

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9+615.85

Авторское мнение

К ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ПСИХОСОМАТИКИ

А. В. Хайкин — Тренинговый центр «Практики самоисцеления», Ростов-на-Дону, руководитель, кандидат психологических наук.

TO THEORY AND PRACTICE OF PSYCHSOMATICS

A. V. Khaykin — Rostov-on-Don, Candidate of Psychological Science.

Дата поступления — 12.02.2012 г.

Дата принятия в печать — 05.06.2012 г.

Хайкин А. В. К теории и практике психосоматики // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 193–198.

Рассматриваются основные актуальные теоретические вопросы психосоматики. Содержится обзор моделей психосоматогенеза. Излагаются гипотезы автора о психобиологической природе онкологии и механизме плацебо-эффекта. Формулируется общая модель психосоматической работы. Дается краткий обзор психотерапевтических техник, используемых в работе с соматическим заболеваниями, где главное внимание уделяется процессуальным и гипнотерапевтическим техникам. Приводится описание авторских техник. Обсуждается вопрос об интеграции психосоматики и соматической медицины.

Ключевые слова: психосоматика, психонейроиммунология, самоисцеление, плацебо-эффект, канцерогенез, онкология, саморегуляция.

Khaykin A. V. To the theory and practice of psychosomatics // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012. Vol. 8, № 2. P. 193–198.

The article considers the main theoretical issues of psychosomatics. It provides an overview of psychosomatic genesis models. The hypotheses of psychobiological nature of cancer and the mechanism of the placebo effect have been under the study. The general model of psychosomatic work has been worked out. The article provides a brief overview of psychotherapeutic techniques used in the work with somatic diseases, where the main attention has been paid to the procedural and hypnotherapeutic techniques. It discusses the integration of psychosomatics and somatic medicine.

Key words: psychosomatics, psychoneuroimmunology, self-healing, placebo effect, cancer genesis, oncology, self-regulation.

Современное состояние отношений соматической медицины и ориентированной на работу с соматикой области психотерапии (психологии) больше напоминает противостояние, чем сотрудничество. С одной стороны, бесспорны успехи медицины, которая, опираясь на результаты исследования таких «материалистических» наук, как физика, биомеханика, биохимия, микробиология, физиология и т.д., научилась эффективно бороться со многими болезнями тела. Несмотря на очевидно падающую в последние десятилетия «скорость прироста эффективности», медицина в целом ощущает себя самодостаточной в теории и практике лечения. С другой стороны, развивающиеся психосоматические методы представляют достаточно примеров исцеления от болезней даже неизлечимых при современном уровне развития медицины [1–3]. Кроме того, психологическое «лечение» не имеет побочных вредных эффектов лечения фармакологического. Однако психосоматические методы еще «молоды» и не получили такого же распространения, как медицинские. Такие методы не всегда показывают стабильность в получении результата, но при дальнейшем развитии своих технологий и большей распространенности психосоматические методы, по мнению многих приверженцев, могут стать альтернативой медицинскому лечению. Таким образом, этим подходам «есть что складывать». Обладая развитыми способами освоения общего предмета с разных сторон, объединив свои усилия, они

вместе могут скорее прояснить белые пятна в понимании генеза болезней и способов их преодоления.

Очевидно, что для дальнейшего развития психосоматике предстоит исследовать ряд основополагающих теоретических вопросов. Первый вопрос, который разделяет медиков и психологов, но в прояснении которого они могут объединить свои исследовательские ресурсы: каковы роль, соотношение и взаимодействие психических и физиологических, материальных факторов в генезе болезней тела? Представление о роли психического в генезе болезней тела, безусловно, всегда зависело от общих представлений о роли и месте психического в материальном мире, господствовавших в каждую эпоху, а историю их развития можно представить как виток диалектической спирали. Во времена господства панпсихизма психологические факторы были решающими в понимании природы болезни и способов исцеления. Традиционная китайская, древнегреческая, средневековая арабская медицина исходили из идеи целостности материального и психического, понимая, что «лечить надо не болезнь, а человека». Затем в Европе пришедшее к господству картезианское мировоззрение и бурное развитие естественных наук (при «запаздывании» развития психологии) привели к тому, что медицина становилась все более «материалистической». Ирония судьбы: медицина начала полностью «очищаться от психического» как раз примерно в то же время, когда начала формироваться европейская научная психология. Приняв представление о человеке или, точнее, о его теле как биомеханической, биохимической и электрической машине, европейская медицина смогла сделать ги-

Ответственный автор — Хайкин Александр Васильевич.
Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Университетский, 11.
Тел.: 89034018210, 8 (863) 2218210.
E-mail:

гантский теоретический и практический шаг в своем развитии, плодами которого люди пользуются до сих пор. Однако ньютоно-картезианская картина мира, принципиально разделившая материю и сознание и рассматривавшая тело человека (как и весь мир) в качестве машины, благодаря прежде всего развитию современной квантово-релятивистской физики, стала уступать представлениям большей целостности и нераздельности материи и сознания. И вместе с этим развитие психологии и психотерапии привели к становлению и укреплению психосоматических представлений. Завершая виток спирали, появился и укрепился взгляд, рассматривающий феномены душевной жизни, внутренний психический конфликт, нереализованные человеческие потребности причинами заболеваний тела. Стало предполагаться, что именно эти факторы через деятельность мозга, нервной системы, а далее через управляемые ею системы эндокринной регуляции, иммунитета, пищеварения, кровоснабжения и т.д. приводят к патофизиологическому процессу. Более того, был поставлен вопрос о соответствии различных психологических типов определенным медицинским проблемам [4].

Исследование обсуждаемого вопроса можно представить в следующих моделях:

а) психическое — причина, которая приводит к «неправильному» функционированию систем организма, телесной патологии, не только способной развиваться автономно от причины, ее породившей, но и непрерывно требующей «руководства» со стороны психического;

б) душевные конфликты и патологический телесный процесс есть не причина и следствие, а элементы некоторого психическо-материального единства, и тогда собственно постановка вопроса о психических факторах как причине некорректна;

в) психические феномены есть факторы, только способствующие патологическому процессу в теле, ускоряющие или замедляющие его.

В последние десятилетия в копилку аргументов об определяющей связи психического со здоровьем и нездоровьем тела с процессами болезнеобразования и исцеления добавились результаты наблюдений за больными, страдающими синдромом множественной личности. Они свидетельствуют о том, что в момент перехода от одной личности к другой может исчезнуть аллергия, диабет (!) опухолевый процесс со скоростью, которая никак не может быть объяснена современной физиологией и патофизиологией [3]. С другой стороны, сторонникам необходимой роли психического конфликта в генезе соматической болезни придется ответить на множество вопросов-контраргументов, например, на вопрос о том, как соотносится такой взгляд с фактом наличия болезни у животных и растений.

Далее. Если мы все-таки признаем психический фактор как причину, то актуализируется следующий вопрос: каков механизм превращения неразрешенного внутриспсихического конфликта и неудовлетворенной психологической потребности в соматическое заболевание?

В психотерапевтической и психологической литературе существует множество разнообразных моделей, описывающих психосоматогенез. По нашему мнению, их можно сгруппировать в 10 основных моделей, которые приводятся далее 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 предполагает перерасход жизненной энергии на попытки разрешения внутрилличностного 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 о том, что эмоциональные впечатления, особенно положительные, превращаются в нервной системе в вещества, так же 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 внутриспсихического 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 внутрилличностного 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» также 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 болезнь как источник и стимул духовного развития.

Как видим, часть моделей психосоматогенеза описывает его как следствие внутриспсихического конфликта, а часть — приписывает болезни полезную функцию, реализуемую весьма неполезным способом. Требуется дальнейшего анализа и вопрос о том, насколько изложенные модели являются взаимодополняющими описаниями одного процесса «под разным углом», где в каждой в качестве главного выделяются просто разные аспекты единого механизма, а насколько 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. 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 также совершенно индивидуальный подход.

От решения первого вопроса о роли и месте психического в генезе заболеваний зависит и ответ на вопрос: какие из болезней тела можно отнести к психосоматическим? И в связи с этим пока совершенно не ясно, в какой мере можно относить к психосоматическим инфекционные заболевания, патологии новорожденных? В медицинском сообществе даже среди специалистов, разделяющих психосоматические идеи, все еще идет спор о том, можно ли считать психосоматикой онкологические заболевания.

Полагаем уместным в контексте рассмотрения последнего вопроса привести свою гипотезу о психологическом, а точнее, психобиологическом механизме возникновения онкозаболеваний. Как известно, одноклеточные не подвержены механизму старения — апоптозу, как клетки организма многоклеточного. (По-видимому, апоптоз — «компенсация» за высокую адаптивность и выживаемость под воздействием внешних факторов, которую приобретают многоклеточные и которой нет у одноклеточных, природа таким образом блокирует возможность перенаселения и остановки эволюционного развития). Атипичные клетки раковой опухоли также 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 истинным 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, не имеется в виду отсутствие других возможных психологических причин в генезе онкозаболевания). Рискнем выдвинуть предположение, что развитие такого взгляда на природу онкологии в будущем может привести и к использованию самого этого мощного онкологического механизма или познанных его закономерностей в целях омоложения организма.

Вопрос о возможной роли и месте психического в исцелении болезней тела связан соответствующим вопросом о генезе заболевания, однако лишь частично, хотя имеет с ним практически одну историю. Еще античные врачи знали, что «раны у победителей заживают быстрее». Однако представление о том, что положительные эмоции способствуют выздоровлению и сохранению здоровья, а отрицательные — болезни и более медленному выздоровлению, оказались не столь точны. Важно: положительные эмоции или отрицательные, а стимулируют они или угнетают поисковую активность [5]. Именно поисковая активность, по мнению В.С. Ротенберга и В.В. Аршавского, является важнейшим фактором, влияющим на степень резистентности организма к болезнетворным факторам.

Врачи античности знали, что «плох тот врач, от одного вида которого больному не становится легче». Врач, среди прочего, должен внушать уверенность, что с его помощью исцеление или облегчение обязательно произойдет. Этот момент естественно связан с кругом явлений, имеющих прямое отношение к рассматриваемым вопросам. Медицине давно известно явление спонтанной ремиссии и эффекта плацебо. Заметим, что вне зависимости от того, считаем ли мы причиной, вызвавшей болезнь, факторы психические или «физические», полагаем ли, что механизм самоисцеления имеет именно физиологическую природу, мы все равно должны признать, что «способ запуска» эффекта плацебо — чисто психологический. И в данном аспекте вопрос о роли психического в самоисцелении не зависит от роли психического в генезе болезни.

Несмотря на то что общеизвестны факты спонтанной ремиссии и исцеления посредством эффекта плацебо даже от болезней, не доступных излечению современной медициной, а значит, на очевидную важность и перспективность использования этих сверхэффективных исцеляющих механизмов, ответа на вопрос «На какие внутренние психологические и физиологические системы опирается процесс самоисцеления в случаях спонтанной ремиссии и проявления эффекта плацебо?» пока нет. Известный (не в медицине) тезис «вера лечит», по нашему мнению, является просто переобозначением проблемы. Все равно необходимо ответить на вопросы: как именно вера лечит, за счет каких механизмов, возбуждая какие состояния или способы функционирования и т.д.?

Представляется уместным привести свою гипотезу, возможно «проливающую свет» на сущность плацебо. Один из вопросов, связанных с исследованием этой темы и представляющих, на наш взгляд, серьезный интерес, следующий: зачем, будучи полностью уверенным в совершенно исцеляющем воздействии внешнего средства (плацебо), человек непроизвольно запускает исцеляющие силы организма и психики? Попробуем ответить. 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 вроде бы не борются с болезнью, а скорее именно генерируют здоровье. Еще одно их отличие: 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 гипотеза скорее является поводом для дальнейших исследований, чем законченной схемой).

Следующий вопрос: существуют ли способы произвольного запуска сверхэффективных механизмов самоисцеления и если да, то каковы они? (Повидимому, в практическом аспекте ближе всего к решению этого вопроса современная гипнотерапия). Важен также вопрос в более широкой постановке: каковы возможные перспективы развития эффективности и сферы применения психологических (психотерапевтических) методов в исцелении телесных болезней?

Исходя из всего изложенного и опираясь на известную практику психосоматической работы, предлагаем описывать последнюю как решение трех задач:

1) подготовка клиента (больного, пациента) к основной работе, а именно:

- а) выяснение представлений клиента о болезни и сближение представлений о ней клиента и терапевта;
- б) работа с мотивацией на выздоровление;
- в) работа с личностной реакцией на болезнь;
- г) формирование веры в возможность выздоровления;
- д) 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.

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 также 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 либо как к союзнику или учителю, а к процессу исцеления — как обучению, развитию, исцелению не только телесному, но и душевному, нахождению способов изменения всей жизни.

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

Для решения первой задачи психосоматической работы, особенно для формирования уверенности, очень хорошо подходят все техники работы с убеждениями, в том числе техники НЛП, а также техника «десенсибилизации посредством движения глаз» Ф. Шапиро [6]. 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 нашему мнению, наиболее перспективными являются техники процессуальных подходов.

К последним можно отнести «идеодинамические техники» Э. Росси [7, 8], «фокусирование» Ю. Джендлина [8, 9], «эпистемологическую метафору» Д. Гроува [8], «процессуальную работу» А. Минделла [10, 11], «Хакоми» Р. Курца [12] и «соматическое переживание» П. Левина [13]. Предпосылками для развития процессуальных методов в психотерапии, на наш взгляд, являются принципы сопровождения и утилизации, используемые в гипнотерапии М. Эриксона и его последователей [14], а также придания большей важности процессу терапии по отношению к ее содержанию в гештальт-подходе [15]. Общим для всех процессуальных подходов является то, что болезнь рассматривается как остановленное, но пытающиеся продолжиться развитие и обретение целостности. Поэтому главный терапевтический ресурс 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». Методы Д. Гроува и П. Левина, в отличие от остальных, целиком ориентированы на работу с последствиями психотравм. Несмотря на то что в любом процессуальном методе явно или по «факту» большое значение уделяется созданию позволяющего, интересующего 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. Джэндлина. Эти три метода ориентированы на трансую индукцию (фокусирование — при определенном способе сопровождения) и, по нашему мнению, могут составлять единое направление — «процессуальную гипнотерапию».

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

При сильном жаре и ощущении 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. Проходяв некоторое время, «уточняя» движения, автор приступил к следующему шагу — задался вопросом: «Кто так ходит, кто я сейчас?». 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 и в работе с сильными, «рвущимися наружу» эмоциями, тревогой, страхом, даже просто ограничиваясь этапом поиска и проживания движений, соответствующих «полю» эмоции.

Очень эффективной для решения второй задачи показала себя гипнотерапевтическая техника поша-

гового реформирования [16], где работа сводится к поиску и замене в транс 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 исцеляющим ресурсам организма и бессознательной части психики связаны в основном с технологиями работы в трансных состояниях. В такой работе могут быть использованы прямые и косвенные внушения. Они могут быть вербальными [7], 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 подобная визуализация способствует индукции транс.

В качестве иллюстрации описание собственной техники «Три экрана», созданной для работы с «визуальными» клиентами и представляющей собой терапевтическое внушение — визуальную метафору. С предварительным наведением (самонаведением) транс 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. Затем, визуализируя на втором экране больной орган, он 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 ежедневного упражнения, причем, возможно, каждый день будет необходимо отыскивать новый алгоритм.

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.

Близки по духу гипнотическим методам техники НЛП. Среди них особый интерес, по нашему мнению, представляет техника К. Андреас «использование естественной способности тела к исцелению», где в работе клиент использует перенос опыта самоисцеления и, что очень важно, перенос опыта отношения к возможности самоисцеления с одной болезни на другую [2].

Доказали свою эффективность также техники непосредственной психонергетической саморегуляции физиологических процессов (минуя бессознательное). Примером такого метода может быть «биоэнерготренинг» А. М. Васютина [17].

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 также задача работы с болью и задача эмоциональной саморегуляции и обучения техникам преодоления стресса, как один из способов профилактики болезней тела.

Возвращаясь к обсуждаемому в начале статьи вопросу об интеграции психосоматической работы с медициной, можно констатировать следующее. В настоящее время психосоматика имеет возможность как стать междисциплинарным подходом, так и продолжить свое развитие в качестве альтернативы подходу медицинскому. Положительным примером реально проявившейся тенденции к междисциплинарной интеграции можно считать психонейроиммунологию и медицину разум/тело. Направление, появившееся во многом благодаря открытию Р. Адера, связи психики и нервной системы со считавшейся ранее достаточно автономной иммунной системой, вдохновленное успехами супругов Саймонтонов и работами Б. Зигеля [2, 18], может стать основой для дальнейшего сотрудничества и сближения парадигм. Естественно, объединить ресурсы можно не только в исследовании теоретических вопросов, а создавая организационные формы для совместной практической работы. (Об этом свидетельствует собственный опыт работы в медицинском центре, где врачи и психологи на равных условиях занимаются избавлением людей от хронических заболеваний и наблюдается высокая эффективность такого сотрудничества.) Однако интеграция в теоретической и практической деятельности, с нашей точки зрения, может произойти при условии отказа каждой из сторон от «монопольного владения» истиной. Выполнение такого условия само по себе на сегодняшний день является делом нетривиальным.

Библиографический список

1. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001. 288 с.
2. Андреас К., Андреас С. Сердце разума. Новосибирск: ЭКОР, 1995. 375 с.
3. Талбот М. Голографическая вселенная. Киев: София, 2004. 366 с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Эксмо, 2002. 351 с.
5. Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. М.: Наука, 1984. 192 с.
6. Ковалев С. В. Исцеление с помощью НЛП. М.: КСП+, 1999. 576 с.
7. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз XXI века. М.: Класс, 2003. 263 с.
8. Хайкин А. В. Процессуальные методы постэриксонской гипнотерапии в работе с кризисными состояниями //

Психология кризиса и кризисных состояний: матер. междунар. междисциплинар. симпозиума. Ростов-на-Дону, 2007. С. 121–125.

9. Джендлин Ю. Фокусирование: новый терапевтический метод работы с переживаниями. М.: Класс, 2000. 448 с.
10. Минделл А. На краю жизни и смерти. М.: Класс, 2000. 256 с.
11. Минделл А., Минделл Э. Вскать, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике. М.: Класс, 1999. 224 с.
12. Курц Р. Телесно-ориентированная психотерапия: метод Хакоми. М.: Класс, 2004. 304 с.
13. Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра — исцеление травмы. М.: АСТ, 2007. 316 с.
14. Годэн Ж. Новый гипноз: введение в эриксонскую гипнотерапию. М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2003. 298 с.
15. Гештальттерапия. Теория и практика. М.: ЭКСМО, 2001. 320 с.
16. Бендлер Р., Гриндер Д. Трансформэйшн. Сыктывкар: Фланта, 1994. 296 с.
17. Васютин А. М. Психологический жень-шень. Эффективные техники саморегуляции. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. 288 с.
18. Победите свои болезни / под ред. Д. Голмен, Д. Гурин. Минск.: Попурри, 1999. 640 с.

Translit

1. Sajmonton K., Sajmonton S. Psihoterapija raka. SPb.: Piter, 2001. 288 s.
2. Andreas K., Andreas S. Serdce razuma. Novosibirsk: JeKOR, 1995. 375 s.
3. Talbot M. Golograficheskaia vselelnaja. Kiev: Sofija, 2004. 366 s.
4. Aleksander F. Psihosomaticheskaja medicina. M.: Jeksmo, 2002. 351 s.
5. Rotenberg V.S., Arshavskij V.V. Poiskovaja aktivnost' i adaptacija. M.: Nauka, 1984. 192 s.
6. Kovalev S.V. Iscelenie s pomow'ju NLP. M.: KSP+, 1999. 576 s.
7. Bekkio Zh., Rossi Je. Gipnoz XXI veka. M.: Klass, 2003. 263 s.
8. Hajkin A.V. Processual'nye metody postjeriksonovskoj gipnoterapii v rabote s krizisnymi sostojanijami // Psihologija krizisa i krizisnyh sostojanij: mater. mezhdunar. mezhdisciplinar. simpoziuma. Rostov-na-Donu, 2007. S. 121–125.
9. Dzhendlin Ju. Fokusirovanie: novyj terapevticheskij metod raboty s perezhivanijami. M.: Klass, 2000. 448 s.
10. Mindell A. Na kraju zhizni i smerti. M.: Klass, 2000. 256 s.
11. Mindell A., Mindell Je. Vskach', zadom napered: Processual'naja rabota v teorii i praktike. M.: Klass, 1999. 224 s.
12. Kurc R. Telesno-orientirovannaja psihoterapija: metod Hakomi. M.: Klass, 2004. 304 s.
13. Levin P., Frederik Je. Probuzhdenie tigra — iscelenie travmy. M.: AST, 2007. 316 s.
14. Godjen Zh. Novyj gipnoz: vvedenie v jeriksonovskuju gipnoterapiju. M.: Izd-vo in-ta psihoterapii, 2003. 298 s.
15. Geshtal'tterapija. Teorija i praktika. M.: JeKSMO, 2001. 320 s.
16. Bendler R., Grinder D. Transformejshn. Syktyvkar: Flinta, 1994. 296 s.
17. Vasjutin A.M. Psihologicheskij zhen' — shen'. Jefferktivnye tehniky samoreguljacji. Rostov-na-Donu: Feniks, 2004. 288 s.
18. Pobedite svoi bolezni / pod red. D. Golmen, D. Gurin. Minsk.: Popurri, 1999. 640 s.