

Работа с психосоматикой в диалогово-феноменологической психотерапии

ПЕТРОВ С.В.

Психолог, гештальт-терапевт, доцент кафедры «Методология и методы психологических исследований» БГПУ им. М. Танка

В этой статье изложены причины возникновения психосоматических заболеваний и принцип работы с ними в диалогово-феноменологической психотерапии.

Ключевые слова: психосоматика, медицина, психология, диалогово-феноменологическая модель, эмоции, переживание, осознание, свобода выбора.

Психосоматика — направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний. [1]

Среди многих практикующих психологов, а также в альтернативной медицине в настоящее время бытует мнение, что все болезни человека возникают по причине психологических несоответствий и расстройств, возникающих в душе, в подсознании, в мыслях человека. Даже есть такая шутка, что все болезни от нервов, кроме венерических — они от удовольствия. Однако как показывает практика, все намного сложнее, поэтому в медицине исследуются не только «психосоматические расстройства», которые представляют собой соматические заболевания, обусловленные психогенными факторами, но и также влияние соматических болезней на психику человека [10].

Психосоматическая медицина развивается с начала прошлого века. Ею активно занимались такие врачи как С. Джеллифф, Ф. Александер, Э. Берн, С. Инглиш и др. В 1939 году в США начал издаваться журнал «Психосоматическая медицина», а в 1950-х годах было создано Американское психосоматическое общество. В рамках данного направления проводились исследования на установление связи между характеристиками личности и предположительно связанными с ними соматическими заболеваниями. В качестве характеристик личности рассматривались конституциональные особенности; черты характера и личности; стили поведения; типы эмоциональных конфликтов и др.

Многие врачи связывают соматические заболевания психологическими причинами. Так Холлидей относил к психосоматическим заболеваниям нейродермит, мигрень, люмбаго, язву, колиты, гипертонию, бронхиальную астму, экзему, псориаз. Ф. Александер относил также диабет, кожные болезни, болезни суставов и скелетной мускулатуры (артрит). [2, 3] По поводу некоторых заболеваний по настоящее время ведутся споры,

включая химическую чувствительность, синдром хронической усталости. Некоторые люди полагают, что стигматы — это психосоматическое заболевание, основанное на отождествлении себя библейскими мучениями Христа. Наиболее изменчивые психологические факторы следующих заболеваний и симптомов: бронхиальная астма, синдром раздраженной толстой кишки, эссенциальная артериальная гипертензия, головная боль, мышечные напряжения, головокружения, вегетативные расстройства типа панических атак.

Для того чтобы описать процесс возникновения и развития психосоматического заболевания, рассмотрим как функционирует наша психика, а точнее обозначим роль и значение чувств и эмоций, испытываемых нами в повседневной жизни. Вопрос о том, какой функциональный смысл несут в себе субъективные переживания и их роли в поведении — одна из важнейших проблем науки о мозге [4]. Представляя собой результат синтеза информации, психические феномены содержат интегрированную оценку ситуации, способствуя тем самым эффективному нахождению поведенческого ответа. Элементы обобщения содержатся в самых простых психических феноменах, таких, как ощущение, эмоции. Эмоции человека — это психологическая реакция на то что происходит с ним в данный момент времени. По тем эмоциям, что мы испытываем и осознаем можно сказать о нашем отношении к происходящему и о том, насколько удовлетворяются наши желания основанные на наших потребностях. Фактически эмоции в психической жизни человека играют ту же роль, что и телесные ощущения которые мы испытываем в своем организме (боль, голод, жажду, холод и тд). Если мы не будем прислушиваться к биологическим сигналам нашего тела, то мы рискуем тем, что оно может заболеть, травмироваться, а то и умереть. А вместе с ним погибнем и мы, как личности. Настолько же важны для здорового функционирования психики и нашего физического тела эмоции, которые мы испытываем в жизни. По этой причине немного по-



говорим о том, как они возникают, о чем они говорят и как с ними обращаться.

Часто в бытовой психологии можно слышать такую классификацию эмоций – плохие и хорошие (отрицательные и положительные). На самом деле по своей сути они нейтральны и несут человеку важную информацию о том, насколько в настоящий момент удовлетворяются его потребности. И то, какую полярность они примут и насколько они будут интенсивны, во многом зависит от степени нашего удовлетворения, а также насколько мы способны переживать эти эмоции. Под «переживать эмоции» в данной статье понимается следующее: давать жить тем феноменам контакта, которые клиент и терапевт взаимодействуя, осознают в данный момент времени. Переживать, это значит, что клиент осознает феномены контакта (эмоции, мысли, желания, фантазии), пропускает их через себя, остается с ними, живет ими. При этом делится тем, что с ним происходит с терапевтом. Тот в свою очередь прислушивается к себе, осознает доступный ему спектр феноменов и возвращает клиенту, что с ним сейчас происходит в данный момент в связи с его словами и сложившейся ситуацией. Это снова вызывает отклик у клиента, при этом феномены у него могут видоизменяться и он их опять предъявляет терапевту. И так далее. Переживание, это процесс, который происходит в момент контакта в данном случае клиента и терапевта. [5]

Остановлюсь подробнее на механизме появления и осознания нами эмоций. Когда в жизни человека что-то происходит, на пример ему говорят – выпей тебе воды (а пить очень хочется, жажда просто мучает и попросил же об этом), то в теле происходят какие-то изменения. На пример сжимаются кулачки, сжимаются зубы по причине выброса определенных биологических жидкостей (гормонов например). Поэтому, что произошло с его телом, он осознает, а именно злость. Здесь важный момент – не наоборот, вначале я осознал злость, а затем сжался зубами, а именно вначале идут телесные проявления, а затем мы осознаем эмоцию. Учат нас распознавать эмоции, как правило, наши родители, близкие родственники. Например, это может происходить следующим образом. О, смотри, как он (она) кулачки сжал, как золотит ногами – злится. А вот он улыбается, глаза блестят – радуется. И так далее. И соответственно этот репертуар эмоций, который значимые для нас взрослые освоили тот мы и усвоим. И здесь важно упомянуть о таком состоянии как алекситимия. Алекситимия буквально означает «без слов, без чувств» или в близком переводе «нет слов для называния чувств». Этот термин ввел в 1973 году Сифнеос. Алекситимия является психологической характеристикой определяемой следующими когнитивно-аффективными способностями:

1) трудность в определении и описании собственных чувств.

2) Трудность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями.

3) Снижением способности к символизации. О чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения.

4) Фокусированием в большей мере на внешних бытиях, чем на внутренних переживаниях.

Клинический опыт подтверждает концепцию алекситимии в том отношении, что многие соматически больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии. Она может встречаться как у здоровых людей, так и у больных различными заболеваниями. [2] Тема работы с алекситимиками, это отнюдь не большая тема, поскольку важны причины возникновения данного явления, а они не всегда однозначны. Поэтому продолжим рассмотрение, что же происходит с человеком, если он в принципе в состоянии определить что за эмоции (чувства) он испытывает.

И так задача эмоций просигнализировать нам о степени удовлетворения или неудовлетворения на настоящий момент наших желаний (потребностей). Не больше, не меньше, это как механизм обратной связи. Конечно, настройки данного механизма могут быть очень разными. Однако для данного повествования важен сам факт присутствия данных настроек. Тогда в идеале получается, что как только мы осознали какую либо эмоцию, поняли о том, что она нам сигнализирует и отнеслись к этому как-то, то есть внесли ее в акт переживания с другим человеком (или каким либо другим образом). И тогда появившаяся энергия в организме будет потрачена или во что-то преобразована. А что происходит, если мы не переживаем появившуюся эмоцию (оставим пока в стороне причины по которым мы это не делаем), а либо закрываемся от нее, либо терпим, либо вообще не осознаем.

Многие в своей жизни сталкивались, например, с таким феноменом отношений. Вроде бы все хорошо в семье, нет ссор (хотя по большому счету этот показатель может говорить о том, что в семье не все в порядке). И вдруг один из супругов как «взорвется», как поведет себя неадекватно из-за какого-то пустяка (если судить со стороны). Тогда в бытовой психологии говорят – у него накопилось. Да, действительно, та энергия, которую мы распознаем как эмоцию, никуда из тела не уходит, она накапливается. Причем основой данной энергии являются физиологические процессы в организме, например выделение определенных гормонов, к примеру, адреналина при злости.

Конечно же, психическая деятельность проявляется вовне в результате предшествующего сложного субъективного опыта человека. Естественно, что в основе субъективных категорий лежат сложные физиологические процессы. Последние обеспечиваются не менее слож-

ными химическими изменениями жизнедеятельности организма, и в первую очередь центральной нервной системы. Таким образом, психический акт всегда сопровождается, видимо, специфическими для него физико-химическими сдвигами в организме, которые, меняя гомеостаз (постоянство) метаболических процессов, развертываются в микроинтервалах времени и пространства [2].

При острых и массивных изменениях психики (на пример в состоянии страха, сильного стыда) резкий рефлекторный кортико-висцеральный сдвиг немедленно порождает не только метаболические, но и собственно висцеральные, вегетативные изменения, вплоть до спазма кровеносных сосудов, бронхов, кишечника со всеми вытекающими отсюда последствиями для организма, его систем и органов, в том числе самочувствия человека. При этом, естественно, особенно существенные сдвиги происходят в наиболее реактивных системах организма, а декомпенсации в первую очередь следует ожидать от систем органов, составляющих *locus minoris resistentia* – место наименьшего сопротивления.

Таким образом, многократное игнорирование эмоциональных сигналов психики, которое происходит по разным причинам, приводит к декомпенсации в организме человека, на пример хронически повышается давление, появляется сыпь на коже и другие симптомы, свидетельствующие об определенном соматическом заболевании. Чаще всего в таких случаях большинство людей идут к врачам и пытаются найти физические причины проявившейся болезни. После неоднократных обследований, подтверждающих отсутствие физических предпосылок к заболеванию, некоторые из них оказываются на приеме у психолога. И здесь мы с вами подошли к главному моменту данного повествования – как же в диалогово-феноменологической терапии работают с психосоматическими заболеваниями, что же делать когда такой клиент приходит к нам на терапию. Начну свой ответ с парадокса. В диалоговой модели непосредственно с психосоматическим заболеванием не работают. Избавление от симптомов в данном виде терапии имеет вторичное значение. Поясню свой тезис.

Поскольку жизнь человека является отражением контакта, поскольку ее качество зависит от качества контакта, в который вступает человек. Симптом любой тяжести, с которым ощущается клиент, является тем или иным способом строить контакт, удовлетворяя в нем различные потребности. Поэтому в фокус внимания психотерапевтического процесса в диалогово-феноменологической модели помещается не сам симптом, а процесс контактирования, побочным продуктом которого он является. Симптом выступает лишь сигналом о том, что контакт строится не самым оптимальным образом. Таким образом, целью диалогово-феноменологической психотерапии выступает восстановление естественного течения переживания в процессе контакта, поскольку

последний выступает единственно возможным пространством существования переживания. [6]

Фиксация психологом в процессе психотерапии на избавлении клиента от мучающих его симптомов скорее блокирует процесс переживания, нежели поддерживает его. А поскольку существование симптома производит эффект блокирования или деформации переживания, то фиксация его в качестве цели психотерапии парадоксальным образом обрекает нас на неудачу. Пытаясь избавиться от симптома, мы только еще жестче фиксируем его значение в поле.

Тогда как же, исходя из вышесказанного, работают с психосоматикой в диалоговой модели психотерапии? В начале терапии устанавливается присутственный контакт психолога и клиента. Это основа дальнейшей работы, поскольку переживание возможно только в присутственном контакте, когда психолог и клиент присутствуют в момент терапии своими жизнями в жизни друг друга. И в зависимости от личности клиента это может занять от нескольких минут, до нескольких месяцев кропотливой работы. И здесь возможны следующие нюансы, которые могут дать знать о себе на этом этапе терапии. Большинство клиентов приходят к психологу для того, чтобы им перестало быть плохо (как правило, в этом случае клиенту бывает сложно сформулировать, зачем ему избавление от плохого состояния), реже чтобы ему стало хорошо (эти, как правило, четче представляют, что значит для них хорошо). И зачастую на этом этапе терапевт сталкивается с непониманием клиента – для него ему с терапевтом устанавливать присутственный контакт. К психологу он (она) пришел, чтобы от болезни избавиться, а не слушать о реакции психолога на его способы выстраивать контакт с другими людьми. И на этом этапе некоторые клиенты могут покинуть терапию в поисках «правильного» с их точки зрения психолога и метода терапии. Однако как показывает практика уже при появлении в контакте психолога и клиента элементов присутствия, в жизни последнего начинают происходить изменения, пусть незначительные, но происходить. Например, улучшается сон, уменьшается головная боль, снижается давление. Иногда изменения малозаметные, однако, ввиду важности этого процесса для развития терапии, психологу нужно акцентировать на этом внимание своих клиентов. Личное убеждение автора, наиболее эффективная терапия – терапия малых шагов. Быстрые изменения могут быть не только не полезны, но даже вредны для человека, поскольку значительные изменения, произошедшие вдруг, могут сильно destabilизировать его психику, значительно сильнее, чем болезнь, по поводу которой он пришел.

И так, основной целью диалоговой терапии является восстановления переживаний в контакте. Этому посвящены практически все сессии с психосоматическими клиентами. Поскольку у них нарушен процесс переживания, такие клиенты оказываются не в состоянии

переживать в контакте с другими людьми определенные феномены (эмоции, мысли, фантазии и тд.), осознание которых для них часто сопровождается душевной болью. Поэтому во избежание боли феномены контакта ими часто игнорируются, либо не осознаются. Однако, в процессе терапии при повышении чувствительности и осознания у соматических клиентов некоторые феномены (эмоции, фантазии, мысли) начнут вызывать у них сильную психическую боль. От этой боли клиент в свое время «благополучно убежал» в болезнь, а в процессе успешной терапии, вновь непременно столкнется. И трудность данного этапа заключается в возможности клиента и терапевта выдержать проявившуюся боль и не разорвать контакт. Иногда на этом этапе клиенты прекращают терапию, ввиду непереносимых для них психических страданий, вызванных невозможностью переживать все осознаваемые ими феномены контакта. И я думаю, что клиент до и в процессе терапии на это должен иметь право, чтобы не оказаться в ситуации заложника терапии.

Лично у меня, как правило, вызывают уважения мужчины и женщины, которые для изменения своей жизни рискуют идти в сложные для них переживания в контакте с психологом. И что важно, душевная боль (или другие неприятные для клиента ощущения) у них преобразуется в результате переживаний во что-то другое. На пример сильный, непереносимый страх может трансформироваться в интерес, грусть, признательность. Сильнейшее отвращение в благодарность, грусть, удивление. Одно из достоинств процесса переживания, которое в то же время и пугает некоторых людей, это отсутствие четкого результата, который нужно достигнуть в результате терапии. На мой взгляд, это позволяет позволить процессам протекать естественно, без концептуального насилия со стороны участников контакта. И, как следствие, получить результат наиболее подходящий (оптимальный) в настоящее время в сложившейся для клиента ситуации.

Повторюсь, работа с психосоматическими клиентами ведется в направлении восстановления их чувствительности, осознанности, повышения свободы выбора. Причем реализуется все это в присутственном контакте с психологом. Важно отметить, что последний выступает не как образец для подражания – делай как я и все у тебя будет хорошо. А скорее психолог обращает внимание клиента на процессы, происходящие в поле, в частности в контакте психолог-клиент. В процессе терапии у клиента формируется навык замечать, что происходит с ним в его собственной жизни. Этот навык закрепляется и затем вне терапевтического контакта может быть применен им в контакте с другими людьми, или образами (на пример в молитве или медитации). Причем переживание в присутственном контакте, а точнее витальность данного процесса, являются тем самым зарядом энергии, который позволяет человеку изменять свою жизнь, находить ответы на важные для него вопросы.

Другой способ обращения с витальностью контакта является концептуализация процессов происходящих в жизни человека. При этом вся энергия контакта уходит на поддержание концепций – четких последовательностей действий, поступков, реакций, в том числе уже стойко сформировавшейся концепции болезни. Поэтому причине в диалоговой модели не работают с болезнью, с ее симптомами, поскольку это только укрепляет концепцию. А работают с восстановлением естественного процесса переживания, именно там возможно рождение нужной энергии для жизни.

Зачастую в процессе терапии разговоры в сессиях постепенно уходят от вопросов связанных с психосоматическим заболеванием. Постепенно для клиента его собственная жизнь становится интереснее его болезнью, формируются другие способы выстраивать контакт с разными людьми, отличные от тех, которые привели к заболеванию. Таким образом, к «окончанию» терапии исчезает наглядность в психосоматической болезни, однако ее прекращение и значительное уменьшение является лишь побочным продуктом терапии основанной на диалоге. Слово окончание терапии я взял в кавычки, поскольку терапия в принципе может не заканчиваться никогда. Даже когда клиент уже больше не посещает психолога. Саморефлексия, умение использовать контакт для переживания своей жизни остаются с ним, и могут быть использованы для самоизучения.

Литература:

1. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Психосоматика>
2. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. – 2-у издание, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1984, 272 с., ил.
3. Франц Александер. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение = Psychosomatic Medicine it's Principles and Applications / Пер. с англ. С. Могилевского. - Москва: Эксмо-Пресс, 2002. - 352 с. - 4000 экз. - ISBN 5-04-009099-4.
4. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб; Питер, 2004. – 960 с.
5. Погодин И. А. Фундаментальный парадокс присутствия: диалогово-феноменологический путь к трансформации реальности // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сборник статей. В 5 томах. Т2 (10): Фундаментальный парадокс присутствия и теория поля в психотерапии переживанием/ И.А.Погодин. – К: Издательский дом Дмитрия Бурого, 2013.- 108 с.
6. Погодин И. А. Диалоговая модель гештальт-терапии: сборник статей. В 5 т. Т. 5, кН. 1. Психотерапия переживанием / И. А. погодин. – минск: Бизнесофсет. 2011. – 10 с.

