**Актуальные вопросы, теоретические модели и практические методы психоматики**

Александр Хайкин

Психосоматика, психосоматическая медицина, медицина «разум/тело», психонейроиммунология – все это разные названия области человеческой деятельности, которая является медицинской по характеру решаемых задач (исцеление болезней тела), и психологической - по характеру методов их разрешения. Несмотря на доказанную эффективность [1] и очевидную перспективность такого синтеза психологии и медицины, это направление еще вызывает достаточно споров как в медицинском, так и в психологическом (психотерапевтическом) сообществе. Этому, конечно, способствует неразрешенность важных теоретических и методологических вопросов. Так, главный вопрос о соотношении психических и физических, «материальных» факторов в генезе «чисто медицинских» болезней еще далек от своего разрешения. Достаточно спорным является также вопрос о том, какие из болезней могут быть отнесены к психосоматическим. Одновременно недостаточно разработан и вопрос о том, в какой мере можно опираться на чисто психологические (психотерапевтические) методы в излечении болезней тела.

Как известно, идея важности «психологических факторов» в понимании причин и способов лечения болезней тела не была чужда ни врачам античности, ни тем более средневековой арабской медицине. Позднее, развитие естественнонаучного знания в Европе, картезианская картина мира естественно привела медицину к «полному материализму». Конечно, этому способствовало и отсутствие в Европе психологии как науки вплоть до второй половины 19 века. Однако, с ее развитием, картина в целом изменилась. Появилась психотерапия – продукт синтеза психологического и психиатрического знания. Благодаря работам Фрейда, а также его последователей Гроддека, Александера и др. начало формироваться понимание того, что причинами, по крайней мере, некоторых болезней тела является феномены душевной жизни, неразрешенные внутриличностные конфликты и неудовлетворенные, и что важно, неосознаваемые психические потребности. Этому очень способствовало и понимание эмоций как единства психических и физиологических явлений. Впоследствии представители разных школ и направлений психотерапии начали рассматривать механизм превращения внутрипсихического конфликта в соматическое заболевание «под разным углом», выделяя в качестве главных различные аспекты этого процесса, и к настоящему моменту накопилось множество моделей психосоматогенеза. По мнению автора, их можно сгруппировать в семь основных моделей.

«Символическая» модель исходит из того, что вытесненные в бессознательное потребности и конфликты «пытаются» пробиться в сознание через болезнь, символизирующую вытесненное. Болезненные симптомы напоминают нереализованные, блокированные эмоции и действия. Например, невыплаканные слезы выражаются в виде насморка. Следующие четыре модели рассматривают болезнь как следствие душевного конфликта. Модель «энергетико-астеническая», в качестве причины болезни полагает перерасход жизненной энергии на попытки разрешения внутриличностного конфликта и вследствие этого – недостаток энергии для борьбы с физическими болезнетворными факторами. «Энергетико-динамическая» модель рассматривает соматогенез таким образом: психическая энергия нереализованных желаний и потребностей ищет и находит патологический, обходной путь для своего выхода – в органы и части тела, создавая в них заболевания. Такая модель сближает представления европейской психосоматики и китайской медицины. «Физиологическая» или «стрессовая» модель наиболее подробно пытается описать сам механизм превращения внутрипсихического конфликта в медицинский диагноз. «В норме» человек или удовлетворяет актуальную потребность или отказывается (временно или совсем) от ее удовлетворения. Однако, в силу своей внутренней нецелостности он часто вместо этого продолжает неосознанно пытаться удовлетворить заблокированную потребность. Процесс удовлетворения потребностей, в свою очередь, связан с эмоциями, которые являют собой целостную реакцию психики и всего организма. Эмоциональные реакции включают в себя активизацию или угнетение таких важных физиологических процессов, как кровяное давление, пищеварение, иммунитет, внутренняя секреция и т.д. И эти процессы, «включенные» и «выключенные» на ненормально долгий срок, естественным образом приводят к болезням тела. Модель «ретрофлексивная» исходит из того, что способом отказаться от удовлетворения «запрещенной» потребности человек неосознаваемо выбирает перенаправить на себя (а значит - на органы и системы своего тела) действия по ее удовлетворению, которые должны быть направлены во внешний мир. В «функциональной» модели или модели «вторичной выгоды» болезнь рассматривается не как следствие внутриличностного конфликта и неудовлетворения какой-либо потребности, а как компромисс между сторонами конфликта, и «детский», «патологический» способ удовлетворения потребности. Способ, достававшийся нам от возраста, когда наши болезни помогали организовать соответствующим образом действия и чувства других людей по отношению к нам. Таким образом, болезнь имеет функцию и смысл, причем часто в какой-нибудь надличностной системе, например, в семье. «Процессуальная» или «развивающая» модель рассматривает болезнь не как патологию, а как остановленный процесс развития самоидентичности. В самой болезни находится и средство ее преодоления. Такая позиция близка восточным эзотерическим учениям, рассматривающим болезни как источник и стимул духовного развития.

Заметим, что вопрос «являются ли описанные выше модели адекватными описаниями для генеза различных нозологий или являются взаимодополняющими описаниями одного и того же процесса?» все еще является открытым, также как и то, что разработка вопроса психосоматического генеза болезней тела в целом требует своего продолжения.

Практическая работа по психосоматическому исцелению происходит обычно в рамках решения трех задач: 1) работа с мотивацией и личностной реакцией на болезнь, формирование уверенности в возможность выздоровления; 2) проработка внутриличностных конфликтов, порождающих болезнь и восстановление целостности; 3) активизация внутренних исцеляющих механизмов организма и психики.

Для решения первой задачи очень хорошо подходят все техники для работы с убеждениями, в том числе НЛП, а также техника «десенсибилизации посредством движения глаз» Ф. Шапиро[2]. Также при действительной астенизации клиента необходима предварительная работа для начального восстановления энергетического потенциала. И здесь, например, могут быть использованы также многие гипнотерапевтические техники.

Для решения второй задачи используются техники различных подходов индивидуальной и семейной терапии, в соответствии с конкретной моделью психосоматогенеза, используемой в каждом подходе. Однако, по мнению автора, наиболее перспективным здесь являются техники процессуальных подходов.

К последним можно отнести «идиодинамические техники» Э. Росси [3, 4], «фокусирование» Ю. Джендлина [4, 5], «эпистемологическую метафору» Д. Гроува [4], «процессуальную работу» А. Минделла [6, 7], «хакоми» Р.Курца [8] и «соматическое переживание» П. Левина [9]. Предпосылками для развития процессуальных методов в психотерапии, по мнению автора, являются принципы сопровождения и утилизации, используемые в гипнотерапии М. Эриксона и его последователей [10], а также придания большей важности процессу терапии по отношению к ее содержанию в гештальт подходе [11]. Общим для всех процессуальных подходов является то, что болезнь рассматривается как остановленное, но пытающиеся продолжиться развитие и обретение целостности. Поэтому, главный терапевтический ресурс здесь ищется в самих симптомах болезни. Целью терапевта же полагают создание условий для «разворачивания» симптомов в исцеляющий процесс. Не навязывая какое-либо содержание клиенту и, не проявляя насилие по отношению к процессу, терапевт только сопровождает процесс раскрытия смысла, симптомов и их трансформацию в большую целостность. Однако, при всей внутренней общности процессуальных подходов, они проявляют большие различия в форме сопровождения процесса. Так все методы в большой степени опираются на работу с телесными переживаниями, однако, только хакоми и соматическое переживание можно отнести к методам телесно-ориентированной терапии. В подходе Д. Гроува главное значение придается зрительным метафорам телесных переживаний. В минделловской терапии равное значение уделяется всем «каналам». Также методы Д. Гроува и П. Левина, в отличие от остальных, целиком ориентированы на работу с последствиями психотравм. Несмотря на то, что в любом процессуальной методе явно или «по факту» большое значение уделяется созданию позволяющего, интересующегося и доброжелательного «наблюдателя» или «метокоммуникатора», мера и роль разотождествления, невовлеченности, диссоциирования «наблюдателя» от наблюдаемых переживаний в различных методах существенно отличается. Так в процессуальной работе А. Минделла, наоборот, велика роль ассоциирования и воплощения (как в гештальт терапии). Особенно велика важность диссоциации наблюдателя от наблюдаемого процесса в идиодинамических техниках Э. Росси, в подходах Д. Гроува и Ю. Джендлина. Эти три метода ориентированы на трансовую индукцию (фокусирование – при определенном способе сопровождения) и, по мнению автора, могут составлять единое направление – «процессуальную гипнотерапию».

В качестве иллюстрации процессуальной техники автор считает уместным привести опыт самоисцеления от гриппа, который в дальнейшем стал пошаговой техникой в стиле процессуальной работы А.Минделла.

При сильном жаре и ощущение недомогания и распирания в теле, а также респираторных симптомах, автор начал двигаться по комнате, одновременно, позволив себе полностью прочувствовать болезненные ощущения в теле. Их сила и тенденция к распиранию легко позволили «распространить» их по объему комнаты, как будто бы ощущения образовали в комнате некоторое «поле», и это было следующим шагом. На дальнейшем шаге – автор, воспринимая это «поле ощущений» уже снаружи, позволил ему «подсказать» движения, которые были бы наименее энергозатратными, «естественными» в этом «поле», и начал двигаться таким образом. Проходив некоторое время, «уточняя» движения, автор приступил к следующему шагу – задался вопросом: «Кто так ходит, кто я сейчас?». И продолжая ходить, через некоторое время ощутил себя уссурийским тигром, устало бредущим по заснеженной тайге, тяжело передвигаясь в глубоком мягком снегу. И продолжая ходить и чувствовать себя тигром – фигурой, воплощающей сущность «поля ощущения» симптома, автор, переживая несколько новое для себя самоощущение, обнаружил, что симптомы болезни фактически исчезли. На все потребовалось примерно 20 минут. Теперь, несколько больше вникнув в «процессуальную работу», автор считает нужным добавить к этой технике еще два минделловских шага – ответы на вопросы: «Каково послание фигуры поля симптома (переживания) и что оно может добавить в мою жизнь?», и «Что мешает (мешало) интегрировать это в мою жизнь?». Ответ на последний вопрос может привести к дальнейшему этапу работы. Такая техника, названная автором «Движение в поле симптома» может быть использована не только в психосоматической работе, но также и в работе с сильными, «рвущимися наружу» эмоциями, тревогой, страхом, даже просто, ограничиваясь этапом поиска и проживания движений, соответствующих «полю» эмоции.

Также очень эффективной для решения второй задачи показала себя гипнотерапевтическая техника пошагового переформирования [12], где работа сводится к поиску и замене в трансе неприемлемого способа достижения какой-то важной цели или потребности – болезни - на найденный новый способ.

В связи с разрешением задачи по активизации внутренних исцеляющих механизмов организма и психики представляют огромный интерес случаи так называемой «спонтанной ремиссии». Очень часто их можно связать с эффектом «плацебо», когда больной поверив в совершенное излечивающее действие какого-либо средства или мероприятия, в действительности не обладающего исцеляющим эффектом, исцеляется зачастую от болезней, не доступных излечению современной медициной. Несмотря на очевидную важность и перспективность использования эффекта «плацебо», ни условия для его гарантированного проявления, ни тем более вопрос о том, на какие внутренние системы опирается процесс самоисцеления, пока не изучены. Также, по мнению автора, представляет интерес вопрос о том, зачем, будучи полностью уверенным в совершенные исцеляющие возможности внешнего средства, организм, тем не менее, запускает свои «внутренние резервы». Представляет практический интерес задача в более широкой постановке – разработка и освоение методов произвольного доступа к этим «сверхэффективным» исцеляющим ресурсам организма и бессознательной части психики. И, несмотря на неизученность последних, здесь уже есть определенные успехи. Они, в основном, связаны с технологиями работы в трансовых состояниях. В такой работе могут быть использованы прямые и косвенные внушения. Они могут быть вербальными [3], а могут представлять визуализации [1]. Часто в такой исцеляющей работе используются вербальные и визуальные метафоры болезни, болезнетворных факторов, исцеляющих ресурсов, самого процесса исцеления, а также «внутреннего целителя». Работа может проводится клиентом как самостоятельное упражнение или под управлением (сопровождением) гипнотерапевта. Транс может наводиться предварительно, но и сама подробная визуализация способствует его индукции.

В качестве иллюстрации - описание авторской техники «Три экрана», разработанной им для работы с «визуальными» клиентами и представляющей собой терапевтическое внушение – визуальную метафору. С предварительным наведением (самонаведением) транса малой или средней глубины клиенту предлагается визуализировать три монитора на рабочем столе или, один монитор на котором есть, кроме основного, два дополнительных экранчика меньшей величины, например, в верхних углах. Первый и третий монитор снабжены только кнопкой «пуск», второй (посередине) снабжен специальной клавиатурой с ручками и рычажками. На первом экране (мониторе) клиент визуализирует свой больной орган, как он себе его представляет, но хорошо подойдет реальный рентгеновский снимок, на третьем – такой, какой он будет уже здоровым. А затем, визуализируя на втором экране больной орган, начинает экспериментировать с элементами клавиатуры, узнавая их «функциональное назначение» (по изменениям, происходящим на втором экране) и, таким образом обучаясь переводить изображение больного органа в здоровый. Хорошо, если клиент к изображению добавит ощущения клавиш, ручек, рычажков, а также звуков – это добавит реальности и усилит транс. Если техника используется в самостоятельной работе - рекомендуется повторять технику в качестве каждодневного упражнения. Причем, возможно, каждый день будет необходимо отыскивать новый алгоритм.

Также очень эффективным в решении этой задачи может быть применение процессуальной гипнотерапевтической техники Э.Росси, где транс наводится не при вхождении в состояние расслабления и успокоения, как в большинстве визуализирующих техник, а на пике возбуждения и напряжения. Очень близки по духу гипнотическим методам и техники НЛП. Среди них особый интерес, по мнению автора, представляет техника К. Андреас, где в работе по исцелению клиент использует перенос опыта самоисцеления в одной болезни на работу с другой [13]. Доказали свою эффективность также техники непосредственной психоэнергетической саморегуляции физиологических процессов (минуя бессознательное). Примером такого метода может быть «биоэнерготренинг» А.М. Васютина [14].

Итак, опираясь на вышеизложенное, можно констатировать, что методический аспект психосоматической работы с болезнями тела разработан в степени гораздо большей, чем аспект теоретический. По-видимому, решение последней задачи может потребовать большей интеграции психологического и медицинского знания. Все это вместе с обнадеживающим опытом применения психологических методов в исцелении болезней тела [1, 2, 3, 13] может стать достаточным стимулом для оптимизации взаимодействия медицины и психологии в деле излечения болезней тела.

**Список литературы**

Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб: Питер, 2001.

Ковалев С.В. Исцеление с помощью НЛП. М., : Из-во КСП+, 1999.

Беккио Ж., Росси Э. Гипноз 21 века. М.: Класс, 2003.

Хайкин А.В. Процессуальные методы постэриксоновской гипнотерапии в работе с кризисными состояниями//В сб.: «Психология кризиса и кризисных состояний. Материалы международного междисциплинарного симпозиума». Ростов-на-Дону, 2007.

Джендлин Ю. Фокусирование – Новый терапевтический метод работы с переживаниями. М.: Класс, 2000.

Минделл А. На краю жизни и смерти. М: Класс, 2000.

Минделл А., Минделл Э. Вскачь, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике. М.: Класс, 1999.

Курц Р. – Телесно-ориентированная психотерапия. Метод Хакоми. М.: Класс, 2004.

Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра – исцеление травмы. М.: АСТ, 2007.

Годэн Ж. Новый гипноз. Введение в эриксоновскую гипнотерапию. М: Из-во института психотерапии, 2003.

Гештальттерапия. Теория и практика. М: ЭКСМО, 2001.

Бендлер Р., Гриндер Д. Трансформэйшн. Сыктывкар: Флинта, 1994.

Андреас К. и Андреас С. Сердце разума. – Новосибирск: ЭКОР, 1995.

Васютин А.М. Психологический жень-шень. Эффективные техники саморегуляции. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004.