

Диагностика и лечение психосоматической патологии

ID: 2011-07-1151-R-1328

Обзор

Хайкин А.В.

К вопросам, моделям и методам психосоматики

Тренинговый центр «Практики самоисцеления» (Ростов-на-Дону, Россия)

Khaikin A.V.

To the issues, models and methods of psychosomatics.

Training Centre "Practice self-healing" (Rostov-on-Don, Russia)

Резюме

В статье анализируются актуальные вопросы психосоматики, приводится обзор моделей психосоматогенеза. Описана структура психосоматической работы и методов, соответствующих каждому разделу этой структуры. Особое место уделяется методам процессуальным. Изложены гипотезы автора о возможной глубинно-психологической причине онкозаболеваний и о природе эффекта «плацебо». Описано несколько авторских техник для работы с психосоматикой.

Ключевые слов: психосоматика, онкология, плацебо, процессуальные методы

Современной психосоматике примерно столько же лет, сколько современной психотерапии. А идея важности психических факторов как в возникновении болезней тела, как и в исцелении от них, наверное, такая же древняя как сама медицина. Однако современная «материалистическая» медицина очень долго и старательно «очищалась» от признания возможной роли психического в процессах заболевания и исцеления. В настоящее время довольно солидная часть врачебного сообщества разделяет мнение, что если психосоматические заболевания существуют, то к ним можно отнести только те случаи, когда симптом есть, а явных медицинских причин для его возникновения нет, или, в лучшем случае, к психосоматическим относят «александеровскую семерку». В противоположность этому довольно большая часть современных психологов и психотерапевтов, а так же некоторая часть соматических врачей, занимающихся этим вопросом, полагают, что глубинной причиной любого (или почти любого) соматического заболевания являются неразрешенные душевные конфликты. Таким образом, их разрешение не только может способствовать выздоровлению, но при чисто медицинском излечении болезни и профилактировать эффект «замены симптома». Более того, проработка психологических причин болезни вместе с мобилизацией психологическими же способами внутренних исцеляющих механизмов (которые, например, проявляются в случаях спонтанной ремиссии и при «эффекте плацебо») вполне может быть альтернативой медицинскому лечению. Обширный опыт практиков психосоматического подхода позволяет говорить об этом, как о факте. (Например, очень показателен опыт работы с тяжелыми случаями онкозаболеваний в центре супругов Саймонтонов[1].) Однако, недостаток осведомленности о возможностях этих, показавших свою эффективность подходов, существует не только в широкой медицинской среде, но и в общественном сознании, то есть среди возможных пациентов. И, конечно же, более широкой распространенности психосоматических методов в ряду других причин препятствует недостаточная изученность важнейших теоретических и методологических вопросов психосоматики. Разрешение этих вопросов, несомненно, может позволить вывести эффективность психосоматических методов, а так же медицины в целом на качественно иной уровень.

Рассмотрим эти вопросы в их логической последовательности. Прежде всего, это, конечно, вопросы:

1. «Каково соотношение и взаимодействие психических и физиологических, материальных факторов в генезе болезни тела?» и
2. «Каков механизм превращения неразрешенного внутриспсихического конфликта и неудовлетворенной психологической потребности в соматическое заболевание?». Уже от решения этих вопросов зависят ответы и на следующие:
3. «Какие из болезней тела можно отнести к психосоматическим?» и
4. «Каковы возможные перспективы развития эффективности и сферы применения развивающихся психологических (психотерапевтических) методов в исцелении телесных болезней?». Этот вопрос так же связан со следующими:
5. «На какие внутренние психологические и физиологические системы опирается процесс самоисцеления в случаях спонтанной ремиссии и проявления «эффекта плацебо?»»
6. «Каковы способы произвольного запуска этих «сверхэффективных» механизмов?».

В психотерапевтической и психологической литературе существует множество разнообразных моделей, описывающих психосоматогенез. По мнению автора их можно сгруппировать в десять основных моделей, которые приводятся ниже без ссылок на конкретные психотерапевтические системы и конкретных авторов.

«Символическая» модель исходит из того, что вытесненные в бессознательное потребности и конфликты «пытаются» пробиться в сознание через болезнь, символизирующую вытесненное. Болезненные симптомы напоминают нереализованные, заблокированные эмоции и действия. Например, невыплаканные слезы выражаются в виде насморка. Следующие пять моделей 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.

Модель «дефицита впечатлений» имеет в основе гипотезу, что эмоциональные впечатления, особенно положительные превращаются в нервной системе в вещества также необходимые организму, как витамины. Люди, которым внутренние конфликты не позволяют жить «здесь и сейчас» недополучают эмоциональных впечатлений и, как следствие, болеют.

«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 неосознанно 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.

Модель «очищения» так же предполагает, что болезнь имеет свою функцию и как и следующая модель может рассматриваться как частный случай предыдущей. В данном случае болезнь или как бы уничтожает, «ампутирует» часть тела, которая была «осквернена» (например при изнасиловании), или «очищает» весь организм и душу, наказывая страданием.

Модель «танатическая»: болезнь осуществляет медленное самоубийство, причем потребность, стоящая за стремлением к смерти может быть разной природы

«Процессуальная» модель или модель «развития» 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 смысл духовного развития.

Как мы видим, часть моделей психосоматогенеза описывает его, как следствие внутрипсихического конфликта, а часть – приписывает болезни полезную функцию, реализуемую весьма неполезным способом. Требуется дальнейшего анализа и вопрос о том, на сколько вышеизложенные модели являются взаимодополняющими описаниями одного процесса «под разным углом», где в каждой в качестве главного выделяются просто разные аспекты единого механизма, а на сколько эти разные модели являются описаниями генеза различных нозологий. В целом необходимо отметить, что далеко не во всех моделях делаются попытки описать сам механизм перехода психологических проблем в патологические физиологические процессы. Позитивным эффектом каждой модели, конечно же, является указание на возможный способ психотерапевтического вмешательства в психологические причины соматического заболевания. Естественно, каждая модель «тяготеет» к определенной психотерапевтической системе. Так же спорным остается и вопрос о целесообразности ассоциирования конкретных нозологий с определенными типами психологических проблем. Такой взгляд, по-видимому, адекватен целям научного исследования, но в каждом отдельном терапевтическом случае важен так же и совершенно индивидуальный подход.

В контексте отношений конкретного диагноза и конкретной психологической проблемы автор полагает уместным привести свою гипотезу о психологическом, а точнее, психобиологическом механизме порождения онкозаболеваний. Как известно, одноклеточные не подвержены механизму старения – апоптозу, как клетки организма многоклеточного. По-видимому, это «компенсация» за высокую адаптивность и выживаемость под воздействием внешних факторов, которую приобретают многоклеточные и которой нет у одноклеточных.

Атипичные клетки раковой опухоли так же не подвержены апоптозу. А бурный рост количества атипичных клеток и «подыгрывающий» этому процессу недостаточно активный иммунитет могут быть выражением протеста, «бунта» на глубинно-психологическом, психобиологическом уровне против необходимости стареть и умирать от старости. Попыткой заменить «смертные» клетки «бессмертными». Однако, по известным причинам эта попытка достичь бессмертия приводит к противоположному – еще более ранней смерти организма. Видимо часть психики и организма в целом, которая «ответственна» за этот процесс «не знает» к чему он приведет. Исходя из этой гипотезы можно строить стратегию психотерапевтической (психологической) работы. Например, в гипнотерапевтическом подходе, использовать метафоры, метафорические истории, описывающие вышеизложенный сюжет. (Конечно, автор не имеет в виду отсутствие других возможных психологических причин в генезе онкозаболевания.)

В контексте вопросов об эффекте «плацебо» автор полагает полезным привести свою гипотезу, возможно «проливающую свет» на сущность «плацебо». Один из вопросов, связанных с исследованием этой темы и представляющих, по мнению автора, серьезный интерес – вопрос: «зачем, будучи полностью уверенным в совершенно исцеляющем воздействии внешнего средства («плацебо»), человек непроизвольно запускает исцеляющие силы организма и психики?». Возможный ответ таков. Исцеляющие механизмы можно разделить на «статические» и «динамические». «Статические» более ориентированы на остановку болезненного процесса, («чтобы не стало хуже»), например, воспаление. Причем, «статические» механизмы при своей работе блокируют не только распространение и развитие болезненного процесса. Глобальный запуск останавливающего «статического» процесса блокирует и работу «динамического». «Динамические» механизмы, (а «сверхэффективные» относятся именно к ним), направлены на то, чтобы «стало лучше», они как бы не борются с болезнью, а скорее именно генерируют здоровье. Еще одно их отличие – это то, что они работают безотносительно различных условий. «Статический» же механизм, получив информацию о том, что есть средство, которое приведет к гарантированному исцелению, затормаживается, растормаживая тем самым «динамический», что и приводит к эффекту спонтанной ремиссии. (Конечно, автор отдает себе отчет, что приведенная выше гипотеза скорее является поводом для дальнейших исследований, чем законченной схемой.)

Практическую работу по психосоматическому исцелению, по мнению автора, удобно описывать как решение трех задач:

1) подготовка клиента (больного, пациента) к основной работе, а именно: выяснение представлений клиента о болезни и сближение представлений о ней клиента и терапевта, работа с мотивацией и личностной реакцией на болезнь, формирование веры в возможность выздоровления, восстановление энергетического потенциала клиента до уровня, необходимого для осуществления основной работы;

2) проработка внутриличностных конфликтов, порождающих болезнь и восстановление целостности;

3) активизация внутренних исцеляющих механизмов организма и психики, и направление их на борьбу с болезнью.

Необходимо заметить, что представления о том, что болезнь тела может иметь причины в неразрешенных психологических проблемах, что существует «могущественные» внутренние исцеляющие механизмы, и что болезнь тела может быть исцелена в работе с психологом (психотерапевтом), могут распространяться СМИ, популярной литературой, а так же через опыт ранее исцеленных клиентов. Если человек с соматическим диагнозом попал к психотерапевту, значит, он уже изначально информирован. Однако важно понимать, что в своих изначальных представлениях клиент может относиться:

а) к болезни – как к врагу, а к процессу исцеления – как к борьбе;

б) к болезни – как к поломке или дефициту чего-то нужного, а к исцелению – как к починке или заботе;

в) к болезни – как заслуженному наказанию;

г) к болезни – как к врагу, которого нельзя победить, но с которым можно договориться, или перенять его стратегию;

д) к болезни – как к следствию неправильной жизни и нереализованных психологических потребностей, или как к союзнику или учителю, а к процессу исцеления – как обучению, развитию, исцелению не только телесному, но и душевному, нахождению способов изменения всей жизни.

Так же клиент может в большей или меньшей степени быть готовым в процессе исцеления к опоре на себя, иметь представление о том, что здесь решающая роль должна принадлежать специалисту или высшим силам. Это все во многом определяет стратегию предварительной работы с одной стороны, с другой – может быть использовано, как на фазе подготовки, так и в выборе средств и контекстов в основной работе.

Для решения первой задачи психосоматической работы, особенно для работы с формированием уверенности очень хорошо подходят все техники для работы с убеждениями, в том числе техники НЛП, а также техника «десенсибилизации посредством движения глаз» Ф. Шапиро[2]. Также при действительной астенизации клиента и необходимости предварительной работы для начального восстановления энергетического потенциала, могут быть использованы 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 насилия 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 работе 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, интересующего и доброжелательного «наблюдателя» или «метокоммуникатора», мера и роль разотождествления, не вовлеченности, 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 эдиодинамических 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. Прожив 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 – болезнь на найденный новый способ.

В контексте решения третьей задачи, необходимо отметить, что успехи в разработке и освоении методов произвольного доступа к этим «сверхэффективным» исцеляющим ресурсам организма и бессознательной части психики, связаны в основном 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 проводиться клиентом как самостоятельное упражнение или под управлением (сопровождением) гипнотерапевта. Транс может наводиться предварительно, но и сама подробная визуализация способствует индукции транса.

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.

Также очень близки по духу гипнотическим методам техники НЛП. Среди них особый интерес, по мнению автора, представляет техника К. Андреас, где в работе по исцелению клиент использует перенос опыта самоисцеления с одной болезни на другую [13].

Доказали свою эффективность также техники непосредственной психоэнергетической саморегуляции физиологических процессов (минуя бессознательное). Примером такого метода может быть «биоэнерготренинг» А.М. Васютина [14].

Естественно, что решение различных задач психосоматической работы не всегда является ее этапами. Это в основном касается второй и третьей задачи. Часто их решение осуществляется одновременно и одними и теми же средствами. Кроме основных трех задач актуальны так же задача работы с болью и задача эмоциональной саморегуляции и обучения техникам преодоления стресса, как один из способов профилактики болезней тела.

В целом, опираясь на вышеизложенное, можно констатировать, что практический аспект психосоматической работы с болезнями тела разработан в степени большей, чем аспект теоретический. Однако, дальнейшее развитие практики требует исследования основных теоретических вопросов психосоматики. По-видимому, решение последней задачи потребует гораздо большей интеграции медицинского и психологического знания. Медики и психологи могут и должны из оппонентов и конкурентов превратиться в партнеров в деле дальнейшего развития современной психосоматики.

Литература

1. Саймонтон К., Саймонтон С., Психотерапия рака. – СПб: Питер, 2001
2. Ковалев С.В. Исцеление с помощью НЛП. – М.: КСП+, 1999.
3. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз 21 века – М.: Класс, 2003.
4. Хайкин А.В. Процессуальные методы постэриксонской гипнотерапии в работе с кризисными состояниями//В сб.: «Психология кризиса и кризисных состояний. Материалы международного междисциплинарного симпозиума». – Ростов-на-Дону, 2007.
5. Джэндлин Ю. Фокусирование – Новый терапевтический метод работы с переживаниями. – М.: Класс, 2000.
6. Минделл А. На краю жизни и смерти. – М : Класс, 2000.
7. Минделл А., Минделл Э. Вскать, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике – М.: Класс, 1999.
8. Курц Р. – Телесно-ориентированная психотерапия. Метод Хакоми – М.: Класс, 2004.
9. Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра – исцеление травмы. – М.: АСТ, 2007.
10. Годэн Ж. Новый гипноз. Введение в эриксонскую гипнотерапию. – М: Из-во института психотерапии, 2003.
11. Гештальттерапия. Теория и практика. – М: ЭКСМО, 2001.
12. Бендлер Р., Гриндер Д. Трансформэйшн. – Сыктывкар.: Флинта, 1994.
13. Андреас К. и Андреас С. Сердце разума. – Новосибирск: ЭКОР, 1995.
14. Васютин А.М. Психологический жень-шень. Эффективные техники саморегуляции. – Ростов-на-Дону, Феникс, 2004.