

# Случай психотерапии пациента с деперсонализационными расстройствами методом терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ)

ТАРАСЕНКО Л.А.

врач-психотерапевт диспансерно-кафедральной амбулатории наркологического диспансера №1, Москва.

E-mail: la.tarasenko@yandex.ru

Приводится клинико-психотерапевтическая история болезни с выразительным лечебным результатом.

**Ключевые слова:** терапия творческим самовыражением, индивидуальная психотерапия, характерология, деперсонализация

Существует группа пациентов, страдающих хронической эндогенно-процессуальной деперсонализацией, помощь которым представляет особые трудности.

В «Руководстве по психиатрии» под редакцией А.В. Снежневского [15] деперсонализацию определяют как расстройство самосознания. Многими авторами подчеркивается, что при деперсонализации утрачивается «эмоциональный компонент психических процессов» [12, 13].

М.Е. Бурно, исходя из психотерапевтической практики, отмечает, что «деперсонализация выясняется не просто как ощущение потери своего «Я», сознание потери чувства собственного «Я» (Dugas, 1898; Jaspers, 1923; Снежневский, 1983), а как переживание измененности своего именно эмоционального «Я» [3].

Клинически описаны формы эндогенно-процессуальной депрессии, при которых отмечается преобладание деперсонализации над другими проявлениями в картине депрессии, выход деперсонализационных расстройств на первое место на всем протяжении болезни [6, 11].

В этих случаях пациенты, страдая тягостным ощущением своей эмоциональной измененности с чрезмерной изматывающей рефлексией, сохраняют критическое отношение к своим расстройствам, понимают субъективный характер своих переживаний. Такая точка зрения на деперсонализацию соответствует и МКБ-10.

Известно о малоэффективности лекарственного лечения [13, 16] и традиционно используемых методов психотерапии (рациональной, когнитивно-поведенческой, гипносуггестивной и др.) деперсонализационных проявлений в рамках шизотипического расстройства.

Работы М.Е. Бурно [2—4], основателя отечественного психотерапевтического метода ТТСБ, и работы его последователей, прежде всего С.В. Некрасовой [9, 10] и Л.В. Махновской [7, 8], предлагают эффективные варианты метода ТТСБ для пациентов, страдающих хроническими деперсонализационными расстройствами. На эти работы мы и опирались в нашем случае.

Метод ТТСБ состоит в ознакомлении пациентов с элементами клинической психиатрии, психотерапии, характерологии, естествознания в процессе разнообразного творчества. «Существо отечественного психотерапевтического метода-школы «Терапия творческим самовыражением» — помочь дефензивному человеку стать неповторимо-творческим собою, сообразно своей природе, усиленно изучая эту природу в разнообразном творческом самовыражении, — и, прежде всего, природу своей души» [5].

Таким образом, психотерапевтические приемы в методе ТТСБ отвечают клинике деперсонализационной депрессии: деперсонализация есть чувство измененности своего именно эмоционального «Я» и все происходящее в психотерапевтической работе врача и пациента обращено к чувству, к активированию, выявлению своего эмоционального «Я» в разнообразном творческом самовыражении.

Так, в творческом выборе созвучного происходит эмоциональное оживление личности пациента, отчетливее становится свое отношение, например к природе, искусству, другим людям, благодаря этому пациент все больше выражает себя *по-своему*, яснее чувствует свое устройство среди других, а со временем вырабатывает «творческий стиль жизни», и *собственные* творческие приемы помощи смягчают тягостную душевную неопределенность, — все это ведет к прояснению или становлению (обретению вновь) своего эмоционального «Я».

Пациент В., 1981 г.р., 26 лет, периодически получает помощь в диспансерно-кафедраальной амбулатории с декабря 2006 г. (с 24 лет).

Наследственность не отягощена.

Мать — 46 лет, работает в магазине продавцом, добрая, заботливая. «Злится по-естественному», не до конца понимает трудности В., советует: «будь проще», «не принимай близко к сердцу».

Отец — 50 лет, после армии служил в милиции, жили тогда хорошо, «дружно, весело». Потом ушел на хлебозавод, «чтобы квартиру получить», работает там слесарем и сейчас. Характер тяжелый, прямолинейный, «даже сидит напряженно». Злоупотребляет алкоголем, в опьянении провоцирует конфликты, ссорится с сыновьями, обижает маму.

Брат — 25 лет, закончил тот же институт, что и В., работает. «Когда-то были не разлей вода», теперь «разные», нет взаимопонимания.

Родился от первой беременности, протекавшей с токсикозом беременных в течение всего срока. Роды самостоятельные.

Развитие в течение первого года жизни без особенностей.

В детский сад ходил с удовольствием, «хотел и на ночь оставаться». Был общительным, живым, подвижным, «задиристым», дрался и «совочек у другого ребенка мог отобрать».

В школу пошел с 7 лет, учился самостоятельно, в помощи родителей не нуждался, как считает, «выручала отличная память», запоминал целиком страницы учебников.

Предпочитал гуманитарные предметы — обществоведение, историю, географию. Любил рисовать, писал стихи, занимался спортом — ушу, боксом.

В семье соблюдались православные традиции, с детства религиозен, чувствовал, что «душа останется после смерти».

В переходном возрасте характер, настроение не менялись, был «немного скован в присутствии девочек», но это «потихоньку смягчилось», влюблялся.

Летом выезжали в деревню, к бабушке, вместе со взрослыми занимался огородом, что-то строил, мастерил. В деревне же в 13 лет закурил, пил самогон «за компанию».

Школу окончил в 1999 г. (в 17 лет), поступил, успешно сдав экзамены, в гуманитарный университет.

В настоящее время не работает, проживает с матерью, отцом, братом и гражданской женой. Отношения с отцом конфликтные из-за его алкоголизма, с братом нет взаимопонимания. С женой отношения хорошие, она его поддерживает, понимает его страдания.

## Перенесенные заболевания

Детские инфекции — корь, ветрянка. Аденоидэктомия в 5-летнем возрасте.

## Наркологический анамнез

Закурил в 13 лет, курил до одной пачки в день, последние полгода не курит.

Алкоголь с 13 лет, самогон в деревне, 3—4 раза в месяц, «за компанию», в опьянении «весело было, танцевал», бывало, действий своих в опьянении не помнил, «на автопилоте», потом ему рассказывали, что делал. Нравится вино белое сухое, красное полусладкое, может выпить 0,5—0,7 л, но видит пьющего отца, поэтому испытывает «страх алкоголизма», не хочет «тупеть головой», сейчас алкоголь не употребляет.

## Жалобы при поступлении в 2006 г.

Жалуется на чувство «внутреннего дискомфорта», «тревожность», переживание неуверенности в себе, переживание собственной неполноценности с тягостными, трудно выразимыми обычными словами, ощущениями «как будто я не я», «онемение, пустота в душе». «Искаженно» видел свое отражение в зеркале, «глаза как мертвые», собственное тело ощущал как будто измененным, «какая-то скованность в теле», «руки, ноги не мои», «давило в груди». Окружающее воспринималось «как-то приглушенно», «все серое, нет живости». Вещи, предметы в его комнате казались «как бы измененными», было неприятно, страшно брать их в руки, «как бы чуждые», «незнакомые», при этом головой понимает, что предметы те же самые, не новые. В воздухе ощущал «неприятную легкость», описывал свое состояние как «неполнотелесный стоящий на земле».

## Анамнез заболевания

Летом (после поступления в институт, 1999 г.) «все было хорошо», «ничего не предвещало» каких-то изменений. В сентябре—октябре 1999 г. (1-й курс, 17—18 лет) «что-то внутри начало ломаться», «нашло внезапно» и развивалось постепенно. Обратил внимание на это сразу. Появилась «грусть-тревога», несвойственная ему. Раньше был интерес к учебе, сидел на первых партах. Теперь перестало нравиться учиться. Ощущал напряжение, дискомфорт, трудности сосредоточения, «обращал внимание не на предметы, а на свое состояние». Прежде общительный и с юношами, и с девушками, общался теперь «через силу», «подталкивал сам себя», трудно стало находиться в центре внимания. Все больше «замыкался в себе», «росло напряжение». С девушками не хотелось общаться, и не мог найти «интересную», все были для него «одинаково без-

душными». В бар с друзьями шел «против воли», потому что «все идут». Так было 2—3 мес. Потом состояние само собой улучшилось. Летом 2000 г., как считает, отдохнул, появилось ощущение, что как буд-то и не болеет.

В 2000—2001 гг. (2-й курс, 18—19 лет) состоя-ние стало «переменчивым»: то лучше, то хуже. Но за помощью не обращался, маме ни о чем не говорил, на-деялся, что все пройдет. Было тяжело учиться, особен-но утром, поэтому пропускал первые пары занятий.

Постепенно усиливалась тревога, подавленность и растерянность, задавал себе вопросы «что со мной происходит?». Но сдавал экзамены, «тащил себя че-рез все страдания».

Осенью 2001 г. (3-й курс, 19—20 лет) сохраня-лось плохое состояние, которое постепенно ухудши-лось к зиме. Усилились конфликты дома, «алкоголи-зация отца до рукоприкладства», а в январе 2002 г. трагически погиб друг. После похорон мучила бес-сонница (5—6 дней не спал вообще). На 5—6-й день что-то произошло. Описывает так: «щелчок», «выключилось», «всё поменялось вокруг», ощущение «непонятное», перестал быть самим собой, перестал чувствовать по-своему, «смотрю на себя, тело ка-кое-то не мое», «глаза мертвые», «все замерло», ощущение, что «пронизанности времени нет» — время остановилось. Было настолько страшно, что появилась мысль — «может быть, умираю?». «По-нял, что-то началось». Ощущал тяжесть во всем теле, «на всем заострял внимание», все приходилось обду-мывать. Чувствовал сильную угнетенность «и мысли, и физически», «растерянность», «как младенец, разу-чился обычное делать», «все осмысляется, анализи-руется». Стал «сам как не живой», пропала расслаб-ленность, подвижность, нарастала скованность, осо-бенно в мышцах лица, «сводило челюсть справа». Окружающие предметы «как-то изменились», «ком-ната своя, а какая-то чуждая», «страшно вещи брать в руки». Чувствовал опасность, казалось, что «вокруг зло, все зло хотят», во взгляде на него другого чело-века чувствовал злое, от этого «внутренне сжимал-ся». «Не радовало солнце», «краски неяркие, туск-лые», «серость» вокруг.

Стало совсем плохо, учиться не мог. Пожаловался маме, обратились к врачу в поликлинику. Врачу-тера-певту рассказал только про бессонницу. Проведен тест на депрессию. Рекомендовано обращение в ПНД по месту жительства. Назначено лекарственное лечение. Особенного эффекта не отмечено.

В августе 2002 г. лечащим врачом психоневроло-гического диспансера направлен в Научный центр психического здоровья. Лечился лекарствами (парен-терально, перорально, ЭСТ). Рассказывает о тща-тельном контроле врача за действием лекарств. Врач

расспрашивал по пунктам, как смягчаются болезнен-ные расстройства. На 5-й день уже стало легче. Нор-мализовался сон. Постепенно ушла подавленность, уменьшилась тревожность, как будто бы стали мень-ше выражены деперсонализационно-дереализацион-ные расстройства. С улучшением был выписан.

Перевелся на заочное отделение университета, «ар-мия отпала, а вечером учиться легче». После выписки наблюдался психиатром в диспансере. В последующие годы применялись разнообразные комбинации пси-хотропных средств. Отмечает серьезную помощь ле-карств. Помогли «в остром периоде». Даже «как буд-то по временам ощущал себя больше собой», но в це-лом возвращения своего естественного чувства не про-исходило. Ему объясняли, что лекарств от деперсона-лизации не изобретено. Больше всего ему помогали разъяснения врачей о том, что с ним происходит, смяг-чалась на время душевная напряженность.

В 2006 г. закончил обучение в университете по специальности *менеджмент*, пытался работать, но в этом состоянии удержаться на работе было трудно. Продолжал искать помощь, «должно же помочь что-то». В Интернете прочел о Кафедре психотера-пии Российской медицинской академии последиплом-ного образования и записался на консультацию к про-фессору М.Е. Бурно. После консультации ассистента кафедры кандидата медицинских наук Л.В. Махнов-ской был направлен в наше отделение.

*Консультация ассистента кафедры психотера-пии РМАПО к.м.н. Л.В. Махновской 28.11.2006 при поступлении В.*

Окончил один из московских гуманитарных ин-ститутов по специальности *менеджмент*.

На первом курсе института (17 лет) появились и со временем постепенно усилились чувства «внутрен-него дискомфорта», «тревожность», тягостные пере-живания неуверенности в себе, переживания собст-венной неполноценности, тягостная апатия (в школе подобных переживаний не было). Через некоторое время (не может указать точнее, когда, и вообще признается, что с трудом может выразить в обычных словах свои ощущения) уже на этом тревожном фоне появилось чувство измененности своего «Я» («онеме-ние, пустота» в душе, переживания «как будто я не я», «искаженно» видел свое отражение в зеркале — «глаза мертвые» и т.п.). Окружающее воспринималось «как-то приглушенно». Вещи, предметы в ком-нате казались «как бы измененными», и было непри-ятно, даже страшно брать их в руки. Собственное те-ло ощущал как будто измененным — какая-то ско-ванность в теле, «руки-ноги как бы не мои», «давило в груди».

Обратился к психотерапевту ПНД. Принимал амитриптилин, мезапам, феназепам (и еще лекарства, которые не может вспомнить). Каждое новое лекарство приносило некоторое облегчение в первые дни, а потом снова становилось плохо, а от некоторых препаратов, например от амитриптилина, «гудело все в теле». Больше помогали беседы с психотерапевтом, когда психотерапевт ему пояснял, что с ним происходит, морально становилось легче.

В 2002 г. лечился в ВНЦПЗ, там и поставили диагноз «деперсонализация». Принимал анафранил, мелипрамин и др. сначала в капельницах, затем в таблетках. Прошел курс ЭСТ (6—7 процедур). После выписки чувствовал себя лучше. Значительно смягчилась деперсонализация: ушло переживание измененности собственного тела, измененности своего отражения в зеркале. Остальные расстройства оставались в смягченном виде.

После окончания института работал, менял места работы (искал более интересную работу). Чувствовал себя то лучше, то хуже, принимал феназепам.

Настоящее ухудшение с лета—осени 2006 г. — усилилась деперсонализация, появилась тягостная бессонница — не может заснуть от засилья мыслей, «мысли идут волнами» (мысли в основном, о своем состоянии, т.е. можно думать об «утрированной рефлексии», характерной для деперсонализации). Спит ночью 2—3 ч, сон «поверхностный», по-видимому, нет чувства сна.

Феназепам перестал принимать, и вроде бы чуть легче, и вообще «боится всю жизнь принимать лекарства».

Во время беседы волнуется, не может сосредоточиться, последовательно рассказать о своих переживаниях. Мышление расплывчатое. Иногда дает ответы вне плоскости вопросов. Гипомимичен, монотонен, раздражен. Но в процессе беседы собирается, особенно в разговоре о его увлечениях, о его жизни. Становится ему легче в общении со сверстниками, с любимой девушкой. Увлекается видеосъемкой, фотографией, рисованием. Фотографирует и рисует природу. На природе чувствует себя легче. Пишет стихи, но от волнения не может прочитать в обстановке консультации. Любит плавать и в воде чувствует себя легче. Верующий, в храме смягчаются болезненные переживания.

#### *Заключение*

*Шизотипическое расстройство с преобладанием деперсонализационных нарушений.*

*Рекомендации:* психотерапия шизотипического расстройства, ГТС — индивидуально и в группах, студия целебной живописи, сеансы гипноза.

#### *Психический статус при поступлении*

Ориентирован полностью. Аккуратно одет.

В беседе волнуется, трудно подбирает слова, чтобы выразить свои ощущения. Речь замедленна. Гипомимичен, монотонен, стереотипно морщит лоб раздражен.

Жалуется на раздражительность: «злиться стал» что-то раздражает в людях, «хочется переубедить настоять на своем». В процессе беседы собирается и рассказывает о своем состоянии: «сам как неживой» пропала расслабленность, подвижность, нарастает скованность, особенно в мышцах лица, временами «сводит челюсть справа». Окружающие предметы для него как-то изменились, комната своя, а какая-то «чуждая», «страшно вещи брать в руки».

Днем чувствует себя тяжелее. «Задумываюсь» «задумчивость бессмысленная — не тревожная и не отпускает», о прошлом, о будущем, о своем состоянии, своих переживаниях, «трудно переключиться». Спит урывками. Аппетит «сейчас лучше», старается есть 3—4 раза в день. Благодаря лекарствам, как считает, выраженных тоскливости тревожности нет.

Рассказывает о своих увлечениях. Занимается рисованием, фотографией, аквариумистикой. Предпочитает фотографировать, рисовать природу. Чувствует себя на природе, особенно на море, лучше. В море когда плавает, больше чувствует себя собой, и тело свое больше чувствует. Легче и в ванне с водой, «ест ощущение тела» — лежал так иногда «по полдня» «В воздухе днем» нет необходимой тяжести, «тягостная легкость», она неестественна. Вечером после семи часов становится легче, может общаться с друзьями строить планы на будущее.

Вырос в семье с религиозными традициями, в трудное для себя время ходит в храм, там ему легче, болезненные расстройства, «дезориентация» уходят, смягчаются. Всегда чувствовал, что «душа останется после смерти, сольется с природой, с единой Душой».

*Заключение психолога НД №1 Л.И. Гладышевой по результатам экспериментального психологического исследования*

Пациент предъявляет жалобы на сниженное настроение, раздражительность. В процессе исследования держится естественно, заинтересован в успехе, комментирует свои действия как недостаточные успешные во время выполнения заданий, несколько растерян. Исследование памяти: кривая запоминаний 5—8—9—10, через час — 10, память в норме. Опосредованное запоминание: верно воспроизвел 13 слов и словосочетаний из 14. Образы, использо-

ванные для запоминания яркие, адекватные, эмоционально окрашенные. Исследование мышления выявило склонность пациента использовать латентные признаки предметов при формировании обобщений. В тесте на 4-й лишний при предъявлении карточки «солнце — керосиновая лампа — свеча — лампа накаливания» исключил из группы солнце, но пояснил — остальное домашняя утварь. Наблюдается изменение мотивационной компоненты мышления по типу разноплановости. В том же тесте при предъявлении карточки «автомобиль — самолет — пароход — воздушный шар» сначала сказал, что автомобиль лишний «современный», а потом совсем запутался «...у парохода могут быть турбины, самолет на керосине, автомобиль на бензине...» ни к какому выводу так и не пришел. В тесте сравнение понятий при сравнении слов «поезд — самолет» сначала обобщил «вид транспорта», потом сказал, что слова обозначают разное: «воздух — земля», «самолет военный может быть» и т.д. Таким образом, при хорошей памяти, эмоциональной адекватности на первый план выступает склонность пациента к разноплановости мышления, к использованию латентных признаков предметов при формировании обобщений.

#### *Неврологический статус*

ЦНС без знаков органического поражения.

#### *Соматический статус*

Лептосомного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, сокращения ритмичные,  $P_c=ЧСС=72$  уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень у края реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей. Периферических отеков нет.

#### *Диагноз*

Шизотипическое расстройство (эндогенно-процессуальная депрессия) с деперсонализационно-дереализационными проявлениями на первом плане.

На основании: характерных жалоб, анамнеза (постепенное начало, «чувство внутреннего дискомфорта», «тревожность», тягостное переживание неуверенности в себе, собственной неполноценности, безразличия, с последующим развитием на фоне тоскливого аффекта с бессонницей деперсонализационно-дереализационных расстройств), клинического исследования и патопсихологического заключения.

В результате лекарственного лечения депрессивные расстройства смягчились, а деперсонализационные расстройства остаются в монотонном виде.

#### *Дифференциальный диагноз*

1. Психогенная депрессия. Связь с психотравмирующей ситуацией не прослеживается, в переживаниях пациента не звучит.

2. Невротическое развитие: ситуация — реакции — развитие — невроз. Неврозы — группа заболеваний, возникновение которых определяется психогенными факторами, реактивные состояния, в которых звучит психотравма, но сохранена способность к адаптации. У В. отмечаются трудные обстоятельства: домашняя конфликтность, трагическая гибель друга, но как отсчет или совпадение по времени, а не причина появления расстройств.

3. Психастеническая психопатия — реалистические страхи вокруг застенчивости, деперсонализация как свойство личности, следствие «жухлой» подкорки, компенсаторный анализ, но чувствует по-своему, хотя и деперсонализационно.

4. Циклотимия. Нет четких фазовых расстройств и периодов полного здоровья.

#### *Лечение*

1. Индивидуальные психотерапевтические беседы, оживляющие, активирующие.

2. Индивидуальные занятия по типологии характеров людей с индивидуальным вариантом Терапии творческим самовыражением (ТТСБ).

3. Групповые сеансы гипноза — отдыха.

4. Занятия в группе целебной живописи.

5. Занятия в группе ТТС.

6. Сеансы гипноза по Р.Д. Тукаеву и элементы гештальт-терапии (клинический ординатор О.А. Гавриш).

Работа лечащего врача начинается с *установления особого интимного эмоционального контакта*, в беседах с пациентом врач опирается на знание клиники расстройств, профессиональное искреннее сопереживание, понимание страдания. Кроме того, особому эмоциональному контакту способствует внимательное отношение к внутрисемейным взаимоотношениям пациента, к его увлечениям — стихам, рисованию, занятиям аквариумистикой. Также этому способствуют творческие домашние задания врача на обязательные в работе темы: о ярком детском впечатлении, об отношении к природе, работа с детскими фотографиями и фотографическими работами самого пациента.

Индивидуальные занятия по типологии характеров людей в индивидуальном варианте ТТС с домашними заданиями помогают выразить свое отношение, сравнить себя с другими в разнообразных творческих заданиях, в изучении пособия М.Е. Бурно [1].

В первую встречу при заполнении медицинской документации рассматривали открытки-репродукции картин художников. Просила объединить открытки в группы по тому, как художники изображают мир, и сказать, как бы сам хотел написать пейзаж. Дала задание принести блокнот (тетрадь) и ручку, выбрав их по душе, написать в этом блокноте, что трудно, что мешает жизни.

### Вторая встреча

Записал под диктовку врача в выбранный по душе блокнот «основное положение» [14, с. 256, 269]:

- такие страдания медицине известны давно;
- болезнь течет по своим законам и пройдет, но мы не знаем когда. В этом — жесткая правда жизни;
- болезненные проявления будут смягчаться постепенно, «крошками» и не прямолинейно, а волнообразно, по синусоиде. Зная и эту жесткую правду, мы не испугаемся возможных ухудшений.

Обычно провожу известную аналогию: нелеченный насморк длится 7 дней, леченный — неделю. Для чего же мы применяем капли в нос? Пациенты отвечают: чтобы легче было эту неделю прожить. Так и мы, говорю, будем учиться жить сквозь тягостное состояние, «светло, по человечески», не дожидаясь, когда наступит полное выздоровление.

Также объясняю, что психотерапевтическая работа — работа взаимная, в которой не сразу все понятно. Но все, что мы будем делать, имеет смысл, поэтому прошу довериться и набраться терпения.

К занятиям В. относился ответственно, приходил регулярно, не пропуская, выполнял творческие домашние задания. И когда случилось так, что несколько раз время занятия было сокращено, написал врачу: «Не хватает того, как они (<занятия> — Прим. врача) проходили немного ранее. Все было планомерно и поступательно, и в то же время незатейливо и все с настроением. Сейчас <...> работа не такая полноценная и самособойная и мощная как раньше. Наблюдается какая-то незаконченность и оборванность. <...> Необходимо побольше времени, как раньше (так чувствуется)».

Поначалу остро-неприятно воспринимал сами термины *ананкастический*, *педантичный*, *аутистический*, потому что «некрасиво на слух». Проясняли, что стоит за этими словами, происхождение названий, после такой работы «пугающего, неприятного» стало меньше.

Изучение характерологии происходило не «сухо академически», использовали литературные произведения (проза, стихи), работали с открытками-репродукциями с выполнением заданий «на чувство», рассматривали фотографии, сравнивали их между собой, предполагали, как сфотографировал бы сам.

Проводились беседы о любимых музыкальных группах, любимых песнях. Занятия по произведениям Сатикова-Щедрина «Премудрый пескарь», Аксакова «Аленький цветочек», Островского «Снегурочка».

Выполнял творческие домашние задания врача на разнообразные темы: «Мой обычный день», «Мой не обычный день», «Яркое детское впечатление», а так же приносил на занятие свои детские фотографии.

### Примеры работ В.

О природе:

Весной «в воздухе чувствуется запах духов и в общем запахи и звуки особенно чувствительны. С приходом лета «все встает на свои места», «ни ступает полный покой». Когда близится осень, «начинает думаться, какая она будет. Не хочется раставаться с предыдущими временами года. Вперед серость и слякоть». Зимой «душа радуется по-своему», «много добрых праздников, в том числе день рождения и новый год», «много зимних видов спорта, которые радуют, коньки, лыжи». «А как поднимает настроение зимний лес», «игра безмятежная в снежки и просто вывалиться в снег».

По просьбе врача в обязательном порядке описывал (сразу после занятия или в качестве домашнего задания), что чувствует после психотерапевтической работы, как понимает, зачем то или иное делалось в время встречи и что такие задания дают ему.

О занятиях с лечащим врачом:

«Поначалу-то и сам не мог понять, в чем суть вообще всех этих индивидуальных занятий и занятий в группах. Постепенно ситуация стала потихоньку проясняться.

Ваши занятия помогают лучше понять себя окружающий мир. С помощью Вас мне удастся вспомнить многое хорошее внутри меня, и это укрепляется. Помощь ощущается в реализации творческого потенциала. Стал лучше разбираться в людях и их характерах. Очень сильно ощущает моральную поддержку, и, безусловно, это помогает. Ваши беседы помогают рассеять многие мои страхи и стеснения. Также ощущаются многие подсказки для себя самого и для жизни в моем тяжелом состоянии. Стал понемногу разбираться в своем рабстве, и многое стало понятно».

О влиянии рисунка (занятия в группе целебной живописи):

«Поначалу всегда трудно взять кисть и начать рисовать. Берешь кисть и краски, делаешь первые мазки, четко представляется образ того, что хочется нарисовать. <...> Во время рисования наступает благодатное успокоение (выделен авторское), так бы я это назвал. И в этот момент мне легче контактировать с окружающими».

людьми. По завершении рисунка становится ярче, а иногда ближе восприятие красок. Окружающий мир источает краски, которые несутся до меня теплым светом».

О гипнозе:

«Во время сеансов гипноза уходят посторонние мысли. Хочется уснуть. <...> В голове такое ощущение, что разматывается, расходуется в разные стороны сознание, как будто оно спрятано где-то глубоко в недрах и потихоньку высвобождается оттуда...»

О влиянии занятий в группе ТТС.

«На группах пока тяжело, все говорят на незнакомых терминах, которые почему-то не очень приятны. Хочется вступать в беседу, но на обычном простом языке, так для меня легче. <...> Во время просмотра картины через проектор и разговора о биографии художников, становится четче и ярче на улице. Также легче что-то вспомнить и представить в голове. Сглаживаются ощущения в области головы, как будто что-то там расщепилось до биологической массы».

Поделится своим впечатлением о занятии в группе ТТС об армянском поэте Севаке, который также страдал деперсонализацией.

По заданию врача записал размышления о своем состоянии до лечения лекарствами, в процессе лечения лекарствами, в процессе лечения лекарствами с психотерапией.

«До лекарств было очень тяжело. Это отмечалось во внутренней и внешней жизни. Постоянное беспокойство, «заикленность» на своем состоянии, сильная депрессия, плохой сон, иногда его отсутствие. Тяжелее всего было переносить спазмы в области челюсти справа. Было сильное ощущение стянутости, сжатия мышц или сухожилий в области груди, шеи, лица. Близкие отмечали, что со стороны было так видно, как будто бы я в прострации. Бывало, отвечал односложно на вопросы. Было трудно что-то делать, не было настроения.

Действие лекарств ощутилось не сразу. Поначалу была сильная седация. Все время хотелось спать, и днем, и ночью. Через дней пять стало заметнее в плане депрессии. Появилось ощущение выспанности. Стало полегче вставать по утрам. Появилось желание что-то делать, совершать прогулки, долгие и на большие расстояния.

Затем начало ощущаться действие психотерапии. Улучшилось восприятие, краски стали насыщеннее. С каждым разом все чаще ощущается. Как будто бы сваливается ком с тела и с души. Спазмы прошли совсем, уже не такая тяжесть в голове и теле.

Перестал стесняться своих эмоций, смеюсь от души, не натянуто, как раньше».

О необходимости занятий.

«Я еще ощущаю необходимость в занятиях на кафедре. Все еще много непонятного с самим собой. Я не получаю такого расслабления нигде, кроме кафедр. <...> Это все помогает мне жить в данной ситуации».

#### Динамика состояния

Из консультации профессора М.Е. Бурно на клинко-психотерапевтической конференции 19.01.2007 г. лечащему врачу Л.А. Тарасенко и клиническому ординатору О.А. Гавриш

Диагностическое впечатление такое же, как у ассистента, к.м.н. Л.В. Махновской. <...> Важно отметить: деперсонализационно-дереализационные расстройства соединяются с тягостной сковывающей тревожностью. Многочисленные попытки биологической терапии (психотропные препараты, ЭСТ) смягчали тревогу, но не деперсонализацию, от которой В. более всего мучается. В настоящее время принимает по назначению диспансерного врача феварин и сероквель, заметно приглушающие тревогу, но не «дезорientацию» (как В. называет деперсонализацию). Он убежден, что именно «живые беседы с врачами» и участие в группах творческого самовыражения дали ему облегчение — просветление. Не может толком объяснить, что тут помогает, но то, что деперсонализация смягчается в живом общении и в творчестве (в широком смысле), для него несомненно (в последние две недели).

Важно подчеркивать В., что улучшение состояния будет продолжаться, что страдает он не слабоумливающим процессом (как порою предполагает), а чувством неестественности происходящего в нем, с ним и вокруг него, изменением чувства «Я», а не самого «Я». И это только эмоциональная дезориентация (т.е. с ясным пониманием происходящего с ним и вокруг).

Слабоумие ему не грозит (боится этого). Он вернется в жизнь, в работу, будут свои радости, хотя не обещаем ему в скором времени полного выздоровления. Приближение (постоянное) к здоровью — уже не так плохо. Со временем следует посоветоваться с диспансерным врачом по поводу уменьшения доз лекарств в случае стойкого уменьшения тревоги (все отмечает, что лекарства «давят» его).

Кроме индивидуальных встреч с врачом настойчиво продолжал ходить на две группы (группы ТТС и целебного рисунка). Вовлекался во все занятия с охотой.

В психотерапевтическую работу включались и беседы об особенностях чувствования В. в разных сферах, на-

пример: зрения (в беседах отмечает, что в зрительном восприятии «не хватает насыщенности и живительности» в сравнении с прежним, до болезни), обоняния («запахи отчетливые и даже острее»), слуха (звуки то отчетливые, то приглушенные), осязания («нет естественности, как раньше, чувствуется разлад, несогласованность»), а также об особенностях сна («во сне жизнь яркая бывает», «как в детстве, поэты снятся, и сам себе читаю стихи»).

В марте 2007 г. отмечает, что «лучше память стала, легче выразить мысль, мысль течет более слаженно». Даже появились силы сделать ремонт в своей комнате, о чем подробно рассказывал врачу. Комната новая после ремонта — «своя».

В апреле 2007 г. отмечает подъем, «стал доверять телу», «вхожу в свое тело», «кровь течет в нужном направлении», «и ближе я сам к себе», «стяжки стали отпускать внутри», «я другой, но и тот же», «воспоминания, эмоции мои», «краски живые теплые». На фоне подъема ощущает «растерянность» от всего происходящего, «но пусть идет, как идет», хотя «совладания нет».

Вернулся к любимому занятию аквариумистикой, стал разводить рыбок, наблюдать за ними. Рассказывал, что «у каждой свой характер — задиристый, спокойный и т.д.».

Отмечает, что стало легче ходить в магазин, стал смотреть телевизор («мультики»). В метро состояние «похуже», больше тревоги.

Находясь в депрессивно-деперсонализационном состоянии, В. не может почувствовать себя цельным характерологически. Однако, изучая характеры (индивидуально и в группах), пришел к выводу «Почему бы не быть собой, я ведь тоже уникальный человек», «путь к себе идет».

Конец апреля 2007 г. Отмечает, что «лекарства противоречат психотерапии», «подъем есть, но лекарства его глушат», «жизнь кипит внутренняя», «все в ярких цветах, запахи и звуки особенно чувствую». «Мышление — свободно, мыслей много, есть сумбурность», но и «контроль есть». Сон — по 14 ч, глубокий, «с чувством выспанности». «Появилось ощущение изучения мира, а раньше не обращал внимания».

Май 2007 г. Отдыхал в Крыму. Сон — «свой, глубокий, сладкий». «Все вокруг живое», «грустно и плакать хочется, что долго не мог ощущать».

Июнь 2007 г. Из Крыма приехал 27 мая, «спал неделю». Сдал экзамен на права по автовождению. Организует свою работу.

Сентябрь 2007 г. Отмечает, что стало «легче читать, легче делать дела по дому», «воля присутствует, внутренняя энергия». «Планы — свое дело, например, у моря построить дом и там жить». «В осознании свой характер», «все приносит удовольствие».

*Из повторной консультации М.Е. Бурно (21.09.2007) лечащему врачу Л.А. Тарасенко и клиническому ординатору О.А. Гавриш*

«Еще до лечения у нас заметил, что фотографирование помогает («хотя бы мгновениями») чувствовать себя собою. В настоящее время гипнотическое лечение несколько смягчает напряженность. Приемы гипноза (по Р.Д. Тукаеву) и элементы гештальт-терапии (все это проводит клинический ординатор О.А. Гавриш «несколько расковывают к общению»). По-прежнему принимает феварин и сероквель. Из всех психотерапевтических способов помощи, которые здесь получает, как главное выделяет особенно помогающие ему чувствовать себя собою индивидуальные занятия ТТС с лечащим врачом Л.А. Тарасенко. Благодарит и за группы творческого самовыражения по четвергам: испытывает «вдохновение во время жизни в группе» <...> Настроение теперь (уже несколько месяцев) вполне хорошее при прежней легкой заторможенности (по-видимому, лекарственной). Готовится уже в душ к работе (год не работает)».

Октябрь—ноябрь 2007 г. Отмечает, что чувства стали «ярче, полноценнее». Организовал свое дело — интернет-магазин по продаже спортивного питания.

К весне 2008 г. врачом диспансера лекарства были постепенно отменены.

В дальнейшем психотерапевтическую помощь получал в прежнем объеме.

#### *Психический статус осенью 2008 г.*

На этом этапе отмечает «полнотелесность», «дискомфортность внутри не заострена». Теперь «это (<состояние> — Прим. врача) не так тревожно, не так страшно». Окружающее «сфокусировано четче ярче, живее». К вещам «заново привык» и не переживаю по этому поводу, не задиришаюсь». «Тревога не сильная, беспокойность на фоне переутомления как социальный фактор». Аппетит хороший. Были моменты в депрессивном состоянии, когда «торт стоит и не хотелось», а «сейчас хочется сладенького, и тогда и другого попробовать». «Внутренний дискомфорт и напряженность только по временам, больше связи с ситуацией». Отмечает впечатлительность — «не могу хладнокровно поссориться, остается осадок».

Если раньше была растерянность, «разучился все делать», теперь «заново всему учится». «Появилась энергия, амбиции, мотивация повысилась, появились возможности для реализации себя». «Надо дальше к себе разбираться». «Это не возврат к себе до болезни, а путь к себе после болезни. И обретение каких-то навыков вновь, обучение». Лекарственное лечение в настоящее время не получает.

Продолжаются встречи с врачом 2—3 раза в месяц занятия в группе ТТС, сеансы гипноза-отдыха.



Проводятся индивидуальные занятия о фотографии о творчестве, например, о том, как пишут стихи Пушкин, Ахматова, Кушнер, Мандельштам, а как он «Уточняет себя», глубже разбирается в деперсонализационных расстройствах, сравнивая их у себя и других (поэт Севак, герои произведений Чехова, например «Враги» и др.).

#### Домашние задания

О нынешней жизни

Констатирует, что было 7 лет «пустоты», «жизни было». Теперь — работа, тренажерный зал, бег, компьютер, аквариумистика, кафедра, домашние дела «организм подстраивается, больше чувствует себя «учителем». Остро переживает несправедливость, событие в мире, конфликты, войны, в связи с чем написал стихотворение «Люди, опомнитесь».

В целом о ТТС

«На сегодняшний день у меня в наличии имеется великое множество приемов для улучшения и изменения моего внутреннего состояния. <...>

В моем запасе находятся уникальные по своему значению сеансы целебной живописи, именно целебной! Иногда даже достаточно вспомнить картину отдельные моменты в написании картин, присутствуют различные цвета или сюжеты, и это становится легче. <...> ...Очень помогли беседы на сеансах целебной живописи просто о чем». Теперь я рисую везде, дома, на улице, в природе.

На занятиях в группах яснее видится предназначение в этом мире, все яснее «сам для себя», яснее видится сам мир, окружающие ситуации воспринимаются по-иному (проще), очень сильно пытаются разобраться в различных характерах людей вообще в людях, тем самым уже знаешь, как вести с ними. <...>

Гипнотические сеансы помогают расслабиться и крепоститься физически и умственно. <...>

Индивидуальные занятия помогают развиться во многих вещах. <...> Все яснее чувствуются характеры. Научился чувствовать картины, но не всегда могу выразить в словах. Точно могу сказать, что чувствую какой-то свет, и он меня наполняет изнутри. Я даже иногда захлебываюсь. <...> В последнее время <...> от всего получаю удовольствие, после окончания какого-то дела внутри чувствую какое-то тепло, оно гревает. <...>

Весь этот инструментарий, который я получил, могу использовать на практике с успехом в любых делах, а также если тяжело».

Из консультации профессора М.Е. Бурно на клинко-психотерапевтической конференции 14.11.2008 г.

Диагностическое впечатление прежнее — шизофеническое расстройство с деперсонализационными проявлениями на первом плане, ремиссия.

Пациент не сомневается в том, что состояние его серьезно и стойко улучшилось, продолжает улучшаться. Благодаря лекарственному лечению в ПНД по месту жительства уже давно смягчилась тревожная тоскливость, однако при этом осталось деперсонализационное страдание. Уже несколько месяцев (с весны 2008 г.) предпочитает жить без лекарств.

Деперсонализация продолжает смягчаться в индивидуальных занятиях с лечащим врачом (Л.А. Тарасенко), в группах творческого самовыражения, студии целебной живописи и фотографии (один из вариантов группы творческого самовыражения). Считает, что будет теперь держаться в жизни разнообразным творчеством (пишет, рисует и т.д.), делает все это с охотой. Уже работает (предприниматель), есть и цель в жизни: построить или купить дом на берегу моря (Черное море, а то и Адриатика), жениться, воспитывать на берегу моря детей в благодатном месте, созвучном ему природой. Уже побывал в подобных местах, присматривался. Дело его (предпринимательство) идет неплохо, и надеется, что материально все это (дом и т.д.) осилит. Убежден, что основная помощь происходила и происходит из индивидуальных занятий терапией творческим самовыражением с Л.А. Тарасенко.

Настоящее состояние ремиссии, по-видимому, приближается к известному «гесовегу» (англ.): возвращение к себе в новом, хотя и «полуболезненном» качестве, в котором возможно более или менее полноценно жить, почти в состоянии практического здоровья, возможно, без особых помех держаться в жизни. Помощь рекомендуется продолжать.

#### Заключение (результат лечения)

1. Деперсонализационные расстройства остаются в монотонном приглушенном виде, но достаточно терпимые.
2. Настроен на оживляющий его психотерапевтический душевный труд.
3. Выработаны разнообразные приемы самопомощи, творческий стиль жизни.
4. Происходит повышение качества душевной жизни.
5. Социально адаптируется (работа, гражданский брак, планы на будущее).
6. Обходится без лекарств.
7. Достигнута личностная экзистенциальная ремиссия — сквозь трудности живет светлее, со смыслом.

**Список литературы**

1. Бурно М.Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). Изд-е 3-е, испр. и доп. — М.: Академический Проект; Фонд «Мир», 2008. — 639 с.
2. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. 3-е изд-е, испр. и доп. — М.: Академический Проект; 2006. — 432 с. + 32 с. цв. вкл.
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. 2-е изд-е доп. и перераб. — М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. — 800 с.
4. Бурно М.Е. Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов: Учебное пособие. — М.: ЦОЛИУВ, 1981. — 44 с.
5. Бурно М.Е. Об общественной ценности дефензивных людей // Профессиональная психотерапевтическая газета: ОППА. — 2009. — №4 (78). — С. 3—6.
6. Воробьев В.Ю. Деперсонализация: Методические рекомендации. — М., 1979. — 14 с.
7. Махновская Л.В. Использование дневниковых записей при психотерапии деперсонализации // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Материалы конференции. — СПб., 2000. — С. 100—101.
8. Махновская Л.В. Терапия творческим самовыражением пациентов с шизотипическим расстройством с преобладанием деперсонализационных проявлений: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2003. — 24 с.
9. Некрасова С.В. Краткосрочная психотерапия невротоподобных шизофренических (шизотипических, бодерлиновых) пациентов методом терапии творческим самовыражением (ТТС) // Психотерапия малопрогредиентной шизофрении: I Константиновские чтения / Приложение к Независимому психиатрическому журналу. — М.: НПА России, 1996. — С. 9—10.
10. Некрасова С.В. Краткосрочная терапия творческим самовыражением больных с шизотипическим расстройством и дефензивными проявлениями: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1999. — 24 с.
11. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения: Руководство по психиатрии. В 2-х т. / Под ред. А.В. Снежневского. Т 1. — М.: Медицина, 1983. — С. 342—344.
12. Нуллер Ю.А. Деперсонализация — защитная реакция и психопатологический симптом // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. — Л., 1977. — С. 124—134.
13. Нуллер Ю.А. Деперсонализация: патогенетические механизмы и терапия // XIII Съезд психиатров России: Материалы Съезда. — М., 2000. — С. 190.
14. Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / Под ред. М.Е. Бурно, Е.А. Добролюбовой. — М.: Академический Проект, ОППА, 2003. — 880 с.
15. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — Т. I. — М.: Медицина, 1983. — 480 с.
16. Смулевич А.Б. Малопргредиентная шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.

***A case of psychotherapy of a patient with depersonalization disorder by means of Therapy by creative self-expression by M.E. Burno (TCSEB)***

TARASENKO L.A.      psychotherapist, Drug/alcohol Outpatient Clinic №1, Moscow.  
E-mail: la.tarasenko@yandex.ru

*The article presents a detailed clinical psychotherapeutic case report with an expressive cural result.*

***Key words:*** *Therapy of creative self-expression, individual psychotherapy, characterology, depersonalization*