

**НАУЧНАЯ ДИСКУССИЯ:
ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ
И ПСИХОЛОГИИ**



№ 6(63)

ISSN 2309-2742



9 772309 274772 >

Москва, 2017

**НАУЧНАЯ ДИСКУССИЯ:
ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ
И ПСИХОЛОГИИ**

*Сборник статей по материалам LXIII международной
научно-практической конференции*

№ 6 (63)
Июнь 2017 г.

Издается с мая 2012 года

Москва
2017

УДК 37.01
ББК 74.00
НЗ4

Ответственный редактор: Бутакова Е.Ю.

НЗ4 Научная дискуссия: вопросы педагогики и психологии.
сб. ст. по материалам LXIII междунар. науч.-практ. конф. –
№ 6 (63). – М., Изд. «Интернаука», 2017. – 66 с.

СЕКЦИЯ 2.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

2.1. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПСИХОСОМАТИКА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДИАЛОГОВО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Петров Сергей Викторович

*психолог, гештальт-терапевт,
доцент кафедры «Клинической и консультативной психологии»
БГПУ им. М. Танка,
Республика Беларусь, г. Минск*

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

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

Психосоматическая медицина развивается с начала прошлого века. Ею активно занимались такие врачи как С. Джелифф, Ф. Александер, Э. Вейсс, О. Инглиш и др. Многие врачи связывают соматические заболевания с 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) [1, 2].

Для того чтобы описать процесс возникновения и развития психосоматического заболевания, 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 [3].

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 т. д). По этой причине немного поговорим о том, как они возникают, о чем они говорят и как с ними обращаться.

По своей сути эмоции 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 [4].

Остановлюсь подробнее на механизме появления и осознания нами эмоций. Когда в жизни человека, к примеру, происходит фрустрация его потребностей, то в его теле происходят какие-то изменения. Например, сжимаются кулаки, стискиваются зубы по причине выброса определенных биологических жидкостей (к примеру, гормонов). По тому, что произошло с его телом, человек осознает – я сейчас злюсь. Именно в этой последовательности, вначале идут телесные проявления, а затем мы осознаем эмоцию. Учат нас

распознавать эмоции, как правило, наши родители, близкие родственники. И соответственно тот репертуар эмоций, который значимые для нас взрослые имеют в своем арсенале, мы и усвоим.

Задача эмоций просигнализировать нам о степени удовлетворения или неудовлетворения на настоящий момент наших желаний (потребностей). Не больше, не меньше, это как механизм обратной связи. В идеале, 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 адекватно потрачена или во что-то преобразована. Что же происходит, если мы не переживаем появившуюся эмоцию, а либо закрываемся от нее, либо терпим, либо вообще не осознаем.

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 сложными 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 [1].

При острых и массивных изменениях психики (например 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, например, хронически повышается давление, появляется высыпания 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.

Рассмотрим, как же в диалогово-феноменологической терапии работают с психосоматическими заболеваниями. Поскольку жизнь человека является отражением контакта, постольку ее качество зависит от качества контакта, в который вступает человек. Симптом любой тяжести, с которым обращается клиент, является тем или иным способом строить контакт, удовлетворяя в нем различные потребности. Целью диалогово-феноменологической психотерапии выступает восстановление естественного течения переживания в процессе контакта, поскольку последний выступает единственно возможным пространством существования переживания [5].

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. 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 дестабилизировать его психику, значительно сильнее, чем болезнь, по поводу которой он пришел.

И так, основной целью диалоговой терапии является восстановления переживаний в контакте. Поскольку у них нарушен процесс переживания, такие клиенты оказываются не в состоянии переживать в контакте с другими людьми определенные феномены, 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 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. И что важно, душевная

боль (или другие неприятные для клиента ощущения) у них преобразуется в результате переживаний во что-то другое. Например сильный, непереносимый страх может трансформироваться в интерес, грусть, признательность. Сильнейшее отвращение в благодарность, грусть, удивление.

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. По этой причине в диалоговой модели не работают с болезней, с ее симптомами, поскольку это только укрепляет концепцию.

Постепенно для клиента его собственная жизнь становится интереснее его болезней, формируются другие способы выстраивать контакт с разными людьми, отличные от тех, которые привели к заболеванию. Таким образом, к «окончанию» терапии исчезает надобность в психосоматической болезни, однако ее прекращение или 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.

Список литературы:

1. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. – 2-е издание, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1984, 272 с., ил.
2. 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.
3. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2004. – 960 с.
4. Погодин И.А. Фундаментальный парадокс присутствия: диалогово-феноменологический путь к трансформации реальности // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сборник статей. В 5 томах. Т 2 (10): Фундаментальный парадокс присутствия и теория поля в психотерапии переживанием/ И.А. Погодин. – К: Издательский дом Дмитрия Бурого, 2013. - 108 с.
5. 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.