

ID: 2011-07-1151-R-1365

Обзор

Русина Н.А.

**Психологические основы психосоматики
(Психотерапевтические мишени в работе с пациентом
психосоматической клиники)***ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России (Ярославль, Россия)*

Rusina N.A.

Physiological basic for psychosomatics*Yaroslavl State Medical Academy (Yaroslavl, Russia)***Резюме**

Доказывается необходимость холистического подхода к лечению пациента и понимания его психосоматической реальности. Рассматриваются этапы психотерапевтической работы с пациентом психосоматической клиники: диагностика поведения по значимым ситуациям; маркировка эмоционального состояния и установление связи между эмоциями и физиологическим состоянием; изменение негативной установки пациента по отношению к отрицательным эмоциям; обучение моделям совладания; работа с фундаментальными мотивациями бытия.

Ключевые слова: холистический подход, дух, душа, телесность, психосоматика, эмоции, психотерапия, мотивация бытия.

Resume

The order of psychotherapy with psychosomatic patients is discussed: diagnostics of patient's behavior according to important situations; establishment of connection between emotions and physiological state; modification of his attitude to negative emotions; training of coping reactions; definition of existential motivation.

Keywords: holistic approach, spirit, soul, body, psychosomatics, emotions, psychotherapy, existential motivation.

Обратимся к приобретающей все большую убедительность парадигме медицины XXI века. Парадигма эта существовала в глубокой древности: холистический подход к человеку, соединяющий в единстве его тело (в нашей терминологии «телесность»), душу и дух. По мнению русского философа И.А. Ильина, ни тело, ни душа человека не свободны, ибо связаны законами времени и причинами вещественной природы. Только дух человека имеет дар – вывести себя внутренне из любого жизненного созерцания, противопоставить его себе, оценить его, избрать или отвергнуть. Современная ситуация бытия требует от человека гибкости, умения владеть обстоятельствами, прогнозировать, «чувствовать», знать, «ведать», быть в состоянии «Дао». Это возможно лишь в условиях духовного бытия, когда начинается освобождение человека от «зашлакованности» чужой и собственной самостью. Находим в известных школах близкие практики: «разотождествление» в психосинтезе, «кресение» в русской народной психологии, «очищение» в практиках Востока, «исповедь» в различных религиозных верованиях, «восхождение» в интегральном психоанализе.

Для понимания психосоматической реальности человека рассмотрим соотношение понятий телесности, души и духа. Разведение понятий «тело» и «телесность» имеет принципиальное значение. «Тело» означает, прежде всего, физический объект, не несущий субъектности. «Телесность» есть одухотворенное тело. Человеческая телесность является процессом онтогенетического, личностного развития – в широком смысле исторического развития и выражает культурную, индивидуально-психологическую и смысловую составляющие человеческого существа. Понятия «тело» и «телесность» отличает мера жизненности (примеры: близнецы, телесная терапия, танцующий, спортивный человек).

Телесность (плоть, живое тело, тель, динамическое тело) рассматривается как особый феномен и предметное поле психологических исследований, занимающих пространство «между» душой и телом, в его физическом понимании. Пространство «между» - пространство переосмысления, возникновения новых смыслов, пространство, соединяющее противоположности. Плоть омысливалась как «дом и зеркало души, а душа как дом и зеркало духа».

Телесность отражает все события и весь опыт, который мы приобретаем в процессе жизнедеятельности. Телесность хранит в себе все, что когда-либо было пережито: события, эмоции, стрессы и боль заключены в телесную оболочку. Хороший специалист всегда сможет угадать историю жизни человека, а также определить все несчастные случаи и заболевания, когда-либо происходившие с человеком, по строению и форме его тела, по его движениям, свободным или скованным, по напряжению в отдельных частях тела. В телесности записаны наши переживания, травмы, волнения, заботы и отношение к себе, к людям, к миру. Отрицать связь телесности и эмоций – обрекать себя на путь, порождающий развитие психосоматических заболеваний. Телесность есть одухотворенное тело.

Дух же является содержимым души. При этом душа, содержащая дух, наделяет им тело, которое приобретает телесность. Душа, при ее кажущейся непространственности, находится между духом и телом. Все вместе они образуют целостный состав человека. Примирение происходит в пространстве «между», где встречаются деятельный дух, страждущая душа с живыми, одушевленными движениями тела (телесностью).

Душа, как и телесность, может болеть. Душу, как и телесность, можно очищать, лечить, «целить». Термин «целительство» здесь наиболее уместен: делать целым, цельным то, что невозможно разделять и лечить отдельно.

Наибольшим образом нарушение этого триединства наблюдается в психосоматических расстройствах. Психосоматические болезни не случайно называют «болезнями цивилизации», «болезнями образа жизни». Я бы добавила: «болезнями души» (не смешивать с «душевными», т.е. психическими болезнями). Абсолютное единство тела и души отражается на нашем самочувствии. Каждое состояние, хорошее или плохое, является средством, с помощью которого нам даются указания о том, что происходит внутри нас. Например, болезни или несчастные случаи часто совпадают с переменами в жизни, такими как переезд, новый брак или новая работа. Внутренние конфликты в такое время могут легко нарушить равновесие в организме, вызвать неуверенность и страх. Это делает нас беззащитными перед агрессивными вирусами и бактериями. С другой стороны, заболевание дает нам время отдохнуть, настроиться на новое и привыкнуть к перемене. Болезнь говорит нам, что необходимо прекратить что-то делать, с ее помощью мы можем восстановить связь с теми частями тела, с которыми она была утрачена. Кроме того, мы можем обдумать свои дела, переосмыслить отношения с близкими и знакомыми. Таким образом, мы видим, как мудро сообщаются между собой телесность, душа и дух, находясь в непрерывном взаимодействии.

В отличие от неврозов, в основе которых лежит внутриспсихический конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение: вытесняется не только неприемлемый для сознания мотив, но и невротическая тревога по этому поводу, и все невротическое поведение в целом.

Неразрешимый конфликт мотивов (так же, как и неустранимый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения. Это создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний и проявляется в виде явной или скрытой, маскированной, депрессии. Какие конкретно органы и системы органов поражаются при этом — зависит от наследственной предрасположенности или от особенностей развития личности. Последние определяют и недостаточность механизмов психологической защиты

Известный врач-психотерапевт А. Менегетти считает, что ни одно психосоматическое заболевание не возникает по причине стресса, но стресс уже является собой результат, следствие, наблюдаемое в функционировании органа.

Пациенты с эмоционально обусловленными психосоматическими заболеваниями чаще всего сначала попадают на прием к врачу общего профиля. Каждый из нас имеет этот опыт: когда на приеме у врача в тебе видят только ту часть тела, которая в настоящий момент «болит». Но тело нельзя разделить на независимо функционирующие органы и системы, а всю их совокупность, в свою очередь, нельзя отделить от чувств и душевных переживаний. Болеющий человек остается целостным существом, и для того, чтобы разгадать тайну болезни, понять ее причину, проследить историю и выбрать наилучший способ лечения, — необходимо учитывать все сразу. Человек создан по законам гармонии, и телесность — это самое очевидное свидетельство тонкости и развитости разума.

В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования, освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения на психическое состояние.

Частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50%, а в общемедицинской практике - от 30 до 57%.

На мой взгляд, наиболее перспективным в XXI веке в исследовании причин психосоматических заболеваний будет энерго-информационный подход. А. Менегетти, как представитель этого направления, считает, что эмоция — это некое психическое присутствие, которое начинает соматизироваться. Когда высший разум пренебрежительно относится к урокам жизни, защищать индивидуацию вынужден разум более низкого уровня. Следовательно, если психика не находит решения в сознательной или бессознательной форме, то вмешивается соматика, предлагая альтернативное решение. Соматическая и психическая энергия различаются по скорости действия: соматическая — наиболее медленная, поэтому органическое заболевание представляет собой форму приспособления. В любом случае соматизация — это всегда результат инфантильной реакции «Я». По его мнению, болезнь представляет собой одну из возможных реакций, которые представлены человеку в безвыходном, на его взгляд, положении. Патологический симптом представляет собой чрезвычайное, частичное решение, принимаемое с целью ослабления напряжения и выполняющее двойную функцию: удерживает запретное влечение (или стремление, рассматриваемое субъектом как недостойное) вытесненным и одновременно удовлетворяет его на бессознательном уровне. Болезнь становится подавляющим и регрессивным объектом, позволяющим вывести скрытую борьбу наружу. Кажется, что бороться с внешними формами легче, нежели с внутренними. И организм начинает бороться с помощью больного органа.

Не существует никакого таинственного скачка от психики к коме, а мы имеем дело с непрерывностью, идентичностью, выраженной на разных языках одной и той же формы идентичного оперативного значения, смыслового содержания, то есть, энергия и информация представляют собой совместно действующие формы.

Психотерапевт Рудигер Дальке считает, что болезнь – это язык, речь субъекта и представляет собой путь человека. Немецкий врач Рудольф Вирхов отмечает, что болезнь есть стесненная в своих проявлениях жизнь.

По мнению Артура Менегетти, болезнь есть поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации. Нередко болезнь становится катарсисом, духовным лекарством, если она осознается субъектом (пример: онкологические больные). Перед лицом смерти возникает удивительный феномен: возрастает значение духовных ценностей и обесцениваются материальные. И не потому ли это, что человек начинает осознавать правоту пословицы: "У погребального савана карманов нет?" И не потому ли это, что смерть придает смысл жизни, а смысл смерти придает то, что за ее порогом?

Если говорить о личности психосоматического больного, то предполагается существование препсихосоматического личностного радикала - того радикала личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте, чаще у лиц холерического и флегматического темпераментов. Основной причиной формирования этого радикала является ущемление фундаментальных притязаний личности, особенно чувства достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта. Для всех психосоматических личностей в той или иной степени характерно общее: ущемленность, а поэтому обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей, что проявляется в неадекватности притязаний, составляющих жизненный замысел индивида.

Психосоматический субъект отделен от своего бессознательного и тесно привязан к окружающему миру. Психосоматическая регрессия расценивается как регрессия "Я" на примитивный защитный уровень с тенденциями в виде соматизации. Психосоматическая структура личности в большой степени определяется понятием "алекситимия". Отмечают, что для больных характерны своеобразная ограниченность способности фантазировать, типичная неспособность выражать переживаемые чувства, высокая приспособленность к товарищеским отношениям, неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью другого человека. Отсюда становится понятным, почему потеря этой "ключевой фигуры" так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале болезни.

Первое, что фиксируют медицинские психологи/психотерапевты в психосоматической клинике, это подавленные эмоции пациента. Подавление эмоций является маркером психосоматической природы заболевания. Поэтому начальный этап работы - подбор инструментария обследования, адекватного каждой нозологии. Традиционно психологические исследования в психосоматической клинике посвящены изучению личностных особенностей пациента, семейных отношений, родительских директив. Для того, чтобы приблизить психологическую диагностику к практике, психолог должен направить ее на выбор психотерапевтической и психокоррекционной мишени. В этой связи становится актуальным анализ личностных и средовых ресурсов пациента.

Важно использовать не только психологические тесты, но и уметь диагностировать поведение пациента по значимым ситуациям. Благоприятной основой для работы является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни. Выянить типы семейных проблем и актуальные способности можно, следуя теории позитивной психосоматики Н. Пезешкиана. Для этого необходимо протестировать пациента через значимые для него ситуации.

Психотерапевт провоцирует процесс, при помощи которого мобилизуются заблокированные персональные силы в человеке. Задача - следить за невербальными проявлениями пациента. Маркером является появление реакции, которая начинает сопровождаться изменениями в теле. Признаками положительного эффекта работы являются жестикуляция, блеск в глазах, эмоциональность в речи. Итогом диагностической ситуации оказывается осознание пациентом внутреннего конфликта между его природной эмоциональностью и необходимостью сдерживать подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но вынужден мириться в силу привычки. Он становится готовым к «встрече с самим собой». Пациент должен осознать, как конфликт заставляет его реагировать определенной частью тела, органом: «реагировать кожей», «сдерживать дыхание», «плакать сердцем и т.п.

Второй этап - работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическим состоянием, трудностей понимания и выражения чувств. Задача психолога/психотерапевта помочь пациенту маркировать его эмоциональное состояние и перейти к тренировке способности распознавания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, расширения эмоционального словаря.

Третий этап работы - изменение негативной установки пациента по отношению к отрицательным эмоциям, выявление причин, кто и когда «запретил» ему выражать отрицательные эмоции, фокусировка внимания на модуле переживания.

Как только он начинает отслеживать ситуации, в которых у него возникает ухудшение самочувствия, и научится связывать свое болезненное состояние с эмоциональным сдерживанием, переходим к четвертому этапу:

обучению моделям совладания. Работа может осуществляться в техниках нейролингвистического «якорения» ресурсных состояний пациента, в которых ему бывает комфортно, медитативных техниках, обучении мышечной релаксации и глубокому дыханию.

Пятый этап - самый сложный: работа с фундаментальными мотивациями (по Альфреду Лэнгле в теории и практике экзистенциального анализа). Работа с первой мотивацией – «я есть, но каким образом мне справиться со своим бытием?» – заключается в поиске внутренней опоры и развитии фундаментального доверия. Можно применить когнитивно-эмоциональную психотерапию с базисными убеждениями.

Работу со второй мотивацией – «я есть, но как сделать, чтобы мне хорошо было здесь жить?» - можно осуществлять в техниках психосинтеза через согласование противоречивых субличностей пациента, наполняя чувствами пространство собственного бытия пациента.

Поиск третьей мотивации – «я есть я, но имею ли я право быть собой?» - должен привести пациента к аутентичности. Работа может осуществляться как в техниках психосинтеза через отождествление/разотождествление, самоотождествление, «постижение своего я», так и с применением психодрамы и гештальт-терапии.

Определение четвертой мотивации – «я есть, но каков смысл моей жизни в этом мире?» - заключается в работе с ценностями, конструировании новых смыслов, целеустройении и может выполняться с помощью техник рационально-эмотивной терапии.

Заключение

Недооценка важности внутреннего мира самого больного, его личностных особенностей, отношение к заболеванию и лечению, к своему будущему не позволяет осуществить целостный подход к лечению болезни, а это в свою очередь, не позволяет использовать психологические ресурсы личности для приспособления к болезни и преодоления ее последствий.