моих семинаров обратилась с просьбой об индивидуальной долгосрочной терапии. Она изначально была настроена на продолжительную работу, поскольку сформулировала целый ряд проблем, мешающих ей жить здоровой, полноценной жизнью. После установления самой острой и актуальной проблемы — болезненный разрыв патологических отношений — мы начали терапию. На первой консультации клиентка также уведомила, что лечится у психиатра, принимает назначенные им лекарства и имела негативный опыт консультирования у гештальт-терапевта.

На первом году нашей работы мне потребовались все мое терпение и настойчивость, поскольку результаты были эфемерными, терапевтический процесс вялым, тяжелым и тягучим. Любая попытка его интенсифицировать вызывала сопротивление клиентки, проявляющееся в повышении тревожности, временами граничащей с паникой. После нескольких таких ситуаций мы обсудили с К. перспективы дальнейшей терапии. В ходе этого обсуждения клиентка попросила не давить на нее, а сосредоточиться на поддерживающей терапии: «Для меня важно знать, что во вторник у нас будет сессия. И одно это добавляет мне уверенности и спокойствия». После обсуждения опасности возникновения зависимости либо от терапии, либо от терапевтических отношений и ее профилактики мы согласились на такую форму работы.

Настоящий «прорыв» случился на рубеже второго года терапии. Все, что до этого времени медленно и незаметно накапливалось в дневниках К. и в ее душе, почти одновременно реализовалось и в ее жизни: пропала тревожность, повысилась самооценка, появилась уверенность в себе, чувство достоинства, успехи на работе, вырос уровень самостоятельности, излечилась «болезнь» прежних отношений и многое другое. Именно после этого лечащий врач отменил К. почти все лекарства, оставив только один препарат, дозировку которого за следующие полгода он снизил до минимальной. К тому же К. справилась с серьезной жизненной трагедией, смертью

матери, не сбежав от нее в депрессию или в психоз.

На данный момент мы продолжаем поддерживающую терапию. Цель ее — освобождение от болезни и начало здоровой жизни. По словам клиентки и по моему собственному убеждению, достичь настоящих результатов и надеяться на достижение поставленной цели позволили терпение и настойчивость консультанта, а также неукоснительное соблюдение им одного из основных правил экзистенциального консультирования: «терапевт следует на шаг позади клиента», что, кроме всего прочего, позволило нейтрализовать негативные последствия допущенных мной и в этом случае ошибок: «бежал впереди паровоза», забывал про сверхмедленные темпы восприятия и продвижения клиента; встревал с неуместными и преждевременными для него интервенциями.

Обсуждая эти примеры, мы вспомнили несколько других особенностей поведения или реакций «трудных» для ведущего участников экзистенциальной группы. Наряду с истерически демонстративным поведением и нецеленаправленным мышлением, на экзистенциальных группах нередко встречаются: замкнутость и отстраненность — диаметральная противоположность демонстративности; искажения, ложь при интерпретации фактов и жизненных ситуаций: иногда ложь смешивается с правдой, а иногда происходит полная подмена правды вымыслом; неконкретность, соскальзывание участника с темы, постоянная смена своих запросов на работу. Бывают также и случаи, когда психика человека, с которым мы работаем, оказывается серьезно расшатанной, представления о мире и личная этика расплывчатыми, ему не на что опереться, и он начинает терять связь с реальностью. В этих случаях приходилось внимательно смотреть, вокруг чего можно «собрать» его рассыпающуюся реальность. Когда это удавалось, то стержнем становился какой-либо безусловно реальный для него самого факт групповой жизни или собственных переживаний. Главное при этом, чтобы человек самостоятельно признал реальность своего страха, тревоги, боли или какого-то значимого для него события своей жизни, от которых он готов сбежать даже в психоз. В особо тяжелых случаях оказывалось полезным заострять внимание такого участника исключительно на позитивных аспектах его бытия и работать на их укрепление. Иногда это были сильные стороны его личности, которые он проявил на группе и которые могут подтвердить другие участники, любые его достижения, пусть даже самые минимальные, и настоящие отношения, буде такие сложились у него с консультантом или с кем-нибудь

из участников группы и т.п. Для остановки «побега» человека в психоз и возвращения его в реальность жизни может подойти любой его реальный позитивный опыт, полученный или обнаруженный на группе.

Также очевидно, что «беглецов» ни в коем случае нельзя прессинговать, чего-либо от них добиваясь. Повторимся, что в этих случаях нам помогали либо строгое соблюдение принципа «на шаг позади клиента», либо мягкие интервенции, направленные на укрепление их позитивного опыта или обнаружение, скрупулезное исследование и утверждение фактов, которые по тем или иным причинам не могут быть приняты или пережиты человеком в данный момент. Главной задачей консультанта или ведущего в этих случаях становится не работа, скажем, со страхами участника, а всестороннее их рассмотрение и принятие: что конкретно пугает? чему угрожает? что с вами случится, если вы примете пугающий факт? что или кто может помочь встретить и пережить пугающее?

Мы надеемся, что наш опыт и проделанная работа над ошибками окажутся полезными в вашей работе с группами экзистенциального опыта или в индивидуальных консультациях психически неустойчивых клиентов, помогут с честью преодолеть трудности и оказывать более эффективную психологическую помощь людям, особо в ней нуждающимся.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексейчик А. Библиотерапия // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2005. № 1 (6). С. 19-36.

2. Алексейчик А. О психотерапии и о жизни // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2005. № 2 (7). С. 125-137.

3. Алексейчик А. Психотерапия жизнью: Интенсивная терапевтическая жизнь Александра Алексейчика. Вильнюс, 2008.

4. Дорцен Э., ван. Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапии / Пер. М. Горовой. Ростов н/Д., 2007.

5. Есельсон С. Радикальное экзистенциальное мировоззрение (заметки) // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2011. № 2 (19). С. 163-173.

6. Зеленов К. Как я в Вильнюсе удивлялся // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2012. № 1 (20). С. 25-29.

7. Митрополит Антоний Сурожский. Об исцелении // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2005. № 2 (7). С. 33-34.

Продолжение следует