

УДК 616.899

**Монахова Виктория Вячеславовна**

врач-психиатр

ГАУЗ АО «Ивановская больница»

с. Ивановка, Амурская область

**Монахова Варвара Вячеславовна**

студентка

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

г. Благовещенск, Амурская область

DOI 10.21661/r-561850

## **ФИЛОСОФИЯ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

***Аннотация:** на сегодняшний день, в современном мире на фоне отсутствия стабильности и уверенности в завтрашнем дне, участившимися природными и техногенными катастрофами, отсутствием взаимопонимания в международных отношениях, все больше оборотов набирает востребованность в услугах практикующих психологов, психотерапевтов. По мнению авторов, с уверенностью можно заявить, что нынешний век – это век психотерапии, востребованность в которой увеличивается с каждым днем. Как утверждается в статье, несмотря на имеющиеся знания психотерапевтов многих направлений психотерапии, каждый специалист выбирает для себя более свойственный и эффективный для него метод работы с клиентами.*

***Ключевые слова:** философия, психотерапия, экзистенциальная психотерапия, экзистенциальные данности.*

Авторами используется комплексный подход к терапии в зависимости от запроса, формируемого клиентом. Одним из зарекомендовавших методов на сегодняшний день является экзистенциальный.

Часто экзистенциальная психотерапия воспринимается как болезненная, пессимистичная, непрактичная и мистическая. Это заблуждение. Подход,

который используется авторами, чрезвычайно практичен, конкретен и гибок. Его можно сформулировать так: примиритесь с реальностью, не отрицая, не избегая и не покрывая ее сахаром.

Человек обращается к экзистенциальному психотерапевту, когда ощущает, что в его жизни что-то идет «не так». Он может говорить о полной запутанности жизни, или, наоборот, о пустоте, в которой «ничего не происходит».

Экзистенциальная психотерапия сконцентрирована именно на жизни клиента, а не на его личности.

Мощная, как ни в каком другом подходе, философская база позволяет экзистенциальной психотерапии проводить методологический анализ других психологических концепций и эксплицировать их собственную методологию и философию.

Экзистенциальная психотерапия – это именно та терапия, которая занимается корнями болезни, хотя и не в причинном, не в каузальном смысле, скорее в смысле жизненной среды ее возникновения и обитания, скорее в смысле того, что ее подпирает и подпитывает. Клиентами экзистенциальных терапевтов могут быть практически все страдающие люди, а не только, как это принято считать, пациенты в состоянии так называемого экзистенциального кризиса, связанного с поиском смысла жизни, а также люди с экзистенциальной болью, после очень серьезных психических травм. Более того, поскольку экзистенциальная психотерапия – это терапия, способствующая более полному и более свободному проживанию жизни, – мало кому она может быть не показана.

Экзистенциальная психотерапия использует позитивный подход, который приветствует человеческие стремления и способности, одновременно признавая человеческие ограничения. Понимание этого помогает людям примиряться с основными принципами человеческого существования, так называемыми данностями. Существует 4 основные экзистенциальные данности.

1. Свобода и связанная с ней ответственность. У каждого есть свобода выбора. Любое решение имеет последствия независимо от того, насколько оно велико или мало. Чтобы расти, человек должен взять на себя ответственность,

т.е. стать автором собственного выбора, действий и жизни. Тем не менее, многие люди стремятся к свободе, пытаясь избежать ответственности.

2. Смерть. Смерть – одна из абсолютных истин жизни. Каждый умрет в тот или иной момент.

3. Одиночество. С одной стороны, человек – социальное существо, желающее постоянного контакта с окружающими, с другой – он абсолютно одинок, поскольку не может рассчитывать на 100% понимание и принятия его индивидуального опыта другими людьми.

4. Бессмысленность. Смысла жизни нет. Это означает, что не существует никакого заранее определенного значения. Смысл жизни у всех разный, и каждый человек должен сам найти это значение посредством собственного выбора и действий.

Борьба с любой из этих данностей вызывает внутриличностный конфликт и наполняет человека страхом или экзистенциальной тревогой.

Жить аутентичной (подлинной) жизнью, реализуя свои уникальные свойства и потенциал – главный призыв экзистенциальной психотерапии. Этого можно достичь, только взяв ответственность за собственные действия и праздность, осознав, что бездействие – это тоже решение.

Экзистенциальная психотерапия напоминает об ограниченности времени, стимулирует искать смысл жизни и действовать таким образом, чтобы судьба находилась в руках человека. Она признает неизбежность «нормальной» тревоги, считая ее частью взросления и адекватной реакцией на происходящее.

Опыт работы в центре психического здоровья «Профессора Дудина» показал нам, что с экзистенциальными вопросами смысла жизни, поиска жизненных целей обращается каждый человек, проходящий кризисные периоды своего развития.

Первым таким кризисом становится подростковый возраст. Для поиска своей идентификации молодому человеку необходимо осознание целостности себя и своего места в мире, иначе развивается отрицательный полюс – неуверенность в понимании собственного «Я».

Взрослость ставит свои задачи. Характерная особенность взрослого периода жизни – способность интересоваться судьбами людей за пределами семейного круга, задумываться над будущим, жизнью общества. Основные кризисы этого периода: кризис 30 лет и кризис 40–45 лет или 45–55 лет. Первый известен как период пересмотра жизненных схем. 2-й пересмотр осуществляется, когда может оказаться что цели и планы жизни не были осознаны или не осуществились. Далее возможны кризисы в семье и на работе, усталость, депрессивность. Все перечисленное выше говорит о том, что необходимо учитывать возрастные особенности в работе с клиентами во время консультирования.

Пожилой возраст 65–75 лет- характерен переосмыслением жизни. В этот период работа в психоаналитической парадигме менее результативна. Духовные раздумья, становление окончательного представления о себе, своем жизненном пути в противовес возможному разочарованию в жизни и нарастающему отчаянию более эффективны при поддержке практического философа. Но и в этом возрасте первым должен начать встречу врач.

Старость (75 лет) приносит осознание факта ухудшения здоровья и старения тела и поиск необходимого равновесия. Здоровая личность без ужаса принимает мысль о смерти. Задача этого возраста становление окончательного представления о себе, своем жизненном пути в противовес возможному разочарованию в жизни и нарастающему отчаянию, ощущение ценности и осмысленности жизни. Для этого периода характерны: все возрастающая приверженность к порядку и осмысленности, переживание мирового порядка и духовного смысла прожитой жизни; принятие своего пути, как единственно должного и не нуждающегося в замене; отличная от прежней любовь к своим родителям; приязненное отношение к принципам прошлых времен и различной деятельности в человеческой культуре.

Для иллюстрации работы в данном направлении приведу следующее клиническое наблюдение.

Клиентка С., 2009 г.р., наблюдается в медицинском центре в течение 3 лет. Обратилась на прием с мамой с жалобами на сниженный фон настроения, подавленность, нанесение самоповреждений, раздражительность, нарушение

сна, нежелание что-либо делать, посещать школу, снижение успеваемости, неприятие себя, ощущение пустоты внутри и вокруг, предпочтение в одежде темных вещей. Из анамнеза известно, что родилась с перинатальным поражением ЦНС, до года наблюдалась у невролога. Психоречевое развитие без особенностей. С 3 лет посещала ДООУ, воспитатели отмечали жизнерадостность девочки. В СОШ пошла с 7 лет, обучается по общеобразовательной программе. Из предоставленной характеристики на момент первой встречи, классный руководитель характеризовала девочку, как послушную, старательную, тихую, закрытую. Однако ранее имела лидерские способности, участвовала в различных школьных мероприятиях, проявляла инициативу, с легкостью справлялась со всеми предметами в школе, неоднократно становилась победительницей олимпиад различного уровня (от внутри школьных до всероссийских и международных). Отмечает изменение в течении последнего года.

Воспитывается в полной социально благополучной семье, отец (44 года) занимает высокую должность в полиции, при этом достаточно времени проводит с семьей, мать (43 года) не работает, занимается воспитанием дочери, постоянно сопровождает ее на мероприятиях. С матерью отношения доверительные, с отцом до возраста 10 лет были очень близкие отношения (он часто с ней гулял, играл в различные игры, посещал развлекательные центры), с 10 лет отношения остыли, девочка стала отдаляться от отца. Отношения между родителями ровные, оба спокойные, выдержанные. Со слов матери, раньше дочь была общительной, носила обычную женскую одежду. Около года назад настояла на том, чтобы остричь длинные волосы, ей разрешили, с тех пор носит только короткие стрижки. 3 года назад перестала носить украшения, кроме нейтральных часов, покупает мужские свитера и рубашки, натягивая их на кисти рук, перестала носить платья, юбки. Увлечлась чтением различных статей, в том числе по психологии, философии, эзотерике, связанные с размышлениями о поиске смысла жизни. Стала высказывать мысли, что она никому не нравится, ее никто не любит, она никому не нужна, что чувствует себя одиноко. Появились постоянные рассуждения о жизни и смерти. Много времени находилась в различных чатах,

обсуждая с людьми разных возрастов бессмысленность жизни, одиночество, жизнь после смерти. Снизился аппетит, все реже стала выполнять домашние задания, поручения родителей, появились конфликты в семье, связанные с состоянием ребенка, поведением в школе и дома. Перестала общаться с одноклассниками, стала испытывать трудности при устных ответах на уроках, неуверенность в своих возможностях и силах. Начала грызть ногти, вырывать заусенцы на пальцах рук. Мать стала находить ватные диски со следами крови, заметила следы парезов на обоих предплечьях, сообщила отцу, произошел конфликт на этой почве, после чего девочка замкнулась, стала отказываться ходить в школу.

Перенесенные заболевания: ППЦНС, ОРВИ, в 1 г. 9 м. – оперирована под общим наркозом по поводу загиба сигмовидной кишки. ЧМТ, судорожных приступов не было.

Наследственность: неотягощена психическими заболеваниями.

Status praesens: Т-36, 4°. Общее состояние удовлетворительное.

Неврологический статус: метеочувствительна, плохо переносит жару, в транспорте укачивает. Лицо симметричное. Нистагма нет. Язык по средней линии. Мышечный тонус удовлетворительный. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, D = S. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков нет.

Психический статус: сознание ясное. Все виды ориентировки сохранены. Внешне опрятная. Лицо гипомимичное. Одета неприметно, в брюки и рубашку серого цвета, волос коротко острижен, макияжа, украшений нет. В кабинет вошла с матерью. Контакт доступен. Глазной контакт отсутствует, говорит, что, когда смотрит собеседнику в глаза, кажется, что глупо выглядит. На вопросы отвечает в плане заданного, тихим голосом, чаще односложно. Сведения о себе, своей семье сообщает полные. Смущенно рассказывает о своих переживаниях. В глаза старается не смотреть, отводит взгляд в сторону. «Меня не устраивает мое положение в обществе, я испытываю дискомфорт в своем теле, перестала себе нравиться, были попытки поиска нового образа, не получилось». Сообщила, что около 3 лет назад после того, как побывала во всероссийском лагере и общалась

со школьниками более старшего возраста, которые обсуждали между собой свои переживания и жизненные трудности, стала задумываться о том, для чего мучиться такой тяжелой жизнью, если мы все всё равно умрем. На фоне этого впервые именно в лагере произошла первая истерика, были вызваны родители, забрали домой. Родителям тогда не сообщила причину, скрыла свои переживания. Начала искать статьи в интернете, посвященные подобным темам, углубляться в вопрос изучения этой темы, которая стала для нее актуальной и занимала почти все свободное время. Из-за этого перестала испытывать необходимость в общении со сверстниками, потеряла интерес к учебе, хотя ранее была отличницей, появились пропуски музыкальной, художественной, спортивной школы, затем прекратила посещение вовсе. Появился страх того, что после смерти разлетится на мелкие частицы и после нее ничего не останется. После прочтения множества статей и просмотра роликов решила для себя, что ей необходимо обратиться к Богу и посещать церковь для того, чтобы именно там найти себе спокойствие. Около 2 месяцев пыталась ходить на различные службы делала это тайно от родителей. Однако успокоения не нашла. Еще глубже погрузилась в собственные рассуждения о ненужности, безысходности, одиночестве, стало казаться что перестала нравиться людям, стала глупой, недостойной похвалы и вознаграждения за свои достижения. Стала агрессивно реагировать на вопросы родителей о ее поведении и состоянии, появилась раздражительность, вспыльчивость, колебание настроения, нарушился сон, часто стали появляться бессонные ночи, во время которых продолжала размышлять, на утро вставала разбитой. Во время ссор с родителями угрожала уходом из дома, высказывала претензии в том, что они ограничивают ее в свободе выбора, требовала, чтобы они стали жить по ее правилам. Снизилась концентрация внимания, перестала запоминать и воспринимать информацию, стало сложно учить уроки, появился страх осуждения окружающих, приняла решение перестать ходить в школу. Не найдя выхода из сложившейся ситуации, стала обвинять родителей в своих неудачах, а также в том, что они вовремя не заметили изменения ее состояния и ничего не сделали для того, чтобы ей помочь.

Появились и участились истерики, продолжающиеся по несколько часов. На фоне всего происходящего стала испытывать сильное эмоциональное напряжение, снять которое смогла лишь, нанеся себе несколько порезов канцелярским ножом, после чего стало на некоторое время легче. Однако эти состояния стали повторяться, участились случаи самоповреждения, при этом порезы стали глубже и больше. При осмотре тела выявлены множественные порезы разной глубины, размера, давности, имеются шрамы и глубокие рубцы в области обоих предплечий, плеч, живота, бедер, голеней. Несмотря на наличие множественных самоповреждений, суицидальные мысли и намерения категорически отрицает, говорит, что не видит смысла в жизни, но при этом хочет жить. Говорит, что запуталась в своих мыслях, устала постоянно об этом думать. При демонстрации порезов испытывает стыд и смущение. Плачет, просит помощи в том, чтобы разобраться самой с собой, помочь найти смысл в жизни, так как не видит своего будущего, планов не строит. Утверждает, что устала от одиночества. Фиксирована на своих переживаниях, в том числе на том, что часто стала испытывать состояние дереализации, запуталась на том, когда происходят реальные события. Мышление последовательное, по темпу не изменено. Память грубо не нарушена. Внимание с признаками истощаемости. Волевые побуждения снижены. Фон настроения не устойчивый, с тенденцией к сниженному. Эмоционально маловыразительна. В поведении спокойна. Расстройств восприятия, бреда не выявляет. Сон, аппетит нарушен.

Была обследована.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Признаки дисфункции срединно-стволовых структур преимущественно диэнцефального уровня. Частотные характеристики альфа ритма соответствуют возрастной норме. Эпилептиформной, пароксизмальной, разрядной активности не выявлено.

РЭГ: Объемное пульсовое кровенаполнение достаточное. Смешанный гипер-гипотонический тип дистонии с преобладанием гипертонуса резистивных сосудов. Венозный отток значительно затруднен.



Психолог: выявляются признаки наличия внутриличностного конфликта, а также признаки дисгармонически протекающего пубертатного криза созревания, выражающиеся в нарушении базовой идентичности. Исключено развитие эндогенного процесса.

Выставлен клинический DS: F92.8 смешанные расстройства поведения и эмоций.

Проведено лечение:

– психотерапия. золоф 25 мг в 10 месяцев с нарастанием дозировки до 100 мг в сутки;

– хлорпротексен 15 мг на ночь 2 месяца.

Был разработан индивидуальный курс психотерапии с применением когнитивно- поведенческой, рациональной, сказкотерапии, с основным акцентом на экзистенциальную психотерапию. Обозначены базовые потребности, проработаны экзистенциальные данности (смерть, одиночество, свобода, ответственность, установка на жизненные ценности, принятие самостоятельных решений). Период работы составил 14 месяцев.

Катамнез: в ходе терапии отмечалась положительная динамика: улучшился фон настроения, нормализовался ночной сон, стала более общительной с матерью, с отцом сохранялась дистанция, вернулась к социальным связям со сверстниками, стала заниматься вокалом, посещает музыкальную, спортивную, художественную школу, значительно улучшилась успеваемость. Перестала раздражаться, стала нормально реагировать на замечания родителей, которые стали все реже. Влюбилась в мальчика. Мысли о жизни и смерти перестала испытывать, прекратила поиск и чтение литературы, связанной с этим вопросом, потеряла актуальность обсуждения. Прекратились состояния дереализации, приступы страха. Однако при возникновении трудных ситуаций, у девочки возникает желание нанести самоповреждение для облегчения состояния, но имея опыт, использует методики и способы, которым была научена в процессе терапии, что помогает ей предотвратить подобные действия.

В настоящее время в течении последних 3-х месяцев мать посещает психотерапевта, так как проживает кризис взрослости. Устроилась на работу, завела новые знакомства, начала посещать спортивный зал, косметолога, йогу, прекратила повсюду сопровождать дочь (т. е. предоставила свободу). Выяснилось, что отец, несмотря на занимаемую должность, злоупотребляет алкоголем, неоднократно кодировался, по возрасту готовится к выходу на пенсию, однако дальнейшей перспективы не видит, не знает, чем будет заниматься, дополнительной профессии не имеет. В семье каждый из родителей живет сам по себе. Несмотря на благополучный исход ситуации с ребенком, отец категорически не принял это, изменил свое отношение к девочке, однако скрывает это и через силу общается с дочерью, делая вид, что все хорошо. Девочка увлечена отношениями с парнем, ситуацию в семье с родителями, которая критическая в плане возможного распада, не замечает, сторониться от разговоров с матерью на эту тему. Планируется психотерапевтическая работа с матерью. Отец не признает проблемы алкоголизации, уверен, что в семье все нормально, от предложенной семейной терапии отказывается. Девочка периодически по личной инициативе является на терапию, состояние сохраняется стабильным.

Целью работы в экзистенциальном подходе выступает приближение к ощущению большей компетентности и свободы, когда человек способен понять значение текущей жизненной ситуации, осознать ограничения и возможности, заложенные в ней и осуществить выбор, который соответствует жизненным приоритетам и ценностям.

Во время психотерапевтических встреч рассматривается прошлый жизненный опыт, текущее положение дел, а также, желаемое и возможное будущее. Осмысление прошлого опыта приводит к пониманию того, что придает человеку ощущение полноты жизни, анализ текущей ситуации позволяет оценить степень удовлетворенности жизнью, а исследование последствий альтернативных возможностей будущего способствует выбору направления и определению приоритетов.

**Список литературы**

1. Балашов Л.Е. Практическая философия / Л.Е. Балашов // Вестник Российского философского общества. – 2000. – №3.
2. Бюдженаль Дж. Искусство психотерапевта / Дж. Бюдженаль. – СПб.: Питер, 2001.
3. Дорцен Э Ван. Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия // Э. Ван Дорцен // Ассоциация экзистенциального консультирования. – 2007.
4. Кочюнас Р. Экзистенциальная терапия в группах / Р. Кочюнас // Класс. – 2004.
5. Пигров К.С. Экзистенциальный смысл настоящей старости / К.С. Пигров // Философия старости: геронтософия: сборник материалов конференции. Серия 'Symposium'. Вып. 24. – СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. – С. 3–6.
6. Роджерс К. Консультирование и психотерапия / К. Роджерс. – М., Эксмо-Пресс, 2000.
7. Франкл В.Э. Психотерапия на практике / В.Э. Франкл. – СПб.: Речь, 2000.
8. Ялом И. Когда Ницше плакал / И. Ялом. – М., 2001.
9. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом. – СПб.: Питер, 2000.