

ISSN 2412–9569

**Сетевой научный журнал  
ПСИХОСОМАТИКА  
и САМОРЕГУЛЯЦИЯ**

**4 (4) 2015 г.**





УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА –  
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЕ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО».

ЖУРНАЛ ЗАРЕГИСТРИРОВАН  
В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ  
ПО НАДЗОРУ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ  
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ  
МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ  
И ОХРАНЕ КУЛЬТУРНОГО НАСЛЕДИЯ.

Свидетельство о регистрации  
средства массовой информации  
Эл. № ФС77-57006 от 14 февраля 2014 г.

ISSN 2412–9569

Периодичность выхода  
1 раз в квартал.

Электронный адрес журнала:  
<http://journall.pro>

Электронная почта:  
[alval\\_khaikin@mail.ru](mailto:alval_khaikin@mail.ru)

© Сетевой научный журнал  
«Психосоматика и саморегуляция».

© ВСЕ ПРАВА ЗАЩИЩЕНЫ.  
Ни одна часть этого издания не может  
быть воспроизведена любым способом  
без предварительного письменного  
разрешения редакции.

## Сетевой научный журнал ПСИХОСОМАТИКА и САМОРЕГУЛЯЦИЯ

---

### СОСТАВ РЕДКОЛЛЕГИИ ЖУРНАЛА:

---

#### ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

*Хайкин Александр Валерьевич*, к.пс.н.,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

#### ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

*Ингерлейб Михаил Борисович*,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

*Кодочигова Анна Ивановна*, д.м.н, профессор,  
(Саратов, Россия).

#### ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

*Бызова Валентина Михайловна*, д.пс.н.,  
профессор (Санкт-Петербург, Россия).

*Васильева Ольга Семёновна*, к.пс.н.,  
профессор, (Ростов-на-Дону, Россия).

*Винокур Владимир Александрович*, д.м.н,  
профессор, (Санкт-Петербург, Россия).

*Волкова Наталья Ивановна*, д.м.н.,  
профессор, (Ростов-на-Дону, Россия).

*Замлелая Ирина Викторовна*, к.м.н.,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

*Ивашкина Марина Георгиевна*, к.пс.н.,  
доцент, (Москва, Россия).

*Киселев Антон Робертович*, д.м.н.,  
(Саратов, Россия).

*Лубянко Игорь Александрович*,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

*Макиенко Валентина Вадимовна*, к.м.н.,  
доцент, (Санкт-Петербург, Россия).

*Рогачёва Татьяна Владимировна*, д.пс.н.,  
профессор, (Екатеринбург, Россия).

*Русина Наталья Алексеевна*, к.пс.н., доцент,  
(Ярославль, Россия).

*Силенок Инна Казимировна*,  
(Краснодар, Россия).

*Соловьёва Светлана Леонидовна*, д.пс.н.,  
профессор, (Санкт-Петербург, Россия).

*Яковлева Наталья Валентиновна*, к.пс.н.,  
доцент, (Рязань, Россия).

# СОДЕРЖАНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА..... 5

---

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЗОРЫ

---

*Бабаева С. В.,*

*Медик Я. В.*

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ  
(НА ПРИМЕРЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ) ..... 6**

*Правдина Л. Р.*

**ТЕЛЕСНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ ..... 11**

*Ромек В. Г.*

**СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ  
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ТЕРАПИИ..... 21**

---

## ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

*Белинская Е. В.*

**ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА  
С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
В СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ ..... 27**



*Сикилинда В. Д.,  
Алабут А. В.,  
Лубянка И. А.,  
Головко Р. Л.*

<b>ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ .....</b>	<b>36</b>
---	-----------

---

**РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ  
ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ  
И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

---

<i>Ингерлейб М. Б.</i> <b>ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО- НАСЫЩЕННЫХ ОБРАЗНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В ПРАКТИКЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И МЕДИТАТИВНЫХ УПРАЖНЕНИЙ .....</b>	<b>42</b>
---	-----------

<i>Хайкин А.В.</i> <b>К РАЗВИТИЮ НЕСКОЛЬКИХ ГИПНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРАКТИК .....</b>	<b>47</b>
---	-----------

---

**ОБ АВТОРАХ**

---

.....	<b>51</b>
-------	-----------

---

**МЕРОПРИЯТИЯ**

---

.....	<b>55</b>
-------	-----------





## ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

«Психосоматика и саморегуляция» — первое периодическое научное издание на русском языке, посвященное этим темам.

Учредившее наш журнал Восточно-Европейское Психосоматическое Общество объединяет специалистов, движимых интересом к проблемам психосоматики и саморегуляции и заинтересованных в распространении идеи психосоматического единства в профессиональное и общественное сознание. Это и определяет цели нашего журнала. Поэтому главная цель журнала – создание такого пространства профессионального общения, в котором легко и свободно можно будет обмениваться идеями и теоретическими построениями, результатами эмпирических исследований и практических разработок.

Тематика нашего издания это и фундаментальные исследования взаимодействия психического и соматического в порождении и исцелении болезней тела, роли психического в этих процессах и разработка моделей психосоматогенеза, и прикладные исследования в области разработок методов и техник психосоматотерапии и эмоциональной и физической саморегуляции.

Мы приглашаем размещать на наших страницах как законченные исследования, так и описание идей, только предваряющих дальнейшие исследования. Будем рады аналитическим работам и обзорам.

Ждем как результаты развернутых эмпирических исследований — экспериментов и наблюдений, так и описания отдельных интересных случаев из практики. Поскольку темы психосоматики и саморегуляции имеют различные аспекты, то мы приглашаем к публикации не только психологов, психотерапевтов и медиков, но также философов, биологов, специалистов в психоэнергетических методах и представителей других направлений.

«Психосоматика и саморегуляция» изначально задумывался как дискуссионная площадка, поэтому мы приглашаем печататься у нас и тех авторов, чьи взгляды на психосоматику прямо противоположны взглядам издателей журнала, авторов, не разделяющих идеи психосоматического единства в отношении болезней тела. Конечно, при условии обоснованности их позиции.

Вместе мы поможем друг другу развивать свое и создадим общее!

**Главный редактор журнала «Психосоматика и саморегуляция»  
Александр Хайкин.**



# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЗОРЫ

---

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ).

БАБАЕВА С. В.,  
МЕДИК Я. В.,  
(ФБГУ «Государственный научно-исследовательский  
центр профилактической медицины» Минздрава России,  
Москва, Россия)

### Аннотация

*В статье рассматривается необходимость распространения холистического подхода к здоровью и психосоматического подхода в медицинской практике, особенно, в профилактическом консультировании (на примере пациентов с эректильной дисфункцией).*

**Ключевые слова:** психосоматика, профилактическое консультирование, обучение врачей, эректильная дисфункция

**УДК 159.9:616.6+616-084**

В настоящее время в практике современной российской медицины довольно остро стоит проблема мультидисциплинарного подхода к лечению. В случае психосоматических заболеваний такой интегративный подход абсолютно необходим, поскольку здесь требуется взаимодействие психологии и медицины на всех этапах, как профилактики, так и лечения и ре-

абилитации. И если сегодня в ряде ведущих клиник страны в лечебно-реабилитационном процессе имеет место такое сотрудничество врачей и психологов, то в амбулаторном звене оно практически отсутствует.

Само название «психосоматические заболевания» отсылает нас к двум составляющим причинам возникновения и развития нарушений здоровья, то есть к психогенным



и соматогенным факторам. Каждая из этих групп, к сожалению, рассматривается отдельно друг от друга и разными специалистами, которые не учитывают взаимосвязь этих факторов. Это следствие почти полного отсутствия в российской науке и практике холистического (целостного) подхода к здоровью человека. Как результат, сегодня психологи и врачи практически не кооперируются для совместной работы по профилактике и лечению психосоматических заболеваний. Например, человек, страдающий гипертонией, попадая к кардиологу, принимает множество препаратов, регулирующих работу сердечно-сосудистой системы на различных уровнях. Тот же пациент, попадая к психологу, учится эффективно справляться со стрессовыми ситуациями. В обоих случаях воздействие происходит односторонне, поэтому трудно добиться стойкого положительного результата. Необходимость холистического подхода, утверждающего единство духовной, ментальной и физической сущности человека, становится абсолютно очевидной [1]. Поскольку такой подход долгое время не являлся ведущим в российской действительности, то это наложило свой отпечаток на подготовку медицинских специалистов. До сих пор в программах медицинских ВУЗов крайне мало внимания уделяется блоку психологических дисциплин. Следствием этого является неумение врачей учитывать психологическую составляющую в психосоматическом заболевании, а также слабые навыки эффективного общения.

Представляется разумным приложить максимум усилий для улучшения ситуации в медицинской практике на сегодняшний день с привлечением клинических психологов, работающих в медицинских учреждениях, для обучения медицинских работников основам практической психологии. Наиболее эффективными являются интерактивные формы обучения (семинары, тренинги). Другой формой обучения являются методические пособия и рекомендации, разработанные совместно с клиническими психологами, в ведущих научных и лечебных центрах нашей страны [4].

Как это ни грустно, но большая часть пациентов не ощущает на себе комплексного психолого-медицинского подхода к лечению.

Что уж говорить о профилактической работе с «условно здоровой» частью населения!

Профилактическое консультирование сегодня является мощным инструментом в решении целого ряда задач в области здравоохранения. Особенно важной задачей является раннее выявление возможных проблем со здоровьем у населения для предупреждения их прогрессирования, а также формирования конкретных представлений о здоровом образе жизни и создания мотивации к их осуществлению.

Значительное место в этом занимает этап углублённого профилактического консультирования (в рамках программы диспансеризации) [3]. Именно на этом этапе у врача — консультанта появляется возможность персонифицированного обсуждения проблем посетителя, а также анализ его образа жизни и его мировоззрения. Это позволяет эффективно воздействовать на взгляды и поведение человека, чтобы мотивировать его к активному принятию ответственности за своё здоровье и вести здоровый образ жизни, который может предотвратить развитие системных заболеваний. Одним из выраженных проявлений таких нарушений является эректильная дисфункция (ЭД).

Благополучие в интимной сфере — важный критерий качества жизни человека, который является ярким показателем эмоционального и физического здоровья каждого человека, особенно мужчины. Следует отметить, что эректильная дисфункция может быть не только отдельной «мужской» проблемой, но и симптомом серьезных (в том числе системных) заболеваний, среди которых: ишемическая болезнь сердца (ИБС); атеросклероз, сахарный диабет (СД), а также и другие эндокринологические и психоневрологические нарушения [5].

С такой проблемой сталкивается каждый третий мужчина, однако у мужчин не принято говорить о ней вслух. Любое обращение к врачу по поводу эректильной дисфункции должно рассматриваться как возможность проведения ранней комплексной оценки общего уровня здоровья мужчины (соматического, психического и социального). Выявление риска ЭД возможно также во время диспансеризации путем анкетирования с



помощью опросника «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ) [7].

В данном случае крайне разумно будет направлять таких пациентов на углублённое профилактическое консультирование.

Ещё недавно проблему ЭД рассматривали как специфическую: урологи рассматривали как только урологическую, сексологи и психологи как психогенную и т.п. Следует понимать, что эректильная дисфункция не является самостоятельной нозологической формой или отдельным симптомом, а рассматривается в настоящее время как единый синдром, возникающий при многих соматических и психических заболеваниях [5].

Важно при наличии признаков ЭД оценить все факторы — от анализа препаратов, которые принимает пациент, до эндокринного статуса, рефлексов, состояния сосудов, образа жизни и вредных привычек, психоэмоционального статуса. С ведущей **психогенной** причиной эректильной дисфункции чаще всего встречаются пациенты в возрасте до 50 лет, а у людей старшего возраста **соматические** причины могут быть преобладающими, ведь общее состояние здоровья с годами, как правило, ухудшается. Но и даже в этих случаях часто присоединяется психогенный компонент.

Психогенные факторы многообразны, охватывают широкий круг личностных особенностей пациента и социального окружения. К ним относятся, к примеру,

- отставание в сроках становления сексуальности по данным сексологического анамнеза;
- трудности в установлении и поддержании коммуникаций с лицами противоположного пола;
- неадекватные и ригидные установки, ожидания, предубеждения пациента в отношении различных сторон интимной жизни, например, инфантилизм;
- появление или усиление психических и соматических проявлений тревоги в интимных ситуациях либо при одних только мыслях о половой близости;
- убежденность в собственной сексуальной несостоятельности;
- выраженные различия в сексуальных предпочтениях партнеров;

- неадекватное выражение одним или обоими партнерами своих чувств и переживаний по поводу половой близости (упреки, обвинения, угрозы, безразличие).

На данный момент выявлены достоверные взаимосвязи между психическим и соматическим компонентами ЭД и их взаимовлиянием. Это свидетельствует о единой психосоматической природе эректильной дисфункции. Психогенные факторы выявляются у 96% пациентов с эректильной дисфункцией, а в 85% ЭД является симптомом различных соматических заболеваний: сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной системы и других органов [5, 6].

Проведение профилактического консультирования при синдроме ЭД требует особого подхода, которому нужно обучать врачей.

Следует учить врачей **обращать внимание** на то, что эректильная дисфункция отрицательно влияет на качество жизни мужчин. У многих из них она вызывает различные психосоматические нарушения, создаёт напряжение во взаимоотношениях в семье между супругами, а также негативно влияет на успех в профессиональной деятельности у мужчин трудоспособного возраста, что существенно снижает удовлетворённость жизнью [6].

Большое значение в формировании и поддержании этого состояния имеет хронический стресс различного генеза и личностные особенности: неумение справляться со сложными жизненными ситуациями (низкая адаптивность), неуверенность в себе, слабые коммуникативные навыки, жёсткие внутренние установки.

Врач должен учитывать, как пациент воспринимает информацию, степень его готовности к изменениям и рычаги, активизирующие его мотивацию к ведению здорового образа жизни.

Обычно врач предполагает, что полученная во время диспансеризации информация простимулирует пациента к изменению отношения к своему здоровью, и тот начнёт активно выполнять рекомендации врача по уменьшению факторов риска. Однако чаще всего этого не происходит [3].

Полученные данные о превышении уровня холестерина и глюкозы в крови,

повышенном артериальном давлении, высоком индексе массы тела не являются для пациента тревожным сигналом, поскольку он не ощущает их влияния на свою повседневную жизнь. Человек реагирует на ярко выраженные телесные нарушения, которые мешают его жизнедеятельности: головная боль, одышка, боли в пояснице, изжога и т.д. Наличие этих проявлений является мотиватором усилий по их устранению.

Эректильная дисфункция, не принося серьёзного телесного дискомфорта, создаёт чрезвычайно сильное эмоциональное напряжение, которое существенно влияет на самооценку и качество жизни мужчины. Именно это нарушение мужской идентификации может являться наиболее мощным мотивационным стимулом для изменения образа жизни. Демонстрация врачом причинно-следственной связи ЭД и результатов диспансерного обследования как негативного прогноза, осознание этой связи пациентом может послужить толчком к активным действиям по устранению рисков системных заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых.

При наличии даже лёгкой степени ЭД необходимо выстраивать особенную стратегию мотивации к изменению образа жизни, поскольку ЭД является маркером возможных сердечно-сосудистых и других системных заболеваний. Эректильная функция является крайне важной частью «мужского Я», и возникновение проблем в этой сфере психологически травматично, поэтому мужчина готов пойти на серьёзные изменения в своём образе жизни ради восстановления и сохранения этой функции. Этот факт является основой для тактики мотивирующей беседы врача-консультанта с пациентом.

Основными значимыми темами этой беседы являются старение, переживания частых или сильных стрессовых ситуаций, употребление психоактивных веществ и алкоголя, курение, ожирение, гиподинамия, сахарный диабет, гипертония, атеросклероз, снижение уровня тестостерона.

Важно объяснять врачу, что в процессе беседы, затрагивающей вопросы нарушения мужского здоровья, посетители довольно чувствительны к любым изменяющимся обстоятельствам, поэтому разговор с ними

на столь интимную тему должен быть конструктивным и деликатным, и, с точки зрения пациента, должен быть безусловно полезным [2].

Отсюда следует, что врачу необходимы навыки эмпатического общения и персонализированный подход к каждому пациенту. По итогам такой беседы пациент должен получить информационные материалы, над которыми он может спокойно поразмышлять наедине с собой.

Информационные материалы должны содержать перечисление и описание причин и факторов риска развития ЭД и сопутствующих заболеваний. Материалы могут содержать описание упражнений и приёмов совладания со стрессовыми ситуациями и способы психоэмоциональной саморегуляции, а также содержать рекомендации по организации здорового образа жизни.

Конечной целью этой и любой другой профилактической беседы является изменение представлений пациента о собственном физическом и психологическом здоровье и формирование активного стремления к улучшению качества жизни. Этот результат достигается при психологически и медицински грамотном выстраивании врачом отношений сотрудничества с пациентом. Для этого врачу-консультанту требуется много знаний и умений как в различных областях медицины, так и в области практической психологии в деле предотвращения широкого спектра заболеваний и сохранения здоровья населения.

## ВЫВОДЫ

В современном обществе профилактика заболеваний является важным звеном в сохранении здоровья. Профилактика найдётся на острие взаимодействия медицинских и психологических методов формирования убеждений и полезных привычек, поддерживающих здоровый образ жизни в целом. Углублённое профилактическое консультирование предоставляет широкие возможности влияния на поведение, мышление и настроение человека, направленное на ответственное отношение к своему здоровью.



Комплексный интегративный подход к профилактике и лечению психосоматических заболеваний требует холистического подхода медиков к здоровью человека. Примером может служить модель углубленного профилактического консультирования при синдроме эректильной дисфункции, рассмотренная в этой статье.

Формирование холистического подхода должно происходить в процессе обучения в медицинских ВУЗах и требует соответствующих изменений в программе обучения с привлечением специалистов в области психологии.

Для уже работающих специалистов-медиков существует необходимость дополнительного образования и переподготовки в области практической психологии и психологии общения, а также глубокое изучение психосоматического подхода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаева С. В., Медик Я. В. Психологическая помощь при соматических заболеваниях: взгляд из настоящего в будущее. // Психотерапия. 2011. №11(107). С.13–19.

2. Бабаева С. В., Медик Я. В. Психологическое сопротивление пациентов и способы его снижения // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2015. № 10 (113). С. 26–30.

3. Бабаева С. В., Медик Я. В. Факторы и приемы, мотивирующие пациента к активному сотрудничеству с врачом в процессе профилактического консультирования // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2015. № 4 (107). С. 27–32.

4. Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М., Вергазова Э. К., Ткачева О. Н., Гамбарян М. Г., Еганян Р. А., Медик Я. В., Бабаева С. В., Соловьева С. Б., Старинский В. В., Биличенко Т. Н., Федоров Е. Д. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2015 — 134 с. Утверждены главным специалистом по профилактиче-

ской медицине Минздрава России 23 марта 2015 г. Интернет ресурс: <http://www.gnicpm.ru> и <http://ropniz.ru/>

4. Ефремов Е. А. [дата обращения: 1.10.2015] Эректильная дисфункция как полиэтиологический синдром: Автореф. дис.... док. мед. наук. — Москва, 2011. Интернет ресурс: <http://medical-diss.com/medicina/erektlnaya-disfunktsiya-kak-polietilogicheskiy-sindrom#ixzz3syEqXnvL>

5. Живов А. В. [дата обращения: 1.10.2015] Оценка влияния лечения эректильной дисфункции на качество жизни больных : Автореф. дис.... канд. мед.наук. — Москва, 2008. Интернет ресурс: <http://medical-diss.com/medicina/otsenka-vliyaniya-lecheniya-erektlnoy-disfunktsii-na-kachestvo-zhizni-bolnyh#ixzz3v8lfyeth>

6. Опросник МИЭФ [дата обращения: 1.10.2015] (IIEF)//Российский медицинский журнал. 2013. №18. с.11.

#### Psychosomatic aspects of preventive counseling (on erectile dysfunction example)

Babaeva S.,  
(Moscow, Russia)  
Medik Y.,  
(Moscow, Russia)

**Summary:** *Psychosomatic approach represents synthesis of the traditional (academic) medicine and the humanistic psychology, which is giving the basic working tools for this practice. That meets all requirements to the holistic (complete) approach to the human health. It is very important for the preventive medical aid at the level of preventive health care system.*

*The key directions for the development of preventive counselling algorithms focusing on individual personality traits and behavioural specifics are suggested, which open a new perspective in the diseases prevention. The methods of psychosomatic preventive counseling in patients with syndrome of erectile dysfunction are considered.*

**Keywords:** *psychosomatic approach, preventive counseling, post-graduated medicine education, erectile dysfunction.*



# ТЕЛЕСНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

ПРАВДИНА Л. Р.,  
(Академия психологии и педагогики  
Южного федерального университета, Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*В статье сделана попытка концептуализации понятия «телесность» в контексте идей психологии здоровья. Приведены различные определения телесности и ее понимание российскими психологами. Описаны механизмы формирования и развития телесности как процесса становления системы смыслов индивидуума, основанного на энергетических феноменах и единой памяти тела. Показаны возможности анализа телесности как комплекса разноуровневых адаптационных способностей человека, описан опросник телесности и возможности развития телесности в телесно-ориентированном психологическом тренинге.*

**Ключевые слова:** Тело, телесность, телоцентризм, психология здоровья, ресурсы, энергия, смысл, телесно-ориентированная психология, опросник, тренинг.

УДК 159.923.2 (075.8)

В наши дни проблема человеческой тела, телесности стала одной из самых разрабатываемых в области научно-философского освоения мира, и эта тенденция наблюдается как в российской так и в западной науке. Действительно, не вызывает сомнения, что сегодня в жизни людей телесное бытие занимает место большее, чем когда-либо. Этому способствовали сексуальная революция, формирование общества массового потребления, движения сексуальных меньшинств, снижение нравственного уровня людей, философия вещизма, отчуждение человека от себя и превращение его самого в товар. Истоками консюмеризма, по-видимому, является желание человека достигнуть максимального уровня жизненного комфорта, идентифицируемого, прежде всего, с комфортом телесным. Поиск комфорта телесного с неумолимостью сужает диапазон адаптивных возможностей человека, причем некоторые исследователи полагают, что тело подходит к некоему рубежу био-

логической эволюции, перешагнув который утратит ряд своих определяющих свойств: целостность и единичность, индивидуальную невоспроизводимость, пространственно-временную ограниченность [2].

**Телоцентризм.** Борьба с болезнями и поиски возможности увеличения продолжительности жизни, всяческого стимулирования жизненных сил в медицине; концептуальные художественные практики боди-арт в искусстве; телоцентрическая установка в сфере развлечений — в кинематографе (мотивы эротизации и насилия), культ молодости и здоровья, выливающийся в огромное количество тренажерных залов, салонов красоты, студий загара и других мест, в которых люди формируют свои «идеальные тела»; распространение йоги, восточных единоборств, танцевальных студий; допинговые технологии в спорте, приводящие к соревнованию не спортсменов, а биотехнологов и биотехнологий; резкий скачок популярности экстремальных видов спорта, главная цель



которых — получение адреналина — все это является разнообразными проявлениями телоцентризма, мировоззренческой парадигмы, базирующейся на принципе доминирования телесного бытия человека над духовным бытием [2]. Телоцентризм связывается прежде всего, с кризисом рационализма, на котором была построена значительная часть европейской культуры. Природа телоцентризма дуалистична — преклонение перед телом (соматизация) и в то же время пренебрежение к нему (телесный негативизм), что просматривается в маргинальных феноменах современной культуры: попытки модификации тела, наркомания, порнография, сексуальные девиации и т.д. Искусствоведы полагают, что многие современные феномены, связанные с человеческим телом, есть реакция на «бесчувственность» культуры, а И. М. Быховская пишет о том, что кажущиеся противоположными тенденции соматизации и телесного негативизма имеют одну основу — элиминацию телесного бытия человека из социокультурного пространства [3].

В то же время телоцентризм как мировоззренческая установка постепенно истощает себя, что-то в нем начинает ломаться: развиваются идеи «нового аскетизма», «экологии потребления», самоограничения в силу экологических, психологических и нравственных причин; дауншифтинг; практики вегетарианства и веганства, движение под названием *straight edge* (англ. — четкая грань), последователи которого не употребляют наркотических веществ (в том числе алкоголя и табака), практикуют отказ от беспорядочных половых связей. Причинами перехода на такой режим жизни являются скорее этические основания, нежели забота о своем здоровье. Люди начинают задумываться, чем они питаются не только физически, но и ментально, стремятся к аскетизму и самоконтролю, понимают экологию как важнейший аспект отношений с миром.

Я. Б. Баричко отмечает, что кризисные тенденции, развивающиеся в рамках телоцентризма, неизбежно должны привести к переоценке ценностей, которая скажется в конечном итоге на том, что человечество сможет открыть новый уровень существо-

вания и понимания телесности и перейти на него [2].

**Телесность в российской психологии.** В этом отношении в психологии предпринимаются попытки осмысления понятия телесности, представляющей сегодня самостоятельным феноменом, для изучения которого необходимо междисциплинарное взаимодействие. В разрабатываемом современной психологией понятии телесности многим специалистам видится наконец-то обретенный подход к окончательному разрешению психофизиологической проблемы, хотя, как отмечает Ю. Гиппенрейтер, посредством этого феномена, психофизиологическая проблема скорее снимается, чем решается [7].

«Бестелесный» подход в традиционной психологии приводит к потере возможности анализировать существенные компоненты переживаний и состояний, а тело в нем упоминается только как объект или причина негативных переживаний, «ущербности», нездоровья и искаженного развития [24]. Как утверждает В. Летуновский, путь к целостному присутствию человека в мире начинается с целостного присутствия в своем теле, а дистанцирование от своего тела, отношение к нему как к объекту манипуляций является признаком психического нездоровья и онтологической незащищенности [17].

Современные представления о телесности в России, безусловно, опираются на культурно-историческую концепцию развития психики Л.С. Выготского, которая позволяет сместить акценты в общих представлениях о телесном развитии человека, о социализации телесных проявлений в адаптивных и дезадаптивных вариантах развития, о закономерностях психологического онтогенеза, об опосредствованном строении высших психических функций, о новом качестве физиологических систем человека, возникающем «сверху». Культурно-исторический подход включает телесность в контекст гуманитарного знания [5]. По мнению О. А. Заржицкой, в современной российской психологии рассмотрены онтологические, аксиологические и социокультурные аспекты человеческой телесности; разработаны теоретико-методологические основы психологии телесности; реализована попытка



психологического анализа телесности как детерминанты самопроектирования и жизненного самоопределения личности; описаны варианты внутренней психологической структуры и содержания телесности, понимаемой как результат социокультурного означения и опосредования смыслом. Исследованы различные феномены телесности: образ тела, граница тела; рассмотрены возможности психологической работы с телесностью человека [10].

Анализируя многочисленные определения телесности, прежде всего, следует упомянуть, что в русском и немецком языках наряду со словом «тело» и «Körper» (нем.), обозначающими физическое тело, материю, объект, который имеют, существовало слово, обозначавшее живого, чувствующего человека — «тель» или «Leib» (нем.) — динамическую форму, через которую человек «являет себя» [12]. Современное понимание «Телесности» вырастает именно из второго аспекта понимания тела: тело-телесность, как воплощение всего, что есть в человеке человеческого и что явить в мир иным образом, кроме телесного, невозможно. Т. С. Леви так и пишет: телесность — это одухотворенное тело [12]. К. Дюркхайм говорит о том, что важно перейти от понимания тела, как инструмента, который человек имеет, к пониманию тела, которое есть он сам: «...имеется в виду весь человек, весь человек как личность в том виде (образе жизни), в котором он не только познает себя, но и живет (*der-leibt*). Это есть тело (*Leib*), как чувственно осязаемый образ, в котором я как личность присутствую тут в мире, мое окружение реально воспринимает меня, а я воспринимаю других» [9].

Сегодня одно из наиболее распространенных определений телесности описывает ее как психофизиологические, психосоматические, биоэнергетические проявления человеческого тела, характеризующиеся двигательной активностью, являющиеся результатом онтологического и социокультурного развития и осуществляющиеся в аксиологическом пространстве социума [24].

В описаниях телесности, данных различными психологами, подчеркиваются ее свойства универсального феномена, пронизывающего все уровни человеческого

существования: А. В. Немцева отмечает, что телесность проявляет духовную сущность, связывая человека с абсолютом, и в то же время она связывает нас с предметным миром и социальной средой [19]; В. П. Зинченко называет телесность пространством между одушевленным телом и овнешненной, оплотненной душой [11]; Т. Э. Цветус-Сальхова отмечает, что телесность включает в себя «два полюса бинарной оппозиции — душу и тело» [26]. Телесность не идентична телу и является самостоятельным феноменом триединой природы человека: тела, души и духа, изучение которого предполагает междисциплинарное взаимодействие [23].

Интегральное описание телесности, данное в работах Е. Рыбаловой [23], В. Л. Круткина [13], представляет телесность как некий базовый процесс человеческого бытия. Наряду с бытием естественным, социальным, духовным, экзистенциальным, телесность является основой, наиболее непосредственно данной человеку реальностью, без которой любая другая форма бытия невозможна. Феномен телесности невычленен, неочевиден для большинства и плохо отрефлексирован в обыденном сознании по тем же самым причинам, по каким мы не особенно обращаем внимание на наличие у себя, например, пальцев — пока с ними все в порядке. Телесность настолько близка к основаниям наших переживаний, что М. Боос постулирует существование «экзистенциала телесности» и пишет: «Никто еще не был способен показать, как две столь фундаментально различные вещи — метафизическая жизненная сила и бездушная химическая субстанция — могут соединиться друг с другом, чтобы образовать такое единство, как человеческая телесность» [22].

О. В. Лаврова характеризует телесность как феномен, обладающий телесно-чувственной материальной основой тела и смыслообразующей основой сознания [14]. Е. Э. Газарова указывает целый комплекс ее характеристик: 1) телесность является особым «продуктом» взаимодействия тела и духа; 2) это — видимая и переживаемая часть души; 3) телесность формируется с момента зачатия до смерти; 4) механизмы образования и «состав» телесности чрезвычайно сложны; 5) телесность (в целом



и в частности) выражает систему смыслов человека, в основе которой — отношение к смерти и жизни; б) все составляющие части телесности соответствуют друг другу (конгруэнтны) и «прорастают» друг в друга [6].

#### **Механизмы развития телесности.**

В своих статьях Е. Э. Газарова пытается детально рассмотреть механизмы формирования человеческой телесности от момента зачатия до взрослости. Она пишет, что в мышечной ткани тела древнего человека в виде вегетативных реакций организма была записана значимая для жизни информация; его «животное» тело языком реакций выполняло роль эксперта в вопросах безопасности и эволюции. В то же время у современного цивилизованного человека конгруэнтность «состояние организма — текущая ситуация» очень низка, т.к. он живет уже не в реальном, а в «идеальном» мире, его телесные реакции социализированы и жестко контролируются, а само тело подвержено директивному воздействию сознания, которое часто «заражено» иллюзиями и неадекватными представлениями. [6].

Основы уникальной телесности человека закладываются в утробе матери: первые и основные смыслы человек познает и оценивает через опыт телесных состояний равновесия и тревоги, через образование двух базовых групп ощущений: удовольствия (жизнь) и неудовольствия (смерть). Эти знаки, записанные прежде всего языком изменения биохимических реакций матери, образуют день за днем две части единого фундамента всех знаковых систем человека, формируют первые причинно-следственные связи (с кем/чем связано приятное-неприятное), образуют базовый уровень памяти человека — моторную биполярную память. Наличие или отсутствие любви матери определяет параметры развития эмоциональной памяти человека, которая закладывается на материале естественных знаков моторной памяти. Затем развивается эмоциональная память, формируемая знаками безусловной любви, вызывающей радость. Возникает уже система знаков трех типов (жизнь/удовольствие — любовь/радость — смерть/неудовольствие), которая образует базу данных первой знаковой системы — системы ощущений. На нее, постепенно развиваясь, накладывается ассо-

циативная и образная знаковые системы, а позже — системы представлений и понятий. Уникальные системы соответствий индивидов, пронизанные уникальными ассоциациями и смыслами, выражаются в едином, наблюдаемом и переживаемом, «продукте», который и есть — телесность. В ее основе — «вегетативная память» о взаимодействиях между отдельными элементами тканевой, сосудистой, эндокринной, иммунной и мышечной систем [6].

При изменениях во внешней среде адаптационные стресс-реакции проявляют характерные психосоматические феномены, порождающие более или менее устойчивый «продукт» взаимодействия психики и тела в виде индивидуальных психосоматических паттернов. При этом, как пишет Е. Газарова [6], характер переработки новой информации зависит от характера переработки прежде записанной информации. Всякая эмоционально значимая ситуация заставляет человека испытывать похожие состояния (возникшие при реакциях на похожие ситуации) через переживание комплекса первоначальных ощущений и представлений, которые возникают в результате воссоздания сформировавшегося в момент стресса системного структурного следа в организме. Происходит вспоминание тех же эмоций, мыслей, настроений, сигнализирующих о значении соматовисцеральных ощущений: сохраненная в памяти энграмма стимула-эталона узнается человеком «как прежняя», и это же справедливо для актуализации энграммы на фоне подпороговых ощущений.

Таким образом, одну и ту же информацию психика опосредованно познает через тело (вегетативная память — «субстрат» эмоционально-аффективного знания), а тело опосредованно познает через психику (узнавание стимула-эталона есть припоминание его значения).

Плотный характер взаимодействия, взаимовлияния и взаимопроникновения психики и тела соединяет энергии тела и психики в единую биопсихическую энергию человека, которая проявляется «процессуально» в характерных ритмах, темпах, температуре тела, степени его «протекаемости», движениях, позах, осанке, дыхании, запахе



и звучании. В этих реакциях, по мнению Е. Газаровой, «зашифровано» и понимание смысла, пронизывающего все состояния, переживания и действия человека, каждое движение тела или мысли которого содержит в себе смысл и обусловлено им. Смысл, как личностная значимость тех или иных явлений, сообщений или действий, их отношения к интересам, потребностям и в целом к жизненной ситуации субъекта, позволяет человеку выбирать наиболее адекватный тип поведения и формировать отношение к своему опыту [6].

Зачатки системы смыслов берут свое начало в пренатальный период развития человека, затем в раннем детстве в недрах семьи в соответствии с культуральными/национальными особенностями, общим культурным уровнем и морально — нравственными/этическими представлениями ее членов и затем поступками, самооцениванием и саморефлексией на более поздних этапах онтогенеза. В течение жизни человек «обрастает» множеством смысловых систем, но прежде других образуется базовая система смыслов «удовольствия»—«неудовольствия», которая является субъективно переживаемым и объективно наблюдаемым выражением и свидетельством вектора (+ или -) совокупной энергии индивида (греч. *energeia* — деятельность, активность, сила в действии).

Итак, заключает Е. Газарова, телесность образуется в контексте генотипа, половой принадлежности и уникальных биопсихических особенностей индивидуума в процессе его адаптации и самореализации, причем основой ее формирования является единая память. Телесность проявляется как процесс в форме тела через асимметрии, характерные движения, позы, осанку, дыхание, ритмы, темпы, температуру, «протекаемость», запах, звучание и гипнабельность. Телесность изменяема: характер ее меняется в соответствии со знаком телесно-чувственных процессов. Изменения телесности не идентичны процессам развития, взросления или старения, но все эти процессы влияют на нее и в ней проявляются. Поскольку ее формирование зависит от внешних и внутренних условий, то значительные изменения этих условий влекут за собой изменения телесности человека. На состоянии те-

лесности отражаются мотивации, установки и, в целом, система смыслов индивидуума, поэтому она хранит обобщенное знание человека и представляет собой материальный, видимый аспект души (психе). Первое назначение телесности — выполнение охранительной и поддерживающей функции в адаптационных процессах; второе — в том, что уровень ее развития позволяет человеку «резонировать» с миром, и, наконец, третьим назначением телесности является обеспечение разъединения духа/души и тела в момент смерти [6].

#### ***Телесность и психология здоровья.***

С точки зрения современной психологии здоровья феномен телесности аккумулирует в себе различные аспекты физического и психологического здоровья личности, а также ее социально-психологической адаптации. Еще У. Джемс рассматривал три элемента личности: «физическое Я» (тело человека и принадлежащие ему материальные блага), «социальное Я» (общественный статус и социальные роли) и «духовное Я» (совокупность психических особенностей и свойств) [8, 20]. Три измерения человеческого бытия описывал и В. Франкл в своей антропологической модели: соматическое измерение; психическое измерение; ноэтическое измерение [25]. Его ученик А. Лэнгле указывает на взаимосвязь этих сфер: психическая является условием существования телесной, которую, в свою очередь, можно рассматривать как инструмент для реализации духовной сферы. А реализация духовной сферы для культурного человека — важнейшее условие здорового существования телесной сферы (например, при переживании бессмысленности жизни люди склонны к суициду) [16].

В психологии здоровья телесность, начиная с традиций, заданных В.А. Ананьевым с его потенциалом тела, понимается как некий ресурс многомерного системного феномена здоровья, которое формируется на 4-х уровнях: физиологическом, психическом, социальном и духовном [1]. Современные ресурсные теории здоровья рассматривают его как совокупность имеющихся у человека ресурсов (физиологических, психических, социальных и духовно-экзистенциальных) [4; 20]. Мы полагаем,



что телесность, являясь интегративным, многоуровневым качеством, имеет отношение как к физическому, так и к остальным уровням здоровья, представляет собой непрерывно меняющийся под влиянием всех жизненных обстоятельств и в то же время инерционный, сохраняющий какие-то базовые свойства феномен. Безусловно, телесность можно рассматривать как один из адаптационных ресурсов здоровья вообще и как ресурс психологического здоровья личности, наряду с такими его элементами, как выраженные способности к саморегуляции, развитая коммуникативная компетентность, развитые познавательные и эмоционально-волевые процессы. При этом телесность еще и пронизывает, является непререваемым субстратом, как бы базовым компонентом всех названных процессов (ибо они без участия тела не происходят).

Если телесность хорошо развита, человек становится более адаптивным, соответствующим самым способом своего существования своей сути (по К. Дюркхайму, феномен прозрачности (*транспаренции*) — способность слышать свою суть, а также допускать ее в мир как изменяющую и преобразующую силу) [9]. Прозрачность тела по отношению к сути, по Дюркхайму, означает подлинность человеческого существования, способность жить во всей полноте своего существа, всецело присутствуя в ситуации, способность к постижению собственной сути, движение к целостному присутствию. В то же время прозрачность соответствует раскрытию внутренних возможностей самоисцеления: когда «больной» научится постигать (воспринимать) себя и понимать свои неудачи в мире как блокировки самоосуществления, в котором должна проявиться его собственная трансцендентальная суть — возможно выздоровление. Индикатором же феномена прозрачности по отношению к сути в концепции Дюркхайма выступает совесть, которая предстает как проявление индивидуального бытия и имеет творческий характер, и фактически олицетворяет ответственность перед собой, перед своим потенциалом и сущностью. Дюркхайм выделяет три вида совести тела: 1) «самоохранение» — проявляется в здоровье и работоспособности человека; 2) ориента-

ция на красоту, симметрию и правильность формы, на совершенство нашего облика, в котором человек предстает миру (тело и поведение); 3) прозрачность по отношению к сути.

В контексте психологии здоровья мы понимаем телесность как базовый феномен бытия человека, простирающийся между телом и духом и заключающийся в ряде способностей, которые проявляются на всех уровнях здоровья человека. Рабочее определение телесности, используемое нами в наших исследованиях, таково: телесность — это базовый компонент адаптационных ресурсов человека, являющийся результатом процессов онтогенетического, личностного роста и исторического развития человечества; присутствующий на всех уровнях его существования (телесном, психо-физиологическом, социально-психологическом и духовном) и проявляющийся в комплексе телесных способностей, осознание которых расширяет их ресурсность.

Комплекс телесных способностей (основных ресурсов телесности), на наш взгляд, включает:

- способность поддерживать энергию, работоспособность и тонус;
- развитый кинестетический интеллект, заключающийся в способности к целостным, гармоничным, эффективным, плавным и координированным движениям, позам, способам размещения в пространстве;
- способность ощущать, конгруэнтно интерпретировать, осознавать и вербализовать телесные сигналы;
- способность выражать через тело переживаемые эмоциональные состояния и считывать такие состояния у других;
- способность опираться на внутренние ощущения, телесную интуицию, подсознание при принятии решений;
- способность развивать и сохранять здоровым свое тело, чувствовать его энергетику и заботиться о его тонусе;
- способность использовать тело как универсальный смысловой «резонатор» как с физическим миром, так и с социальной средой и с миром ценностей, смыслов, идей («прозрачность» тела по отношению к Суть).

Мы понимаем телесность как ресурс интегративного здоровья, который проявляет себя на всех уровнях существования человека и фактически как бы объединяет их, создает единый субстрат процессов, происходящих на этих различных уровнях. Как и всякий ресурс, телесность подвержена динамике - в зависимости от возраста, образа жизни, уровня развития и осознанности личности. Мы предполагаем, что большее развитие телесности соответствует большей зрелости личности, т.е. в течении жизни, развиваясь, человек осваивает свое тело, окультуривает его, социализирует и одухотворяет, добивается прозрачности по отношению к Сути, и мерой этой работы может служить измеряемое качество телесности.

**Диагностика телесности.** Анализ литературы показал, что общепризнанных тестов телесности практически нет. Опросник «Образ тела», разработанный О. А. Скугаревским и С. В. Сивухой, направлен на диагностику недовольства собственным телом у лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения; компоненты эмоционального отношения к телу можно исследовать с помощью проективных тестов и опросников самоотношения; однако разработчики всех упомянутых методик не ставили своей целью диагностировать качество «телесность». Т. С. Леви сопровождала свой тренинг развития телесности следующими видами диагностических процедур: 1) наблюдение за походкой, позами и другими движениями; 2) двигательный эксперимент; 3) беседа, проводимая с целью выявления личностной динамики; 4) анкетирование, позволяющее оценить личностную динамику с точки зрения участников группы; 5) методика исследования самоотношения Пантелеева; 6) проективный рисунок человека; 7) авторские модификации методик «неоконченные предложения» и «цветовой тест отношений»; 8) модификация методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн и др. [1].

*Опираясь на уровневую модель психологического здоровья, автор с группой магистрантов разрабатывает опросник, измеряющий это качество.* Четыре базовых шкалы опросника соответствуют четырем уровням здоровья человека, в со-

ответствии с современной моделью интегративного здоровья [4; 20].

- *шкала отношения к организму, физический аспект телесности* — оценивает способность человека придерживаться в отношении организма здорового образа жизни (питание, физические нагрузки, закаливание); его компетентность, осведомленность в том, каким именно образом нужно поддерживать здоровое бодрое состояние организма; включает самооценку тонуса, общей активности и самочувствия;
- *шкала, отражающая психологический аспект телесности* — оценивает способность человека осознавать телесные ощущения, вербализовать эмоции и регулировать эмоциональные состояния; способность быть экспрессивным и повышать свой психоэмоциональный тонус за счет естественных практик; также сюда относится представления о собственном теле — образ тела;
- *шкала социального аспекта телесности* — оценивает способность к пониманию невербальных сигналов общения, способность использовать язык прикосновений в общении, социально-разделенную телесность (ощущение синергии, общности с какой-либо группой), способность доверять другим;
- *шкала духовного аспекта телесности* — оценивает способность к пониманию себя целостно, использование интуиции в принятии важных решений, способность испытывать радость бытия, пиковые и потоковые вдохновляющие состояния, быть вовлеченным, доверять миру, способность выдерживать оптимальный баланс между аскетизмом и потаканием нуждам тела (для которого требуется определенная мудрость);
- *шкала общей телесности* — является результатом сложения всех параметров, полученных по предыдущим шкалам и оценивает собственно телесность, в соответствии с нашим рабочим вышеприведенным определением.

Опросник составлен на основе порядковой шкалы с биполярным принципом упорядочивания признаков; стимульный материал содержит 25 пунктов в виде утверждений:



по четыре-шесть пунктов на каждый аспект телесности. Оценка выраженности признака осуществляется на основе 7-ми балльной шкалы. Пилотажное исследование взаимосвязи шкал экспериментального опросника телесности с такими известными методиками, как «Торонтская алекситимическая шкала», «Эмоциональный интеллект (ЭМИН)» Д. В. Люсина, «Доверие» (А. Купрейченко), «Самоотношение» (С. Р. Пантелеев), и др., показало что телесность демонстрируют значимые корреляции с эмоциональным интеллектом и доверием.

При проверке гипотезы о том, что с взрослением и развитием личности телесность изменяется, было выявлено, что у студентов-первокурсников различные показатели телесности выражены слабее, чем у магистрантов. Значимые различия между средними значениями магистрантов и первокурсников получены для шкал опросника ЭМИН «Управление своими эмоциями», «Понимание чужих эмоций», «Общий эмоциональный интеллект» и для шкал опросника Телесности «Социальный аспект телесности», «Общая телесность». Довольно высокие различия между средними показателями магистрантов и первокурсников наблюдаются и для параметров «Психологический аспект телесности» и «Духовный аспект телесности», и при увеличении количества респондентов значимость их, скорее всего, будет подтверждена.

Фактические, результаты позволяют полагать, что с взрослением и повышением уровня образования личность развивает целый комплекс ресурсов, имеющих непосредственное отношение к телесности; т.е. телесность как таковая в онтогенезе претерпевает изменения. Таким образом, на этапе онтогенеза в возрастном периоде от 18 до 27 лет у студентов-психологов происходит развитие эмоционального интеллекта, развивается общая телесность, а также такие ее параметры, как социальный аспект телесности, психологический и духовный аспекты. Кроме того, расширяется спектр корреляционных связей между эмоциональным интеллектом, доверием и различными аспектами телесности.

Раз мы смогли концептуализировать телесность, описав ее основные проявления

как способности или ресурсы, которые можно развивать, представляется оправданным описать систему средств, методов развития телесности. Фактически все техники многочисленных школ телесно-ориентированной психотерапии как раз и являются этими средствами. Однако ресурсно-уровневый подход к пониманию телесности позволяет упорядочить их не по принципу принадлежности к школе, а по принципу развития того или иного аспекта телесности — и применять не в рамках практик изолированного направления, а скорее в интегративном подходе, цель которого — оздоровление, повышение энергии и развитие всех ресурсов телесности для большей зрелости и целостности человека. Мы уже анализировали оздоровительные и развивающие аспекты телесно-ориентированного тренинга [21] и видим дальнейшее направление работы в систематизации телесно-ориентированных техник различных школ по критерию развития того или иного аспекта телесности. Реализуемая автором в ЮФУ программа повышения квалификации «Психология телесности. Телесно-ориентированные техники психокоррекции» построена именно по этому принципу.

Так, физический аспект телесности может быть развит посредством просвещения в области здорового образа жизни и фасилитации базовых оздоровительных практик закаливания, физической активности, здорового питания, аскетизма, культуры дыхания, сна и режима труда и т.д. Психологический аспект телесности можно развивать в практиках развития сензитивности и чувственного осознания, экспрессии, саморегуляции. Социальные компоненты телесности можно развивать в практиках телесных взаимодействий, танца, парной йоги, упражнений на различение границ и понимание невербальных сигналов, развитии тактильной компетентности, практиках доверия, бондинга и т.п. Развитие духовного аспекта телесности – по видимому – будет являться прежде всего продуктом синтеза всех предыдущих ресурсов, а также развития и рефлексии заземленности, центрированности, прозрачности, интуиции, процессуальности, способности вовлекаться в пиковые и потоковые процессы, в развитии экзистенциального тонуса и трансценденции. Организованный

таким образом тренинг телесности, на наш взгляд, станет современной технологией достижения новых уровней здоровья и личностного роста.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Ананьев В. А.* Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. — СПб.: Речь, 2006. — 384 с.
2. *Баричко Я. Б.* Кризисные тенденции в телоцентризме западной культуры конца XX—начала XXI в. Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота, 2012. № 3 (17): в 2-х ч. Ч. II. С. 23–25
3. *Быховская И. М.* Homo somatikus: аксиология человеческого тела. М.: Едиториал УРСС, 2000. — 208 с.
4. *Васильева О. С., Филатов Ф. Р.* Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр Академия, 2001. — 352 с.
5. *Выготский Л. С.* Записные книжки // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. — 1978. — №2. — С. 89–95.
6. *Газарова Е. Э.* Тело и телесность: психологический анализ // URL: [http://telesnost.ru/psi/telo\\_i\\_telesnost\\_psihologicheskii\\_analiz.htm](http://telesnost.ru/psi/telo_i_telesnost_psihologicheskii_analiz.htm) [Электронный ресурс], (дата обращения: 06.03.2016)
7. *Гипенрейтер Ю. Б.* Введение в общую психологию. Курс лекций. — М.: ЧеРо, 1996. — 223с.
8. *Джемс У.* Психология // Психология самосознания. Под ред. Райгородского Д. Я. — Самара, 2000. — С.7–34.
9. *Дюркхайм, К.* О двойственном происхождении человека. — СПб.: Импакс, 1992. — 156с.
10. *Заржицкая О. А.* Социально-психологический анализ телесности: возможности и перспективы // Психология телесности: теоретические и практические исследования. — Пенза, ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2009. — С. 9–16.
11. *Зинченко В. П.* Психология на качелях между душой и телом // ЗПУ. — 2005. — №3. — С.151–169.
12. *Зинченко В. П., Леви Т. С.* Психология телесности: между душой и телом. — М., АСТ, 2005. — 731 с.
13. *Круткин В. Л.* Гуманитарное знание в визуальной антропологии // Вестник УдмГУ. — 2013. — №3-4. — С.14–19.
14. *Лаврова О. В.* Концепция телесности в интегративной психотерапии // Журнал практического психолога. — 2006. — №4. — Авторский сайт Оксаны Лавровой. URL: <http://www.adhoccoaching.spb.ru/> [Электронный ресурс], (дата обращения: 06.03.2016)
15. *Леви Т. С.* Курс «Психология телесности» в профессионально-личностной подготовке психологов // Знание. Понимание. Умение. — 2004. — №1. — С. 54–67.
16. *Ленгле А.* Самость во плоти. Экзистенция и психосоматика // Консультативная психология и психотерапия. — 2015. — № 1. — С. 7–69.
17. *Летуновский В. В.* Экзистенциальная психотерапия и телесность человека. // Вопросы ментальной медицины и экологии, 2002г., том 8, №3, стр. 85-87 // URL: <http://hpsy.ru/public/x029.htm> [Электронный ресурс], (дата обращения: 06.03.2016)
18. *Лоуэн А.* Биоэнергетика: (Революция, терапия, которая использует язык тела для лечения проблем разума). — СПб.: Ювента, 1998. — 381с.
19. *Немцева А. В.* Человек и его телесность: социально-философский аспект // Вестник ОГУ. — 2013. — №7 (156). — С. 60–63.
20. *Никифоров Г. С.* Психология здоровья: Учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2006. — 607 с.
21. *Правдина Л. Р.* Телесность как ресурс здоровья и ее развитие в телесно-ориентированном тренинге // Ананьевские чтения — 2014: Мат-лы научной конф. 21–23 окт. 2014 / отв. Ред. Г.С. Никифоров. — СПб. Скифия-принт — 2014.



22. Руткевич А. М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. — М., Политиздат, 1985. — 175 с.

23. Рыбалова Т. В. Понятие о телесности в гуманитарных науках // Вестник ТюмГУ. — 2008. — №5. — С. 216–221.

24. Тхостов А. Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.

25. Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.

26. Цветус-Сальхова Т. Э. «Тело» и «телесность» в культурологических исследованиях // Вестник Томского государственного университета. — 2011. — №351. — С. 70–73.

27. Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body / ed. by Waskul D.D., Vanini P. Ashgate, 2006. — 312 p.

28. Crawford R. Health as a meaningful social practice // Health. — 2006. — 10 (4). — P. 401–420.

29. Cregan K. The Sociology of the Body: Mapping the Abstraction of Embodiment. — London: SAGE Publications Ltd, 2006. — 224 pp.

30. Shilling C. Changing bodies: habit, crisis and creativity. — London: SAGE Publications Ltd, 2012. — 216 pp.

### **Embodiment and psychology of health**

*Pravdina Lida R., Ph.D.  
(Rostov-on-don, Russia)*

**Summary:** *the article is an attempt to conceptualize the notion of "physicality" in the context of the ideas of health psychology. The different definitions of physicality and understanding of Russian psychologists. Describes the mechanisms of formation and development of physicality as a process of formation of the system of meanings of an individual based on energetic phenomena and the common memory of the body. The possibilities of analysis of corporeality as a complex multilevel adaptational abilities described in the questionnaire of corporeality and the possibility of development of physicality in body-oriented psychological training.*

**Keywords:** *Body, corporeality, telocentrism, health psychology, resources, energy, sense, body-oriented psychology, questionnaire, training.*

# СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ТЕРАПИИ

РОМЕК В. Г.,  
(Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*В статье представлены особенности соматоформных расстройств с точки зрения поведенческих и когнитивных механизмов их возникновения. С точки зрения автора, стратегия вмешательства может основываться на уходе от обсуждения симптоматики в пользу выработки эффективных стратегий преодоления неприятных ощущений.*

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, когнитивно-поведенческая терапия, ипохондрия.

УДК 159.98 + 615.851 + 159.974.2

Под соматоформными расстройствами чаще всего подразумевают болезненную и навязчивую озабоченность человека соматическими симптомами заболеваний, которые в его случае не имеют никаких физиологических оснований. Иными словами, с медицинской (соматической и физиологической) точки зрения человек абсолютно здоров, но одновременно чувствует наличие у него болезненных симптомов и убежден в наличии у него пока не определенного (некомпетентными) врачами серьезного заболевания.

Такого рода пациенты создают серьезные проблемы для врачей, поскольку отнимают время у реальных больных, склонны жаловаться и проявляют известную настойчивость в проведении все новых и новых (обычно дорогостоящих) диагностических процедур. Рекомендации обратиться к психологу или психотерапевту страдающие соматоформными расстройствами обычно интерпретируют как желание избавиться от них вследствие слишком тяжелого и сложно диагностируемого для данного врача заболевания.

По мнению Попова Ю.В. и Вида В.Д. [2, с. 218] такого рода пациенты составляют до 25% всех больных общесоматической практики и отнимают до 20% средств, расходуемых на здравоохранение, а также изрядно мешают эффективной работе узких специалистов, к которым они в конце концов попадают. Риф В. [13, с. 387] также считает, что от 20 до 50% пациентов общемедицинской практики в той или иной мере страдают от соматоформных расстройств, причем расходы страховых обществ на такого рода пациентов в 7–14 раз превышают расходы на «обычного» пациента, реально стремящегося избавиться от телесных, соматических страданий. Общая эпидемиологическая оценка доли соматоформных расстройств в популяции, по мнению автора, составляет 5–8 процентов.

Если же дело доходит до психокоррекционной работы, то и здесь трудно рассчитывать на быстрое признание клиентом того факта, что суть проблемы лежит исключительно в психологической сфере. Довольно часто соматоформное беспокойство рас-



пространяется на людей из круга ближайшего общения, а иногда в проблемы клиента оказываются вовлечены и государственные служащие, читатели специализированных форумов, сотрудники организаций, где работает клиент.

## ДИАГНОСТИКА

Соматоформное расстройство представляет собой гетерогенную группу нарушений, объединенных тем фактом, что в реальности не существует ясных органических нарушений, и многочисленные попытки врачей установить такие нарушения не имеют успеха. Пациент же настойчиво указывает на субъективно ощущаемые им симптомы, и реально беспокоится и страдает по поводу этих симптомов. Под общей группой соматоформных нарушений (F45.0 в МКБ-10) скрывается целый ряд заболеваний, включая ипохондрию (F45.2), соматоформную вегетативную дисфункцию (F45.3), хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4). Постановка диагноза зачастую затрудняется попытками некоторых клиентов приобрести какие-либо выгоды в связи с якобы наличествующим заболеванием в материальном (инвалидность) или нематериальном (внимание окружающих и близких) плане. Далее, некоторые мифические соматические проявления могут сопровождать и другие нарушения (например, панические атаки).

В соответствии с МКБ-10, соматоформное расстройство характеризуется следующими чертами:

1. Стойкие жалобы на различные и меняющиеся время от времени жалобы на соматические симптомы в отсутствие каких-либо соматических заболеваний, продолжающимися от 2-х и более лет.
2. Постоянное внимание к симптомам и озабоченность их появлением или развитием ведет к субъективно ощущаемым страданиям и постоянным обращениям к врачам. Обычно происходит смена врача, попытки самолечения или обращение за помощью к сомнительным «специалистам».
3. Недоверие результатам медицинских исследований или оспаривание заключений, свидетельствующих об отсутствии заболевания.
4. Симптоматика, на которую жалуется подобный больной, разнообразна. Это могут быть жалобы на работу желудочно-кишечного тракта или мочеполовые симптомы (боли, тошнота, тяжесть, вздутие, дурной привкус во рту, внезапная рвота, сложности с мочеиспусканием, запоры, понос и т.д.), сердечно-сосудистой системы (одышка, боли в грудной клетке, учащенное сердцебиение), кожные и болевые симптомы (покраснение, боли в конечностях или суставах, онемение). Больные могут быть весьма изобретательны и находчивы в обнаружении у себя помутнения в глазах, головокружения, импотенции или вагинизма, необычных выделений, шума в ушах и т.д. [2, с. 221–222].

Напомним, за этими субъективно ощущаемыми нарушениями не стоят никакие объективно фиксируемые органические нарушения. Аналогичные характеристики данного расстройства дает и DSM-IV, подчеркивая хронический характер заболевания (длительностью более 2-х лет), а также ранее его развитие (преимущественно до 30 лет).

## ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ МОДЕЛИ

С медицинской и генетической точки зрения пока не получено достаточно надежных данных и существовании какой-либо генетической основы соматоформного расстройства, хотя факт предрасположенности к возникновению соматоформного расстройства у детей «соматоформных» родителей и отмечают некоторые авторы. Мы чуть позже остановимся на этом подробнее.

С точки зрения когнитивно-поведенческой теории причины возникновения соматоформного расстройства могут корениться в процессах научения. Иными словами, в отсутствие соматических нарушений человек может реально страдать в результате того, что способу этого страдания он случайно, но закономерно научился, само страдание приобрело для него скрытую выгоду, а также стало дурной привычкой. Рассмотрим некоторые механизмы этого ошибочного процесса научения. Поскольку мы [3], вслед за другими исследовате-

лями, предполагаем, что законы научения универсальны и могут равным образом вести как к здоровью, так и к болезни, это даст нам возможность далее сформулировать когнитивно-поведенческие подходы к консультированию и психотерапии людей, страдающих соматоформными расстройствами. Традиционная соматически ориентированная терапия, как следует из вышеизложенного, не может дать требуемого облегчения, а лишь будет вести к наращиванию симптоматики, включая те случаи, когда прием медикаментов или посещение врача даст некоторое облегчение, выполнив функцию негативного подкрепления самого расстройства.

## ОПЕРАНТНОЕ ОБУСЛОВЛИВАНИЕ

Сказаться больным, не имея к тому соматических причин, иногда бывает очень даже приятно. В раннем детстве можно таким образом получить внимание и заботу близких именно в тот момент, когда на другие твои «достижения» они перестают обращать внимание, в школьный период мнимая болезнь позволит избежать неприятностей на контрольной, в армии или работоспособный период — избежать обременительных занятий, в старческом возрасте — опять привлечь внимание спровоцировать заботу близких. Если, сославшись на болезнь, человек получает нечто позитивное, подкрепление, то он закономерно начинает использовать болезнь или выдуманные симптомы в качестве средства, ведущего к подкреплению и сам попадает в ловушку «скрытой выгоды». Врачам он заявляет о том, что он хочет избавиться от болезни, но на самом деле избавиться от нее не хочет, поскольку вместе с болезнью он лишится и вполне реальных выгод, связанных с этой болезнью. Поэтому он скорее злится на врача, который облегчает симптомы, либо заявляет о его здоровье, и ищет другого врача, который этих «глупостей» делать не будет. Поистине, «замкнутый круг» ведущий к многолетним страданиям, избавиться от которых кажется опасным и глупым делом.

## ОБУЧЕНИЕ НА МОДЕЛЯХ (СОЦИАЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ)

Ранее я упоминал о некоторых данных о том, что в семьях соматоформных больных не всегда, но часто можно наблюдать соматоформных детей. Этот факт можно объяснить генетической предрасположенностью, но можно использовать и поведенческое объяснение. Наблюдая за тем, как, например, член семьи (братья и сестры, пожилые члены семьи, родители) получают массу заботы, сказавшись больными, а сам ты вынужден ведрами носить уголь в подвал (поскольку здоров и силен), будущий соматоформный больной, оставаясь здоровым и сильным, может просто скопировать стереотип поведения этих счастливиц, поскольку таким образом он еще и получит вторичную выгоду, о которой упоминалось выше. Состязательность в семье по типу «кто из нас больше болен» наращивает межличностные проблемы, но процесс уже запущен, и нужно оказаться самым больным из всех больных, и заявления врачей об абсолютном здоровье только снижают шансы на победу в этой борьбе.

Свой вклад в общую копилку вносят и средства массовой информации, наглядно и образно демонстрируя симптомы, от которых страдает «большинство населения» и предлагая верные способы избавления от этих симптомов.

## КОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ

Все, что человек делает, будь то плохо или хорошо, он вынужден, как минимум, объяснить сам себе. Поскольку поведение соматоформного больного выглядит необычным и причудливым, выход может состоять либо в дискредитации заявляющих о его здоровье врачей, либо в попытке самооправдания. Однажды выбранная когнитивная схема «подтягивает» множество фактов под себя и укрепляется со временем. Атака на такие схемы, например, о «неизвестном медицине заболевании», будет встречена в штыки. Крутящиеся в голове, либо реализуемые в скрытой речи формулировки наподобие:



- Я медленно, но верно умираю, и головокружение и сердцебиение — верный тому симптом
  - С каждым днем мне все хуже и хуже, и никто в этом мире не может и не хочет мне помочь
  - Я с этим ничего поделать не могу
  - И все это в комплексе — абсолютно ужасно
- становятся все более автоматическими убеждениями.

Убеждения о причинах болезни все в большей мере интернализируются, человек начинает всерьёз верить, что причины регистрируемых им симптомов, его заболевания лежат внутри него самого, а вовсе не являются следствием ситуационных факторов, например, необходимости подняться пешком на пятый этаж, поскольку лифт сломан.

Другой когнитивный механизм («соматосенсорное подкрепление»), способствующий укреплению когнитивных схем, заключается в своеобразной настройке внимания именно на неприятных симптомах, что закономерно приводит к игнорированию признаков здоровья. Человек как бы ищет известные ему болезненные симптомы, и реагирует на малейшее беспокойство. Такая настройка внимания тоже становится болезненной привычкой. Правда, иногда, уехав куда-нибудь в Таиланд на пару недель, человек оказывается захвачен новыми впечатлениями, именно там он начинает, наконец, жить счастливой жизнью, но процесс возвращения оказывается тем более болезненным. Да и в Таиланде можно найти каких-нибудь «особенных» врачей, которые за деньги совершают требуемые манипуляции или обнаружат застарелую болезнь. Артур Барский и Г. Вишак [10,11] корень такого «замкнутого круга» видят в том, что соматоморфные пациенты с большим вниманием относятся к своим телесным симптомам, даже в том случае, если они являются вполне естественными проявлениями повседневной жизни, оценивают эти проявления как катастрофические, чем укрепляют еще большее к ним внимание. Этот круг замыкается использованием ими «стратегии избегания или предотвращения», выражающейся в избегании любых стрессов, в том числе — и физической нагрузки, что, в свою очередь, может

привести и к вполне соматическим нарушениям. Жизнь, свободная от всех тревог и неурядиц, усталости, болей и страданий становится недостижимым идеалом, сравнение себя с которым вызывает новые страдания. Не удивительно в этой связи и тот факт, что до 50% соматоформных больных страдают одновременно от расстройств аффективного спектра (депрессии и фобии), что опять склоняет их к походам во врачебные кабинеты [13].

## ПСИХОТЕРАПИЯ

Из всего вышесказанного следует, что соматоформные больные будут настойчиво стремиться к медикаментозной или чисто лечебной помощи, рассматривая себя в качестве неизлечимо телесно больных, и будут упорно отрицать возможности психотерапевтического лечения. Когнитивно-поведенческая терапия опирается на тот факт, что излечить душевно человека, который этого не хочет, можно только в том случае, если изначально будет сформирована мотивация к таким изменениям. Схемы мотивационного интервью, применяемого с успехом в терапии зависимостей, вполне могут быть применены и в данном случае. Не останавливаясь подробно здесь на анализе кратковременных и долгосрочных последствий болезненных и здоровых когнитивных и действий (интересующиеся найдут подробную информацию в специализированных источниках [1, 3, 9]) отметим лишь, что без этой «когнитивной проработки» терапия имеет все шансы на провал.

Подробное обсуждение телесных симптомов, их происхождения в далёком детстве, реализации их в настоящем и их катастрофическом развитии в будущем так же едва ли будет успешным началом терапии, скорее приведет к ее медленному или быстрому краху. Здесь скорее все внимание следует сконцентрировать на выработке эффективных стратегий совладания с этими симптомами, улучшении функционирования в трудных жизненных ситуациях и повышении качества жизни, например, с помощью эутичной психотерапии [5, 6].

В соответствии с греческим смыслом слова под «эутичными» переживаниями и

действиями понимается все, что хорошо для души. Эутичные переживания и действия тесно связаны с позитивными эмоциями и хорошим настроением. Здесь можно увидеть тесную аналогию с понятиями позитивного и негативного подкрепления по Б. Ф. Скиннеру [7, 8], составляющими одну из основ поведенческой психотерапии. В случае соматоформных расстройств речь может идти об обучении клиента навыкам «сканирования» собственных телесных ощущений не с точки зрения того, что его беспокоит, а с целью поиска «зон спокойствия и удовольствия» с последующей произвольной концентрацией внимания именно на этих зонах и ощущениях. Довольно часто соматоформные больные в качестве болезненных симптомов, которые, с их точки зрения, нужно тщательно изучать и фиксировать, чтобы облегчить врачу точную постановку диагноза, рассматривают самые обычные физиологические процессы, которые вполне совместимы со здоровьем. Имеет смысл либо переключить их фокус внимания, либо провести когнитивное реструктурирование в направлении более реалистичного представления о признаках здоровья.

В ходе поведенческих экспериментов можно проверить (предположительно, ошибочное) убеждение о катастрофической непереносимости регистрируемых клиентом болезненных симптомов и предложить поведенческие стратегии овладения ими, например, с использованием релаксации, внутреннего или внешнего отвлечения [4]. На следующем этапе желательно добиться от клиента «позиции исследователя» в отношении собственных ощущений и сопровождающих их автоматических мыслей, которые, в свою очередь, вполне уместно подвергнуть процедуре оспаривания (А. Эллис, А. Бек и вся школа когнитивной терапии помогут в этом [1, 9]).

Собственно, этот комплекс мероприятий должен бы дать возможность клиенту убедиться в том, что его представления о собственной беспомощности в отношении преодоления болезненных симптомов, требующие обязательного вмешательства суперкомпетентных врачей, могут быть расширены или заменены убеждением в том,

что он и сам вполне справится с неприятными ситуациями или ощущениями.

Иными словами, все мероприятия ориентируются в этом случае на преодоление замкнутого круга соматизации в пользу поведенческой тренировки позитивных (исключающих бегство и предотвращение) копинговых стратегий, восстанавливающих эффективную саморегуляцию.

Отдельно нужно сказать о возможности включения в процесс терапии людей из ближайшего окружения клиента (если это возможно). С ними желательно провести отдельную подготовку, направленную на выработку навыков игнорирования соматизации и подкрепления вышеупомянутых стратегий совладания близкого им человека.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. — СПб.: Питер, 2002. - 542 с.

2. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро-М, 1997. — 491 с.

3. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва: Академия, 2002. — 191 с.

4. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2004. — 256 с.

5. Ромек В. Г., Ромек Е. А. Тренинг наслаждения. СПб.: Речь, 2003. — 150 с.

6. Ромек В. Г., Ромек Е. А.: Эутичные стратегии и перспективы когнитивно-поведенческой психотерапии // Российский психотерапевтический журнал, № 1(6) 2013, С. 26–31.

7. Скиннер Б. Ф.: Что такое бихевиоризм? Введение [Электронный ресурс] // URL: <http://rucbt.ru/basic/skinner-bf-cto-takoe-biheviorizm-vvedenie> (дата обращения: 16.03.2016).

8. Скиннер Б. Ф.: По ту сторону свободы и достоинства. — М.: Оперант, 2016. — 189 с.

9. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход / Пер. с англ. — СПб.: Изд-во Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 271 с.



10. Barsky A. J. and Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification // *Brit. J. Psychiatry*, 1990, 157. — P. 404–409.

11. Barsky A. J., Wyshak G. and Klerman G. L. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis// *J. Psychiatric Res.*, 1990, 24. — P. 323–334.

12. Hawton K., Salkovskis P. M., Kirk J., Clark D. M. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: a Practical Guide*, Oxford: Oxford Medical Publications, 1989. — 472 p.

13. Rief W. *Somatoforme Stoerungen* // Linden M., Hautzinger M. *Verhaltenstherapie. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsganleutungen*, Springer, 1996. — S. 387–402.

### **Somatoform disorders in cognitive-behavioral theory and therapy**

*Romek Vladimir G., Ph.D.,  
(Rostov-on-Don, Russia)*

**Summary:** *In the article views manifestations of the somatoform disorders in terms of behavioral and cognitive mechanisms of their appearance. The author suggests that in the cases of such disorders psychotherapeutic intervention should be based on avoiding the discussion of symptoms to developing effective strategies to overcome the discomfort.*

**Keywords:** *somatoform disorders, cognitive-behavioral therapy, hypochondria.*

## ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ

БЕЛИНСКАЯ Е. В.,  
(Южный федеральный университет,  
Ростов-на-Дону, Россия)

### Аннотация

*В статье рассматривается психокоррекция психосоматических заболеваний с помощью метода системных расстановок. Описываются практические случаи работы с различными симптомами. Заболевание рассматривается как системный феномен, от которого можно освободиться в процессе системной (семейной или структурной) расстановки.*

**Ключевые слова:** психокоррекция, метод системных расстановок, психосоматические болезни, расстановки симптома, симптом.

УДК 159.98+615.851+159:616

В нашей предыдущей статье, носящей исключительно теоретический характер, указывалось, что здоровье, также как и психосоматические заболевания являются результатом того или иного рода организации взаимодействия между элементами подсистемы, подсистемами и системами [1]. Здоровье, таким образом, является результатом оптимального взаимодействия человека с самим собой и с окружающим его миром на микро и макросоциальном уровне, а болезни — результатом компенсаторного приспособления в условиях нарушенных, напряженных отношений с миром и собой. Ряд авторов также указывают, что болезни и предболезни являются некоторым неадек-

ватным способом приспособления, адаптации к неблагоприятным (фрустрирующим определенную потребность) условиям [2].

Данная статья посвящена теме психокоррекции психосоматических заболеваний с помощью системного подхода, а именно в рамках метода системных расстановок. В данном методе принято считать, что за любыми соматическими проблемами стоят психологические причины. Соответственно, метод предполагает работу с широчайшим спектром заболеваний.

Метод системных расстановок базируется на законах развития семейной системы. Цель метода: во-первых, исследование особенностей организации системы, к которой



принадлежит человек, обратившийся за психологической помощью, во-вторых, упорядочивание внутрисистемных связей через преодоление так называемых системных переплетений.

Автор этого метода Берт Хеллингер постулировал, что при нарушении системных законов [4] возникают системные переплетения. Системные переплетения — это дисгармоничные процессы в настоящем или в прошлом семейной системы или рода, которые приводят к незавершенным, наполненным тревогой и напряжением состояниям и ситуациям, неосознанно вовлекающим младших членов семьи в то, что происходит или происходило в жизни родителей или более ранних предков. Системные переплетения являются следствием работы закона уравнивания системы [3, 4]. Потомки, подчиняясь данному закону, неосознаваемо вовлекаются в решение нерешенных предками задач: «доделать», «прожить», «догоревать» что-то и за кого-то. Таким образом, человек может оказаться в неосознаваемой ловушке, в переплетении с судьбами предков. Сам того не зная, он решает чужие жизненные задачи и проживает не свою жизнь.

Метод расстановок позволяет освободиться от переплетений, благодаря чему человек начинает реализовывать свои жизненные цели, а не решать задачи предков, жить в настоящем, а не в прошлом. Как следствие высвобождаются очень мощные жизненные ресурсы, недоступные ранее из-за неосознанной вовлеченности в процессы прошлого. По мере освобождения от системных переплетений восстанавливается внутрисистемный порядок и человек получает возможность обрести телесную гармонию и здоровье.

Помимо вышеуказанного метод системных расстановок настолько расширяет понимание человеком действительности и своего места в семейной системе, что для этого необходим буквально один психокоррекционный сеанс. Действительно, в процессе личной расстановки человек получает уникальную возможность честно со стороны посмотреть на то, как работает его семейная система и какое место и роль он занимает в ней, какие отношения

выстраивает с другими людьми и с собой. Расстановка дает возможность увидеть самый глубинный уровень взаимоотношений, когда они максимально раскрыты, будучи очищенными от защитных игр и манипуляций, столь популярных в ежедневной жизни современного человека. Такая глубина и честность обеспечивается тем, что в ходе системного взаимодействия фигур расстановки заместители находятся в трансовом функционировании, а также отсутствием потребности заместителей актуализировать психологические защиты.

Прежде чем перейти к описанию конкретных случаев работы с психосоматическими болезнями, следует отметить, что в методе системных расстановок такой процесс принято называть расстановкой симптома.

Расстановка симптома — это такая психокоррекционная работа, в которой одной из важнейших фигур расстановочного процесса является фигура симптома. Работа с симптомом в данном методе может принимать форму семейной или структурной расстановки. В первом случае в процессе работы участвуют фигуры, замещающие тех или иных членов семейной системы или рода, во втором случае — структурные фигуры, например, цель, препятствия, ресурсы и др.

Необходимо отметить, что в ходе симптомных расстановок возможны 3 исхода: симптом уходит, течение болезни облегчается или человек научается адаптироваться к своей болезни. То, каким будет исход, конечно же, зависит от многих факторов, но одним из важнейших факторов является мотивация работы, готовность быть честным и настойчивым в движении к цели — быть здоровым.

Если вышеуказанные условия соблюдаются, то исход оказывается самым благоприятным. Так, около 2 лет назад ко мне на прием пришла девушка с жалобами на целый ряд серьезных психосоматических проблем. Помимо постоянных проблем с желудочно-кишечным трактом она регулярно испытывала тошноту, слабость, мелькание в глазах, а также стояла на учете у невропатолога в связи с судорожной готовностью. В результате целого комплекса психосоматических проблем она с тревогой относилась к необходимости пребывать в публичных

ситуациях. С еще большей тревогой она оставалась дома одна, боялась в одиночестве перемещаться по городу: казалось, что вот-вот возникнет какой либо приступ, и никто не сможет ей помочь. Как следствие, девушка жаловалась на то, что ей непросто строить коммуникации с миром. В процессе более или менее регулярной работы в течение двух лет, в которой фундаментом были групповые системные расстановки, где прорабатывались различные симптомы на разных системных уровнях, а также индивидуальная расстановочная работа с симптомами, у девушки обнаружился огромный прогресс. Она осознала, что симптомы помогали ей выстраивать взаимоотношения с мамой, а именно компенсировать недостаток любви со стороны мамы, отличавшейся нарциссическими чертами личности, а также все же получать материнскую любовь хотя бы в процессе болезни. Кроме того симптомы были результатом привычки «спасать» взрослых: папу, бабушек, нести их тяжелый, отнюдь не детский груз. Клиентке пришлось честно посмотреть на эти и другие факты и найти силы для трансформации, в том числе она сумела принять свои симптомы (вместо того, чтобы с ними воевать), прежде чем достичь первых улучшений. В результате освобождения от психосоматических проблем она смогла успешно закончить ВУЗ и прошла переквалификацию по специальности «Психология», устроилась на работу и успешно совмещала учебу с работой, позабыв о хронической усталости и упадке сил. Ей стали легче даваться контакты со сверстниками. Она забыла о страхе оставаться дома одной и выходить из дома. Так, за 2 года она 4 раза сумела съездить на отдых за границу, хотя ранее даже мечтать не могла о такой возможности.

Конечно же, такой терапевтический успех бывает не всегда, ведь психокоррекция это совместные усилия психолога и клиента. От последнего требуется такая же настойчивость в движении к цели как у вышеописанной девушки. Часто клиенты, пройдя расстановку, не сообщают о ее результатах, разворачивание которых требует времени. Нередко об этих результатах приходится узнавать от их родственников и

знакомых, которые впоследствии приходят на прием и рассказывают буквально неожиданно чудесные истории изменений.

Чтобы лучше понять особенности работы методом системных расстановок с психосоматическими заболеваниями обратимся к описаниям конкретных случаев психокоррекционной практики.

Как известно одной из распространенных психосоматических проблем является лишний вес. Приведем несколько случаев работы с запросом об освобождении от лишнего веса.

В работе с клиенткой, назовем ее Анной, было принято решение делать расстановку симптома, т.е. ставить в поле клиентку и лишний вес как симптом. Оказалось, что симптом ведет себя как человек. Он льнул и обнимал клиентку, говорил об их тесной связи. Введение в поле матери клиентки показало, что симптом имеет отношение к ней: симптом и мать сильно реагировали друг на друга. После того как было выяснено, что симптом замещал нерожденного самого первого ребенка матери (который ею субъективно исключался), использовались специальные исцеляющие фразы. Данные фразы были направлены на преодоление исключения и идентификации клиентки с нерожденным старшим братом, разграничение границ их судеб. Это позволило заменить слепую, неосознанную любовь и близость к брату осознанной любовью и памятью. Когда брат понял, что его любят, принимают в семью и будут помнить, симптом самостоятельно покинул поле, т.е. освободил клиентку от этой компенсирующей исключения близости. Таким образом, лишний вес клиентки был следствием классической проблемы исключения члена семьи.

На примере этого случая следует отметить, что в системной работе методом расстановок проверкой верности найденного решения/ исцеляющих фраз является факт покидания фигурой симптома поля расстановки. Как только обнаруживается узловое системное нарушение (переплетение) и находится верное решение для его устранения, симптом становится ненужным системе, утрачивается его целесообразность. Именно поэтому он покидает семейную систему клиента. В этом случае заместитель симптома



чувствует себя ненужным, незначимым, слабым, и в конечном итоге выходит из расстановки, садясь на свое место в группе.

Расстановка Марины показала, что фигура симптома (лишний вес) связана с фигурой ее свекрови. А именно симптом регулировал отношения клиентки и ее свекрови. Когда Марина вышла замуж (около 15 лет назад) свекровь не воспринимала ее всерьез, бесцеремонно нарушала границы молодой семьи, пыталась вмешиваться во взаимоотношения и дела супругов. В то время клиентка имела стройную, хрупкую фигуру. Когда она родила ребенка, и свекровь стала вмешиваться во взаимоотношения с детьми, самовольно, без разрешения матери, принимать решения о детях, клиентка поняла, что защищать теперь надо не только себя, но и ребенка. Здесь на помощь пришел вес. Он стал постепенно увеличиваться. Когда свекровь самовольно коротко постригла ребенка, клиентка впервые не выдержала, резко проявив злость в адрес свекрови. Из-за переполнявших эмоций ей пришлось буквально заявить свекрови, что если та еще раз без спроса подстрижет ребенка, то она ей «ведро на голову наденет». Вес продолжал расти. Расстановка показывала, что при нынешнем лишнем весе клиентка может себя достаточно уверенно чувствовать в отношениях со своей свекровью, ведь ее вес теперь превышает вес свекрови.

Причины психосоматических болезней, как правило, похожи на луковицу, то есть имеют комплексный многослойный характер. Так же и в этой расстановке. Отношения со свекровью оказались лишь первым слоем. В своей работе мы пошли дальше и увидели, что симптом также регулировал отношения с мужем, являясь компенсацией невозможности в достаточной мере принимать и уважать своего мужа. Поработав с темой принятия и уважения супруга, далее мы вышли на отношения клиентки с отцом. Расстановка показала, как это обычно и бывает, что корни неприятия и неуважения к супругу лежали в неприятии и неуважении отца.

Клиентке не посчастливилось быть любимой дочерью своего отца. Росла она без него, отец фактически сумел лишь подарить ей жизнь, но не душевную любовь и заботу в процессе совместной жизни.

Мама клиентки занималась карьерой и ее отца она выбрала для зачатия ребенка как физически крепкого, привлекательного и ментально развитого мужчину. Замуж она за него не вышла, да и он не звал. Из индивидуальной работы с клиенткой и разбора генограммы слало ясно, что мать клиентки неосознанно выбрала мужчину, который не готов к длительным отношениям. Расстановка показывала, что у Марины в адрес отца была выражена сильная злость и обида. Признать отца она смогла лишь формально и пренебрежительно. Очень непросто было отпустить обиду на отца. Сделать это мешала неотреагированная злость в адрес отца. Клиентка сама сказала «Стоп» продолжению работы. Она не готова была идти дальше и имела на это право. Ведь работа хороша до тех пор, пока человек способен расстаться с психологическими защитами. На этот раз мы сделали достаточно много, поработав с отношениями со свекровью и супругом. Может быть через время, когда Марина переработает сделанную работу у нее найдутся ресурсы для продолжения.

Работа с избыточным весом методом расстановок как правило показывает, что с данным симптомом связаны очень мощные глубинные защиты от тех или иных аспектов окружающего мира, либо от мира в целом. Именно поэтому часто в этой работе клиенты сами говорят «Стоп, достаточно», понимая, насколько важную защитную функцию выполняет их вес. Работа с еще одной клиенткой показала, что большой вес может и не является эталоном красоты и моды, однако позволяет чувствовать себя «большим» и сильным человеком. В конце расстановки, осознав защитную роль симптома, и поняв, что без него придется пережить чувства слабости и беспомощности, клиентка тоже сказала «Стоп» работе. Возможно, работа с темой лишнего веса методом системных расстановок помогает его носителям понять, что отказ от него для них имеет слишком большую цену и может заставить их почувствовать себя слишком незащитными перед миром.

От темы избыточного веса перейдем к описанию работы с миомами и другими женскими проблемами.

Клиентке по имени Кристина 49 лет. Некоторое время назад, именно в тот период, когда появилась миома, Кристина пыталась строить отношения с мужчиной страдающим наркоманией. Он был более чем на 10 лет младше ее. У них был прекрасный секс, мужчина хотел продолжения отношений. При этом Кристина решила эти отношения закончить, рассматривая их как бесперспективные из-за безответственности партнера.

Клиентка на роль симптома предпочла выбрать мужчину, полагая, что симптом связан с бывшим партнером. Как мы и предполагали, расстановка показала иную причину симптома. Заместительница клиентки вела себя подобно маленькому ребенку и даже младенцу на доречевом этапе развития. Она схватила за шею поставленного в расстановку заместителя бывшего партнера, раскативалась с ним, смеялась, дурачилась, ничего не говоря. Когда я предложила заместительнице клиентки назвать свой реальный возраст, она возразила и запротестовала. Ввод фигуры матери тоже вызвал у заместительницы клиентки капризный протест. Симптом находился в поле расстановки рядом с заместительницей клиентки. Он стал отходить лишь тогда, когда по моей просьбе она стала проговаривать исцеляющие фразы о своей взрослости и готовности учиться брать на себя ответственность за свою жизнь. Данная симптомная расстановка очень хорошо отражала центральную проблему клиентки – проблему ее безответственности. Это хорошо было видно в процессе ее обучения в одной из психотерапевтических программ, проводившихся под моим руководством. Она регулярно пыталась нарушать правила работы группы, требовала к себе особого отношения, привилегий, скидок, особого понимания и требования войти в ее положение. На обучающей группе она скорее преследовала клиентские, а не обучающие цели, ожидая, что мир должен дать ей по максимуму, а если не получала, обижалась.

Клиентка по имени Екатерина обратилась с запросом на расстановку по поводу миомы в связи с тем, что в течение полугода не могла забеременеть. Расстановка показала, что симптом регулировал отношения клиентки с мужем. Было видно, что коммуникативный

процесс между супругами не налажен. Они не могли говорить друг другу о главном, о своих чувствах. При этом со слов клиентки она много и регулярно общается с мужем. Расстановка также показывала, что на глубинном уровне ни муж, ни она не хотят ребенка. При этом заместитель мужа выявил амбивалентное отношение к данной теме: вначале отрицал свое желание, а затем категорично настаивал. Заместительница Екатерины также демонстрировала нежелание, но не готова была сказать об этом супругу. Так или иначе, паре было сложно поговорить об этой теме честно. Далее расстановка обнаружила, что супруги действительно умеют быть хорошими друзьями, но не могут быть друг для друга мужчиной и женщиной. Заместительница клиентки легко могла сказать заместителю ее супруга «Ты мой муж, а я твоя жена», но не способна была произнести: «Я твоя женщина, а ты мой мужчина». Эта фраза отвергалась и вызывала защитный смех. Первая же фраза отражала дружеские чувства в их браке. Заместитель мужа произнес в адрес жены: «Да, хороший друбан, но не женщина». Дальнейшая работа выявила, что женственность клиентки осталась на уровне развития девочки, но не взрослой женщины. Клиентка завершила расстановку с пониманием, что далее для решения проблемы с миомой необходимо заняться вопросом своей женственности, а именно взрастить ее, дать ей созреть, чтобы быть не просто хорошим человеком для мужа, но и его женщиной.

Интересной была расстановка, направленная на решение проблемы бесплодия. Проведенная работа показала, что в семье клиентки имеется тайна относительно раннего аборта матери. Из системной работы известно, что тайны формируют мощную отрицательную семейную динамику, носящую название переплетение. Как следствие семейная система «заставила» клиентку идентифицироваться, во-первых, с абортированным ребенком, а, во вторых, выступать для этого забытого ребенка в роли матери, которая бесконечно им беременна. Интересно, что врачи в данном случае, исследуя причину бесплодия, выявили у девушки уникальный гормональный фон, в соответствии с которым организм не мог



принять беременность, так как уже как бы был беременным.

Работа с темой бесплодия показала, что за гинекологическими проблемами может стоять не только нагруженность по линии самой женщины, например страх родов, доставшийся от матери), но и отягощения по родовой линии ее мужа. В случае клиентки по имени Елена, системная расстановка обнаружила, что отягощенность по линии мужа оказалась более мощной. Так, выяснилось, что гинекологические проблемы могут «защищать» пару от беременности. Они «защищают» не только от страха родов, но и хранят верность сына своей уже умершей матери, ограждая от связи с женой. Симптом в данном случае замещал умершую свекровь клиентки и стоял между ней и мужем. После того, как муж сказал матери, что для него немного важнее жена и провел границу между собой и покойной матерью, симптом ушел к той, кого он замещал. Дело, конечно, не только в муже Елены и его матери, ведь выбор мужа позволяет женщинам разыгрывать свои сценарии, и соответствует их ограничениям.

Предлагаем еще немного поговорить о женских проблемах. При этом в данном случае речь пойдет об органе ответственном за производство гормонов. У Ирины были проблемы с щитовидной железой, причем по мнению врачей она нуждалась в оперативном лечении. В области железы она чувствовала боль и тяжесть.

В данном случае, поскольку работа велась в обучающей группе, было принято решение сделать структурную расстановку симптома. Поэтому в расстановку кроме заместительницы были введены не члены семейной системы клиентки, а фигуры темы (симптом) и темы за темой.

После постановки фигур было видно, что заместительница клиентки устойчиво смотрела вниз, в пол. Работая с темой стоящей за темой, мы постепенно вышли на фигуру абортированных детей. Клиентка в возрасте чуть больше двадцати лет родила двоих детей погодками. Вскоре после этого наступили еще две беременности. Ирина сообщила, что была вынуждена сделать аборт, т.к. не было ни финансовых, ни физических возможностей для рожде-

ния этих детей. Именно с фактом абортов был связан взгляд заместительницы вниз. Она спустя двадцатилетие так и не приняла факт аборта и не отпустила души детей. В ее душе было много боли, поэтому заместительница Ирины смотрела на абортированных детей, а сама Ирина, как часто бывает в подобных случаях, из-за боли предала историю забвению, не сумев отпустить ее.

Вначале работы абортированные дети чувствовали одиночество, злость и обиду. После работы с исцеляющими фразами по принятию этих детей, когда им было отведено хорошее место в душе клиентки и таким образом хорошее место в системе, дети успокоились и благожелательно, с любовью выразили желание уйти, отпустить мать. Однако заместительница клиентки продолжала пребывать в сильных чувствах скорби и вины. Она по-прежнему была не готова отпустить вину, приняв на себя ответственность за совершенный выбор. Дальнейшая работа была направлена на формирование готовности сделать взрослый выбор в пользу ответственности, когда человек честно для себя признает свой выбор и цену этого выбора, одновременно обретая способность ценить то, в пользу чего сделан выбор.

Если человек обретает умение ценить свой выбор, тогда те, кто был вынужден уступить место, также оказываются ценными и уважаемыми, ведь тогда их жертва оказывается ненапрасной, ценной. В противном случае, когда человек испытывает вину, корит себя, он не признает важности и ценности той жертвы, которая имела место быть. Только ответственность делает человека не только взрослым, но и свободным от груза, переплетений, а также свободными делает и тех, кто с этим человеком связан. Ирине очень не просто было пойти в работе до конца, отпустив вину. Таким образом, нам пришлось закончить расстановку с тем, что ей еще предстоит впустить в себя то, что было сделано в расстановке. После окончания работы я предложила Ирине на некоторое время побыть одной, выйдя за пределы группы. Вернувшись через некоторое время, клиентка сообщила, что ей удалось хорошо поработать, продвинувшись в принятии своей ответственности. Ирина отметила, что теперь, после принятия ответственности, она чувствует

легкость, расширение пространства в области щитовидной железы.

Как показывает наша практика, часто психосоматические проблемы связаны с родовыми темами, однако нередко симптом является компенсацией супружеских проблем. Одной из ярких расстановок на эту тему была расстановка Ольги, которая жаловалась на сильные мигрени. Расстановка показала, что симптом Ольги спланировал семью, не давал ей распасться, буквально соединяя супругов. Иногда в условиях семейной дисфункциональности, когда не вырабатываются здоровые механизмы объединения двух «я» в «мы», на помощь приходят психосоматические симптомы. Как это ни парадоксально, такой неприятный феномен как симптом может спланивать семью, канализируя чрезмерное напряжение, отводя внимания от проблемы и переводя его на себя. Вот и в данном случае определенная эмоциональная незрелость Ольги, обусловленная детским травматическим опытом, не позволяла ей в должной мере ценить, любить своего мужа и испытывать к нему интерес. При этом ее муж Игорь, как показала расстановка, был достаточно достойным и любящим мужчиной. После специальной работы, направленной на взросление детской части клиентки, заместитель Ольги стал смотреть на мужа с интересом, а самое главное, пыльным цветом расцвело ее сексуальное желание в адрес мужа. С этого момента симптому нечего было делать в этой паре, и он покинул поле расстановки.

Перейдем к теме симптомов детей. Как известно, симптомы детей всегда являются компенсацией тем проблемных тем, с которыми не справляются супруги, родители этих детей.

Запрос сделала женщина по имени Алина. Ее целью было избавить от симптома дочь, ребенка младшего школьного возраста. Расстановка обнаружила, что симптом «пришел» к ребенку из системы отца. Вначале было видно, что он относится именно к отцу ребенка. Вероятно, мама это чувствовала, и как следствие проявляла чрезмерную суетливость в попытках защитить, обезопасить ребенка от такого «подарка». Но вся неочевидная сложность заключается в том, что если запретить ре-

бенку брать у отца или любить и уважать его, то ребенок будет буквально вынужденным оказаться в тесной связи с отцом, в том числе перенимая его проблемы. Поэтому исцеляющей интервенцией в данном случае для заместительницы клиентки была следующая фраза, обращенная к ребенку: «В тебе половина от твоего отца, также как от меня, и ты можешь брать у своего отца, быть похожей на него». Такая фраза разъединяет ребенка и проблему, снимает системную динамику, заставляющую младших компенсировать ошибки старших. Буквально магическую исцеляющую силу данной фразы мы увидели тут же. После того как заместительница клиентки произнесла ее, симптом сразу отступил от ребенка и переместился на свое место, к отцу. Далее в расстановке выяснилось, что симптом не изначально принадлежал отцу ребенка, его ему передала мать, т.е. бабушка ребенка. Поскольку ни отца, ни бабушки на расстановке не было, мы, безусловно, не стали снимать переплетения в этой части рода (неэтично и бесполезно производить действия в системе людей, которые не делали запроса на работу). Чтобы помочь ребенку мы провели необходимую границу между родами. Следует подчеркнуть, что граница — это ни стена. Граница не лишает контакта, наоборот именно четкие личные границы являются необходимым условием контакта. При этом границы защищают от того, чтобы брать на себя чужое. Хочется пожелать маме ребенка спокойствия и веры, ведь страх и суета создают бреши в защищающих границах.

Одна из расстановок симптома ребенка была сделана нами с помощью колоды ассоциативных метафорических карт «Персона» на одном из обучающих семинаров. Мама ребенка обратилась с жалобой на то, что ребенок страдает от аллергии. Метод системных расстановок уже давно обнаружил, что часто аллергия связана с отвержением кого-то из членов системы. Именно это и подтвердила наша работа. Однако ребенок никакого отношения к отвержению не имеет. Он, как это и «принято» в семейных системах страдал за старших.

Вначале я предложила Юлии, маме ребенка, из колоды «Персона» выбрать ребен-



ка, его симптом, его родителей, дедушек и бабушек. Вторым этапом было отслеживание связи между симптомом и членами семейной системы. Такое отслеживание производилось с помощью специальных техник, применяющихся в расстановках с ассоциативными картами. В результате вначале обнаружилось, что симптом ребенка одновременно связан с мамой, то есть с Юлией и бабушкой ребенка по материнской линии. Дальнейшая работа с картами методом расстановок показала, что симптом касался взаимоотношений Юлии с ее отцом. Это подтверждали также жесты Юлии: она, сама того не замечая и считая тему проработанной в предшествующей терапии с другим психологом, делала пренебрежительные и обесценивающие жесты в адрес карты, которая выступала замещающей картой для ее отца. Карта симптома ребенка была отдана его хозяйке, т.е. маме ребенка. Далее мы работали со специальными исцеляющими фразами, которые помогли Юлии простить, принять отца, признать факт предшествующего неуважения к нему и выразить готовность учиться уважению.

Так как данная симптомная расстановка ребенка проводилась на обучающем семинаре, который длился два дня нам повезло на следующий день узнать от Юлии, что, вернувшись домой вечером, она обнаружила сына свободным от признаков аллергии, которые еще утром проявлялись пыльным цветом.

В заключении рассмотрим еще несколько частных случаев. Обе клиентки на момент данных расстановок были достаточно проработанными психотерапевтически, поэтому коррекционная работа вывела нас не столько на семейно-родовую проблематику, сколько на тему личностной зрелости и принятия мира и себя в этом мире.

Ангелина желала освободиться от сутулости (визуально неярко выраженная проблема). Я предложила клиентке выбрать заместителей для себя; темы (сутулость); темы, стоящей за темой; окружающего мира; сверх того.

Начало расстановки обнаружило, что симптом защищал клиентку от того, что стояло за этим симптомом. Далее стало видно, что, несмотря на доброжелательное отношение к Ангелине окружающего мира, она

проецирует на него свою враждебность, очевидно являющуюся результатом детских психотравм. Также было видно, что клиентка защищалась, пряталась, буквально убегала от фигуры «и сверх того». Это показывало, что у Ангелины нет контакта ни с ресурсами внешнего мира, ни с ресурсами высших сил. Таким образом, внешний мир для клиентки и на горизонтальном и на вертикальном уровне оказывался враждебным, но враждебность эта было не объективной, а субъективной, спроецированной изнутри личного психического процесса. Сутулость в этой ситуации оказывалась ни чем иным как защитой от опасностей, которые нес клиентке ее детский взгляд на мир. Соответственно, в дальнейшей работе мы вышли на тему матери. В расстановке четко было видно, что Ангелина не принимала мать. Заместительница клиентки ощущала устойчивую обиду на мать по поводу того, что та дала ей не то и не так, что и как хотела сама Ангелина. Клиентке сложно было отпустить враждебность, надежду и детское ожидание получить от матери недополученное. Исцеляющие фразы для проработки этих тем не принимались клиенткой. Решено было завершить работу, оставив расстановку незавершенной. В ближайшее время Ангелина обратилась с желанием сделать следующую расстановку об отношениях с матерью.

В работе с другой клиенткой (симптом-витилиго) я предположила, что проблема могла быть связана с темой границ. Соответственно первыми фигурами расстановки были выбраны заместители для клиентки, ее симптома и фигура границ. Расстановка действительно выявила тему границ, но не совсем ту, о которой я сформулировала первичную гипотезу. Она обнаружила, что душа клиентки ощущает себя буквально на границе между жизнью и смертью. Такая ситуация оказалась связанной с пренатальным опытом и со сложными родами матери. Из-за неосознаваемого чувства вины и лояльности к матери в связи с ее тяжелыми родами и жизнью в целом клиента не могла принять жизнь как дар от матери и от Бога. Для того чтобы иметь право на жизнь клиентка ощущала себя так, будто должна быть в постоянном напряжении, работе. Процесс расстановки был направлен на то,



чтобы принять жизнь как дар с той ценой, которую за эту жизнь заплатила мать, вместо того, чтобы за эту жизнь платить снова. Только приняв большую цену матери, можно принять мать и научиться ее уважать. Когда ребенок продолжает платить снова за то, за что уже заплатила мать, он невольно обесценивает жертву матери, оставаясь в позиции спасателя, за которой стоит высокомерие. Взрослость здесь снова связана с ответственностью принять жизнь во всей ее полноте, смиренно согласившись с ценой близких за эту жизнь. Тогда не придется наказывать себя, руководствуясь виной выжившего, искупительными пятнами на коже, которые ничего не искупают, а лишь отражают переплетение.

Конкретный опыт работы с психосоматическими заболеваниями методом системных расстановок показал, что к психологическим причинам таких заболеваний можно отнести:

1. системные переплетения, выражающиеся в нарушениях внутрисистемного порядка, а именно в исключении, в том числе в неуважении и непринятии по отношению к членам семейной системы, несоблюдении законов иерархии, когда младшие берут ответственность за старших (структурные проблемы);
2. неумение выстраивать конструктивные внутрисистемные и межсистемные взаимодействия, например супружеские и другие межличностные коммуникации (проблемы процесса взаимодействия элементов системы);
3. личностную незрелость, застревание на более ранних этапах развития, когда силы гомеостаза преобладают над процессами развития (проблемы развития системы и ее элементов).

При этом наша практическая работа с психосоматическими проблемами методом расстановок обнаружила, что в работе с клиентами, которые только начинают психологическую работу над собой, актуальна работа с первой, а также второй причинами. В работе с клиентами, которые уже достаточное время посвятили психологической работе, более актуальна работа с третьей причиной.

Аналогом экологической проверки в работе методом системных расстановок является

факт покидания заместителем фигуры симптома поля расстановочной работы в связи с ощущением себя лишним, нецелесообразным, потерявшим силу и власть в данной системе. Поскольку во всех вышеописанных сеансах коррекционной работы с психосоматическими заболеваниями, а также в нашей практике в целом нам удавалось прийти к ситуации, когда симптом покидал поле расстановки, мы можем заключить, что все три вида причин данных заболеваний с успехом корректируются с помощью специальных интервенций, принятых в работе методом системных расстановок.

На основании вышеизложенного мы можем утверждать, что метод системных расстановок эффективен в психокоррекции психосоматических заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Белинская Е. В.* Системный подход к психосоматическим заболеваниям // Психосоматика и саморегуляция, 2015, №1, С. 31—36
2. *Васильева О. С., Правдина Л. Р., Литвиненко С. Н.* Книга о новой физкультуре. — Ростов-на-Дону: «ЦВВР», 2001. — 140 с.
3. *Вебер Г.* Кризисы любви: Системная психотерапия Берта Хеллингера. — М.: Изд-во и Института Психотерапии, 2001. — 304 с.
4. *Хеллинггер Б.* Порядки любви. Как жизнь и любовь удаются вместе. — М.: ИКИСР, 2007. — 352 с.

### The Psychocorrection of psychosomatic illnesses in a systems approach

*Belinskaya E. V. Ph.D  
(Rostov-on-Don, Russia)*

**Summary.** *The article deals with psychosomatic illnesses psycho-correction by the method of systemic constellations. This article describes the practical cases work with different symptoms. The disease is seen as a systemic phenomenon, which can be released during the placement (family or structure).*

**Keywords:** *psycho-correction, method of systemic constellations, psychosomatic illness, symptomatic arrangement, a symptom.*



# ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

СИКИЛИНДА В. Д.,  
АЛАБУТ А. В.,  
ЛУБЯНКО И. А.,  
ГОЛОВКО Р. Л.,  
(РостГМУ, Ростов-на-Дону,  
Россия)

## Аннотация

*Проведено исследование пациентов с терминальной стадией гонартроза и коксартроза с целью обнаружить наличие психопатологических симптомов и возможную их корреляцию с длительностью заболевания. С помощью батареи психологических тестов выявлены деменция, тревога, депрессия и алекситимия, а также их корреляция с длительностью заболевания.*

**Ключевые слова:** *остеоартроз, тревога, депрессия, алекситимия.*

**УДК 617-089.844 + 616-6 + 616.891.6 + 616.8-008.64**

Заболевания костно-мышечной системы в России как причина первичной инвалидности занимают третье место (8%) уступая болезням системы кровообращения (53%) и злокачественным новообразованиям (16,4%) [6]. Показатель заболеваемости болезнями костно-мышечной системы (БКМС) в 2014 году составил 145,1 на 1000 взрослого населения и вырос в течение последних 5 лет на 6,3% [1]. Артrosis суставов в структуре зарегистрированных болезней костно-мышечной системы составляют 24,9%, доля гонартроза и коксартроза в группе достигает 80% [3]. Ведущим клиническим симптомом заболевания является длительный стойкий болевой синдром. Именно хроническая боль становится фактором, ограничивающим активность пациентов и приводящим к формированию «болезненного поведения» [7].

По мнению Дж. Мюррей [4], при хронической боли надо, прежде всего, искать депрессию. Casey PR, Dillon S. Tyrer (1984) [8] приводит статистические данные о наличии психических расстройств депрессив-

ного характера у половины больных, страдающих хронической болью. По данным С. Н. Мосолова [5], у 60% больных депрессией обнаруживаются хронические болевые синдромы. Хронический болевой синдром всегда сопровождается отрицательно-эмоциональными переживаниями и блокирует возможность человека получать радость и удовлетворение. Распространенность депрессии в популяции не превышает 3–5% [16]. По мнению зарубежных коллег, депрессия до операции обусловлена не только болевым синдромом, но и стрессом от новости о показаниях к операции эндопротезирования. Депрессии более подвержены женщины, страдающие остеоартрозом [10], у пациентов с поливалентным поражением опорно-двигательного аппарата риск развития депрессии в 2,5 раза выше [11]. При наличии выраженной депрессии у пациентов наблюдается несоответствие интенсивного болевого синдрома минимальным рентгенологическим изменениям [15]. В мировой литературе приводятся данные об исследовании выраженности



депрессии и тревожности у пациентов после операции тотального эндопротезирования коленного или тазобедренного сустава [14]. По данным R. S. Nickinson, T. N. Board, P. R. Kay [14], 50% пациентов впадали в депрессию после эндопротезирования, чаще женщины, среднее время после операции до начала депрессии составило  $2,43 \pm 1,4$  дней возраст больного и метод обезболивания на развитие депрессии не влияли. S. Goebel с соавт. [12] установили, что у пациентов с депрессией после ортопедических операций интенсивность болевого синдрома была более выраженной, чем у остальных пациентов [12]. По мнению R. R. Edwards [9], именно пациенты с депрессией составляют 25% больных, неудовлетворенных результатами, несмотря на хорошо выполненную операцию из-за стойкой боли, продолжающейся от года до 10 лет после эндопротезирования коленного сустава [9]. В тоже время, McHugh G. A., Campbell M., Luke K. A. [13] отмечают улучшение состояния пациентов: снижение интенсивности боли и выраженности тревоги и депрессии в течение года после операции. Однако, у пациентов с билатеральным эндопротезированием эти показатели хуже, а у пациентов, длительно принимающих после операции нестероидные противовоспалительные средств — лучше [13]. В отечественной литературе нам оказалось доступно одно исследование психических нарушений у пациентов с хроническим остеомиелитом и ахондроплазией конечностей, находящихся на стационарном лечении не менее 180 дней [2].

**Целью исследования явилось** диагностировать психические нарушения у пациентов с терминальной стадией остеоартроза коленных и тазобедренных суставов, установить взаимосвязь выраженности изменений с длительностью заболевания.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 83 пациента, из них 58 (69,88%) составили женщины, 25 (30,12%) — мужчины. Средний возраст больных был  $63,82 \pm 10,39$  года. Доминирующее поражение тазобедренно-

го сустава 3 клиничко-рентгенологической стадии по Н. С. Косинской выявлено у 46 (55,42%) пациентов, коленного сустава — у 37 (44,58%). Средняя длительность страдания остеоартрозом у пациентов составила  $10,28 \pm 6,99$  лет.

У всех пациентов оценивали интеллект по шкале оценки тяжести деменции (MMSE), поскольку когнитивные возможности пациента обуславливают его комплаентность и способность четко исполнять рекомендации врача. Всех больных тестировали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), оценивали и измеряли алекситимию по Торонтской Алекситимической Шкале (TAS-26).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке тяжести деменции по шкале MMSE когнитивные нарушения выявлены у 35 (42,17%) больных. Один пациент имел деменцию умеренной степени выраженности, возраст больного составил 76 лет, длительность заболевания 10 лет, деменция была обусловлена перенесенным ранее ишемическим инсультом на фоне артериальной гипертензии. Семь (8,43%) пациентов имели деменцию легкой степени выраженности, средний возраст пациентов в этой группе составил  $71,71 \pm 7,61$  год, длительность заболевания составила  $8,57 \pm 10,16$  лет (табл. 1). Преддментные нарушения выявлены у 27 (32,53%) больных со средним возрастом  $65,41 \pm 7,55$  лет и общей длительностью заболевания  $9,89 \pm 7,43$  лет. Когнитивные нарушения не встречены нами у 48 (57,83%) больных, средний возраст больных  $61,52 \pm 11,41$  год, длительность заболевания составила  $10,70 \pm 6,40$  лет. Корреляции между выраженностью когнитивных расстройств и длительностью заболевания выявлено не было, однако средний возраст пациентов увеличивался прямо пропорционально степени ухудшения когнитивных функций. Достоверность различий возраста пациентов в группах с деменцией легкой степени и с преддментными нарушениями составила  $p=0,04$ , в группе с преддментными нарушениями и нормой —  $p=0,04$ .



Таблица 1

**Зависимость когнитивного дефицита от среднего возраста и длительности заболевания пациентов**

Группа	Когнитивный дефицит	Средний бал по MMSE	Количество пациентов		Средний возраст	Длительность заболевания
			абс.	%		
1	Деменция умеренной степени выраженности	18,00±0	1	1,20	76,00±0	10,00±0
2	Деменция легкой степени выраженности	22,43±0,53	7	8,44	71,71±7,61	8,57±10,16
3	Преддементные когнитивные нарушения	25,89±1,05	27	32,53	65,41±7,55	9,89±7,43
4	Нет нарушений когнитивных функций	29,02±0,84	48	57,83	61,52±11,41	10,70±6,40
<b>ВСЕГО</b>		27,31±2,50	83	100	63,82±10,39	10,28±6,99

При оценке по шкале HADS повышенная тревожность была выявлена у 26 (31,32%) больных. Субклинически выраженная тревога была у 11 (13,25%) больных, их средний возраст составил 64,27±5,82 года, длительность заболевания 11,45±7,15 лет (табл. 2). Клинически выраженная тревога выявлена у 15 (18,07%) больных, их средний возраст составил 62,20±12,57 года, длительность заболевания — 13,20±9,80 лет. У 57 (68,68%) больных не выявлено повышенной тревожности, средний возраст больных составил 64,16±10,57 года, длительность заболевания 9,28±5,91 лет. Установлена прямо пропорциональная зависимость увеличения длительности заболевания и повышения уровня тревожности. В группе больных с субклини-

чески выраженной тревогой длительность заболевания была больше, чем с нормальным уровнем тревожности,  $p=0,14$ , и меньше, чем у больных с клинически выраженной тревогой,  $p=0,31$ . При этом в группе больных с нормальным уровнем тревожности и выраженной тревогой различия в длительности заболевания оказались достоверными  $p=0,02$ . Чем дольше больной страдал остеоартрозом, тем более выражены у него были проявления тревожности. При сравнении длительности болезни в группе больных без признаков тревоги и в группе, объединяющей пациентов с субклинической и выраженной тревогой различия также оказались достоверными  $p=0,02$ . Корреляции между возрастом больных и уровнем тревожности не выявлено.

Таблица 2

**Зависимость выраженности тревоги от среднего возраста и длительности заболевания пациентов**

Группа	Выраженность тревоги	Средний бал по HADS	Количество пациентов		Средний возраст	Длительность заболевания
			абс.	%		
1	Норма	4,23±1,99	57	68,68	64,16±10,57	9,28±5,91
2	Субклинически выраженная тревога	8,91±0,83	11	13,25	64,27±5,82	11,45±7,15
3	Клинически выраженная тревога	13,53±2,85	15	18,07	62,20±12,57	13,20±9,80
<b>ВСЕГО</b>		6,53±4,19	83	100	63,82±10,39	10,28±6,99

Депрессивные расстройства были выявлены у 18 (21,68%) больных с остеоартрозом крупных суставов. Частота депрессий у пациентов с остеоартрозом колеблется от 12,2% до 19,9% у разных авторов [11,12]. У 13 (15,66%) наших пациентов выявлена субклинически выраженная депрессия, средний возраст больных ставил  $65,69 \pm 9,45$  лет, средняя длительность остеоартроза  $12,23 \pm 9,24$  лет (табл. 3). У 5 (6,03%) пациентов имелась клинически выраженная депрессия, средний возраст этих пациентов составил  $67,60 \pm 9,69$  лет, а длительность заболевания  $13,60 \pm 7,44$ . Не имели признаков депрессии 65 (78,31%) пациентов, средний возраст больных составил  $63,15 \pm 10,65$  года, длительность болезни  $9,63 \pm 6,41$  лет. При анализе депрессии мы обнаружили прямо пропорциональные зависимости усиления выраженности депрессии с увеличением среднего возраста и длительности

заболевания остеоартрозом. У пациентов с субклинической депрессией длительность заболевания была больше, чем у больных без признаков депрессии,  $p=0,11$  и меньше, чем у пациентов с выраженной депрессией,  $p=0,39$ . При сравнении длительности заболевания у больных без депрессии и с выраженной депрессии получено  $p=0,09$ . При сравнении длительности болезни в группе больных без признаков депрессии и в группе, объединяющей пациентов с субклинической и выраженной депрессией различия оказались достоверными  $p=0,05$ .

Средний возраст был минимальный у пациентов без проявлений депрессии по сравнению с больными с субклинической депрессией  $p=0,21$ , и по сравнению с пациентами с выраженной депрессией,  $p=0,18$ . Пациенты с выраженной депрессией также были в среднем старше пациентов с субклинической депрессией,  $p=0,38$ .

Таблица 3

**Зависимость выраженности депрессии от среднего возраста и длительности заболевания пациентов**

Группа	Выраженность депрессии	Средний бал по HADS	Количество пациентов		Средний возраст	Длительность заболевания
			абс.	%		
1	Норма	$3,78 \pm 2,10$	65	78,31	$63,15 \pm 10,65$	$9,63 \pm 6,41$
2	Субклинически выраженная депрессия	$9,00 \pm 0,91$	13	15,66	$65,69 \pm 9,45$	$12,23 \pm 9,24$
3	Клинически выраженная депрессия	$12,60 \pm 3,05$	5	6,03	$67,60 \pm 9,69$	$13,60 \pm 7,44$
<b>ВСЕГО</b>		$5,13 \pm 3,35$	83	100	$63,82 \pm 10,39$	$10,28 \pm 6,99$

Также у всех пациентов мы оценивали их способность к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений по шкале TAS-26. Алекситимия является значимым фактором риска психосоматических заболеваний и аддиктивных расстройств.

Не имели отклонений 57 (68,68%) больных со средним возрастом  $64,04 \pm 10,82$ , длительностью заболевания  $9,30 \pm 6,45$  лет (табл. 4). У 26 (31,32%) пациентов выявлены когнитивно-аффективные психологические нарушения. Алекситимия может быть устойчи-

вой чертой личности, может — временной реакцией на депрессию или тревогу. Люди с алекситимией больше других склонны к появлению и развитию психосоматических заболеваний, к депрессии. Алекситимия может свидетельствовать о том, что человек закрыт новому опыту и центрирован на негативных событиях. Нарушена может быть не только эмоциональная сфера, но и личностная сфера и сфера мышления. Эти обстоятельства значительно усложняют реабилитацию пациентов с остеоартрозом.



Таблица 4

**Зависимость выраженности алекситимии от среднего возраста и длительности заболевания пациентов**

Группа	Выраженность алекситимии	Средний бал по TAS-26	Количество пациентов		Средний возраст	Длительность заболевания
			абс.	%		
1	Норма	44,93±8,33	57	68,68	64,04±10,82	9,30±6,45
2	Группа риска	68,13±3,88	16	19,28	63,75±11,16	14,63±8,38
3	Явная алекситимия	79,00±5,27	10	12,04	62,70±6,78	8,90±5,30
всего		53,51±15,01	83	100	63,82±10,39	10,28±6,99

У 10 (12,04%) больных со средним возрастом 62,70±6,78 года и длительностью болезни 8,90±5,30 выявлена явная алекситимия. Шестнадцать (19,28%) пациентов со средним возрастом 63,75±11,16 года и длительностью болезни 14,63±8,38 лет вошли в группу риска или промежуточной степени алекситимии. При сравнении длительности болезни в группе больных без признаков алекситимии и в группе, объединяющей пациентов с явной и промежуточной алекситимией, длительностью болезни 12,47±7,77 лет, различия оказались достоверными  $p=0,03$ .

**ВЫВОДЫ**

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о развитии тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с остеоартрозом крупных суставов и составляют 31,32% и 21,68% соответственно, при распространенности депрессии в популяции до 3-5%. У 31,32% пациентов выявлены проявления алекситимии разной степени выраженности. У пациентов с остеоартрозом наблюдается достоверное нарастание симптомов тревоги, депрессии и алекситимии с увеличением длительности заболевания.

Когнитивные нарушения выявлены у 42,17% больных с остеоартрозом, средний возраст которых составил 63,82±10,39 года. Средний возраст пациентов увеличивался прямо пропорционально степени ухудшения когнитивных функций.

Выявленные нарушения существенно осложняют течение реабилитации, снижают комплаентность пациентов и ухудшают исхо-

ды хирургического лечения больных. Значимая доля психических нарушений у пациентов с остеоартрозом крупных суставов требует широкого внедрения в диагностику хорошо валидизированных тестов для скрининга психических отклонений и внедрения в клиническую практику психокоррекционной терапии.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Андреева Т. М., Огрызко Е. В., Попова М. М. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2014 году// Под. ред. Миронова С.П. — 2015. — Москва. — 131с.
2. Ключин М. Н. Клинико-динамические закономерности формирования психических расстройств при ортопедических заболеваниях / М. Н. Ключин // Гений ортопедии. — 2009. — № 3. — С. 119–123.
3. Макарова М. В., Титова Л. В., Арутюнов А. Р., Вальков М. Ю. Анализ эпидемиологических показателей заболеваний костно-мышечной системы и остеоартроза в Архангельской области и Краснодарском крае// Вестник новых медицинских технологий — 2015 — N1 — Электронный журнал: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5024.pdf>. [дата обращения — 10.02.2016]
4. Мюррей Дж. Психические расстройства. В кн.: Неврология. Под ред. М. Самуэльса. М., 1997; 276–92.
5. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб 1995; 565.



6. Тихилов Р. М., Воронцова Т. Н., Черный А. Ж., Лучанинов С. С. Состояние травматизма и ортопедической заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга в 2009–2011 гг. и работа травматолого-ортопедической службы города// Травматология и ортопедия России. — 2012. — № 4 (66). — С. 110–119.

7. Чичасова Н. В. Проблема боли при остеоартрозе// Лечащий врач. — 2007 — №2. Электронный журнал: URL: <http://www.lvrach.ru/2007/02/4534792/> [дата обращения — 10.02.2016]

8. Casey P R, Dillon S. Tyrer P J (1984) The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care/ Psychol Med 14: 673–683

9. Edwards R. R., Haythornthwaite J. A., Smith M. T., Klick B., Katz J. N. Catastrophizing and depressive symptoms as prospective predictors of outcomes following total knee replacement// Pain Res Manag. 2009 Jul-Aug; 14(4): 307–311.

10. Ferreira H., Godoy P.B.G., Oliveira N.R.C., Diniz R.A.S., et all. Investigaçao da ansiedade, depressao e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite no joelho: um estudo comparativo// Revista Brasileira de Reumatologia, Vol. 55, Issue 5, September–October 2015, P. 434–438.

11. Gandhi R., Zywiell M. G., Mahomed N.N., Perruccio A. V. Depression and the Overall Burden of Painful Joints: An Examination among Individuals Undergoing Hip and Knee Replacement for Osteoarthritis. Arthritis. — Volume 2015 (2015), Article ID 327161, 6 pages URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/327161> [дата обращения -10.02.2016]

12. Goebel S., Baumann B., Steinert A., Reppenhagen S., Faller H. Elevated postoperative pain levels following orthopedic surgery. Depression as a strong predictor// Schmerz. 2010 Feb; 24(1):54–61.

13. McHugh G. A., Campbell M., Luker K. A. Predictors of outcomes of recovery following total hip replacement surgery// Bone Joint Res. 2013 Nov; 2(11): 248–254.

14. Nickinson R. S., Board T. N., Kay P. R. Post-operative anxiety and depression levels in orthopaedic surgery: a study of 56 patients undergoing hip or knee arthroplasty// J Eval Clin Pract. 2009 Apr; 15(2):307-10.

15. Pereira D., Severo M., Barros H., Branco J., Santos R. A., Ramos E. The effect of depressive symptoms on the association between radiographic osteoarthritis and knee pain: a cross-sectional study// BMC Musculoskeletal Disorders. — 2013. — 14:214.

16. Teng C.T., Humes E.C., Demetrio F.N. Depressão e comorbidades clínicas// Rev Psiquiatr Clín, 32 (2005), pp. 149–159.

### Mental disorders in patients with osteoarthritis of large joints

Alabut A.V., M.D.,  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Sikilinda V.D., M.D.,  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Lubyanko I.A.,  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Golovko R.L.  
(Rostov-on-Don, Russia)

**Summary.** A study of patients with endstage gonarthrosis and coxarthrosis with a view to detect the presence of psychopathological symptoms and their possible correlation with disease duration. With the help of a battery of psychological tests revealed dementia, anxiety, depression and alexithymia, as well as their correlation with disease duration.

**Keywords:** osteoarthritis, anxiety, depression, alexithymia.



# РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

## ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-НАСЫЩЕННЫХ ОБРАЗНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В ПРАКТИКЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И МЕДИТАТИВНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

ИНГЕРЛЕЙБ М. Б.  
(Южный федеральный университет,  
Ростов-на-Дону, Россия)

### Аннотация

*В статье представлена авторская методика формирования эмоционально-насыщенных образов, используемых в целях саморегуляции и тренировки волевого усилия.*

**Ключевые слова:** волевое усилие, саморегуляция, образные представления, дыхательные практики, медитация.

УДК 159.98

### КОНТЕКСТ

Дыхательные упражнения как целостное методологическое образование присутствуют в структуре большинства современных и традиционных оздоровительных систем и методик саморегуляции. Это связано с объективно фиксируемым оздоровительным действием как на уровне отдельных органов и систем (легкие, диафрагма, дыхательная и сердечно-сосудистая системы), так и на уровне интегративной регуля-

торной деятельности вегетативной нервной системы. Кроме того, выраженным является, условно говоря, психо-гигиеническое и психо-тренировочное действие дыхательных упражнений, выражающееся в повышении общего субъективного тонуса, нормализации фона настроения и удобстве использования контроля дыхания для развития волевых качеств и запуска медитативных и концентративных процедур.

При этом практически не существует развернутых и проработанных дыхательных си-



стем, концентрированных исключительно на дыхании, без сопутствующей психической работы. Все – в большей или меньшей степени – используют где элементы проприоцептивной концентрации и психологического настроения (Стрельникова и Бутейко), где — целые комплексы образных представлений, без которых собственно дыхательные упражнения даже не используются. Примерами последних можно считать упражнения Пранаямы и Цигуна, которые явились прообразами большинства современных комплексов аналогичной направленности [3].

При этом надо отметить, что традиционные системы Индии и Дальнего Востока — каждая по своему — культивирует некий безэмоциональный способ отношения к реальности и феноменам внутренней психической жизни индивида, а используемые ими образы, символы и ассоциативные связи для нас относятся к феноменологии иной культуры. Соответственно, время «развертывания оздоровительного эффекта» включает в себя достаточно продолжительный период постижения и «погружения» в данную культуру, узнавания хотя бы поверхностных смыслов образов и символических представлений, сживания с ними.

Немаловажным является то, упомянутые выше традиционные системы являются своего рода «практической надстройкой» философско-религиозных учений, в равной степени требующих от своих последователей «укрощения страстей и желаний» и выхода в стабильное безэмоционально-созерцательное отношение к действительности.

Однако, если рассматривать эти особенности не в контексте нравственно-этического совершенствования личности в соответствии с постулатами Йоги или «даосской алхимии», а в сугубо практическом применении для целей оздоровления и саморегуляции, то исключение «эмоциональной составляющей» из спектра действия образных представлений серьезно ослабляет регуляторный и оздоравливающий эффект дыхательных и других «телесных» упражнений.

Эмоции, как древний и «базальный» способ регуляции состояний тела и психики, обладают потенциалом изменений большим, чем образы, рационально смоделиро-

ванные даже очень высокоорганизованным сознанием.

При практической работе с людьми, обладающими низкими уровнями общего здоровья, не рационально пренебрегать оздоровительным действием эмоционально насыщенных образов. Также не совсем рационально мириться с «холостым периодом» в оздоровительной работе, который приходится на время постижения «идеологии» методики саморегуляции, «вживания» в язык образов и смыслов, пришедших из иной культурной традиции.

Вариантом решения задачи «ухода» от восточной культурной образности в опоре на архетипические представления, характерные для европейской и православной культуурообразующей традиции, можно считать описанный автором комплекс образных представлений в «Системе Чаши» [4].

«Система Чаши» в самом кратком изложении представляет собой комплекс дыхательных упражнений, ориентированных на цели саморегуляции и тренировки волевого усилия. Технически он представляет собой наложение на заданный дыхательный ритм и дыхательную технику (под техникой в данном аспекте мы рассматриваем порядок включения дыхательных мышц и использования дыхательных путей — прим. автора) комплекса визуально-проприоцептивных образных представлений, динамически изменяющихся в согласовании с воздушным потоком и ощущениями «схемы тела».

Использованный в «системе Чаши» набор образов включает в себя как обязательный компонент «эмоциональный оттенок» каждого элемента. В рамках «системы Чаши» клиентам для проработки предлагалось 4 эмоциональных состояния в порядке их освоения и привязки к различным элементам системы:

- **Уверенность** (описывалась клиентам как чувство незыблемого спокойствия «здесь и сейчас», так и как уверенность в неизменности этого качества в будущем);
- **Радость** (описывалась клиентам как радостное деятельное возбуждение);
- **Любовь** (описывалась клиентам как чувство единения со всем окружающим миром и симпатии к нему);



- **Ясность** (описывалась клиентам как чувство экстатического проникновения в сущность мира, кристальной ясности внутреннего психического пространства и мышления).

Для работы в рамках «системы Чаши» этих четырех элементарных эмоций было достаточно, чтобы создать весь заданный спектр образных представлений.

Однако по ходу преподавания системы быстро выяснилось, что для большинства занимающихся составляет значительную трудность введение в процесс занятий визуально-проприоцептивных представлений совмещённых с эмоциональными компонентами. Если формирование самого визуального образа практически никогда не вызывало затруднений, как и проприоцептивная привязка образного элемента к схеме тела, то его динамическая трансформация в процессе дыхания (например, наполнение указанного объема) уже требовало от части занимающихся значительных усилий. Попытка «наложить» на динамически меняющийся образ простейшую эмоциональную окраску превращалась для почти половины занимающихся в нагрузку почти запредельную, вызывающую срыв концентрации и негативные эмоциональные реакции.

В связи с этим и возникла потребность в прицельной методологической проработке вопроса о свободной манипуляции эмоционально окрашенными образами вне их «сцепки» с устойчивыми ассоциативными признаками (цветом, запахом, телесным ощущением позы и тонуса мышц).

Первоначально была предпринята попытка использования в виде «готового инструмента» метода ресурсных состояний. Однако достаточно быстро выяснилось, что хорошо знакомый и широко используемый для создания нужного (заданного) эмоционального настроения метод «ресурсных состояний» не подходит для решения поставленной задачи.

«Ресурсные» воспоминания оказались слишком прочно связаны с конкретными «якорями» в ведущей для клиента репрезентативной системе, а зачастую — и в нескольких. Подобные «грязные» эмоциональные отпечатки, перенесенные в процесс формирования образа, только затрудняли его:

- включением «заякоренных» ассоциаций, которые зачастую прямо противоречили моделируемому образному представлению (чаще всего «конфликт» возникал на цветовом противоречии между воспоминанием об эмоциональном состоянии и цветовой обусловленностью образа, но были и аудиальные и телесные помехи),
- информационной избыточностью, которая быстро утомляла клиента или вообще делала невозможным сколько-нибудь значимо длительное удержание необходимого образного представления.

В связи с этим, была сформулирована необходимость разработки некоего «процесса дистилляции сути эмоции», т.е. переживания эмоции как таковой, свободной от ассоциативных и вербальных «якорей», но, тем не менее, несущей узнаваемый характер конкретного эмоционального переживания.

Описанию методологии получения этого психического опыта, трудно вербализуемого вне опытно-практического переживания, собственно и посвящена данная статья. Разработанная для решения конкретной задачи методология «дистилляции сути эмоций» в последующем приобрела и самоценность как аналитический инструмент и способ саморегуляции.

## МЕТОДОЛОГИЯ

Описательно метод достаточно прост.

**Этап 1.** Выбирается ресурсное состояние (воспоминание) наиболее ярко окрашенное для клиента требуемой эмоцией. В процессе медитативной работы данный эпизод закрепляется и «освежается».

Протекает это следующим образом.

Принимаем позу для медитации: сидя или лежа. Для ослабленных пациентов поза лежа даже рекомендуется. Возможность возникновения сна во время медитативного упражнения рассматривается в данном случае как естественная восстановительная реакция на нагрузку.

Приняв позу для медитации и расслабив тело, вызываем выбранное нами ситуативное воспоминание. Вызвав, «смакуем» его, вглядываясь в детали, собственные ощущения и эмоции. Продолжительность нахождения в медитативном состоянии на этом

этапе 1-3 минуты, продолжительность прохождения этого этапа должна укладываться 3-5 повторений (сеансов). Дольше оставаться на этом этапе не стоит, т.к. может произойти «замыливание» воспоминания, появление домысленных, додуманных деталей и т.п. Но и переходить к следующему этапу раньше времени не стоит.

Критерием достаточного освоения данного этапа является момент, когда навык вызывания запланированного воспоминания становится уверенно-произвольным и занимающим минимум времени.

В идеале, окончание этого этапа характеризуется навыком надежного вхождения в ресурсное состояние за 2-5 дыхательных циклов (здесь дыхательные циклы являются субъективным маркером времени и другой смысловой нагрузки не несут) и уверенным удержанием ресурсного состояния не менее минуты. Причем скорость вхождения является приоритетным критерием по освоению навыка.

**Этап 2.** Целью медитативной работы этого этапа является получение некоего телесного эквивалента эмоционального переживания, свободного как от внешних атрибутов — «контекстов», так и от символично-словесных обозначений.

Методологически занимающимся этапу дается следующим образом:

1. Примите позу для медитации сидя или лежа. Если во время упражнения вы заснете – не расстраивайтесь. Значит упражнение вызвало утомление и наиболее здоровую физиологическую реакцию психики и организма на усталость.
2. Расслабьтесь.
3. Вызовите эмоциональный эпизод, проработанный вами на этапе 1.
4. Сосредоточьтесь на ресурсном воспоминании, постепенно «стирая» из него все «внешние» составляющие: приметы окружающей обстановки, картинки, звуки. Двигаемся в этом процессе снаружи внутрь. Сначала отсеиваются признаки, которые сообщают о «вписанности» переживания в конкретную ситуацию: пейзаж, ассоциации, временные привязки. Затем — информация о звуках, запахах, ощущениях контакта тела с предметами окружающей обстановки. В конце упраж-

нения должны остаться воспоминания только о тех ощущениях, которые не выходят за границы тела. Реализовать «стирание» можно двумя способами на выбор клиента — что дается легче.

4.1. «Выцветающая киноплёнка». Воспоминание просматривается как видео-фрагмент с эффектом старой киноплёнки: сначала выцветают цвета до бледности, потом изображения почти не видно — только шумы, в конце — только телесные ощущения. Сосредотачиваемся и запоминаем их.

4.2. «Ластик». Воспоминание просматривается как статичная картинка, на которой мы постепенно, как ластиком, стираем деталь за деталью, пока не остаётся только телесное переживание, полностью свободное от контекстов.

5. Запомните это ощущение и закончите упражнение. Повторяйте это упражнения до уверенного входа сразу в «телесное воспоминание» — конечный «продукт» данного упражнения.

Выделенное и запомненное телесно-выраженное эмоциональное переживание должно в дальнейшем произвольно и надежно вызываться на протяжении не более 10 дыхательных циклов и удерживаться произвольно долго, но не менее минуты перед переходом к этапу 3. В идеале вхождение в состояние рафинированной эмоции должно происходить практически мгновенно — как мгновенно переходят в привычное ресурсное состояние или управляемый транс.

**Этап 3.** В ходе третьего медитативного этапа происходит «открепление» телесно-переживаемой сути эмоции от схемы тела и перенос ее во внутреннее психическое пространство, которое первоначально воспринимается как пространство внутри черепной коробки, а впоследствии, по ходу дальнейшей работы, вообще теряет признаки локальности, приобретая внепространственную топологию.

Вот именно этот психический опыт переживания эмоции во внутреннем психическом пространстве, вне привязки к телесным ощущениям и вербализованным определениям, интересует нас в данном упражне-



нии. Навык достижения этого переживания нарабатывается до стабильно-произвольного уровня, когда погружение в состояние происходит стабильно на протяжении не более 10 дыхательных циклов.

Сложность описания данных переживаний ни в коей мере не пропорциональна сложности достижения данного опыта. «Движение к сути» представляет собой скорее упрощение медитативной работы и предъявляет требования больше к концентрации, чем к развитым способностям образно-пространственных представлений.

На трудности вербального описания подобного состояния вне практического опыта неоднократно указывает О. Г. Бахтияров [2], описывая «Волевою медитацию» и работу в «пространстве чистых смыслов» [1].

Таким образом, «на выходе» трехэтапной медитативной работы мы получаем стабильный навык погружения в состояние «суть эмоции» вне ее привязок к любым другим чувственным и абстрактным атрибутам.

В дальнейшем именно этот вариант эмоционального переживания, свободного от ситуационных контекстов и ассоциативных привязок использовался для придания визуально-проприоцептивному образу «элемента Чаши» эмоционального оттенка.

При этом отмечено, что трехэтапное прохождение процесса «очищения эмоции» значительно улучшало способности клиента к образной концентрации и в последующем использовалось как обязательный элемент обучения в «системе Чаши».

## МЕТАМОРФОЗ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Дальнейшие спонтанные эксперименты клиентов вне рамок дыхательных упражнений привели к потребности создания некоего базового «эмоционального спектра», который бы по аналогии с цветовым спектром позволял бы моделировать и анализировать переживания клиентов. Эксперименты касались в первую очередь того, что предлагаемые для «дистилляции» эмоциональные состояния относились полностью к позитивным эмоциям. Это ограни-

чение опиралось на убежденность автора системы в том, что телесно-ориентированная работа с образами, насыщенными негативными эмоциональными представлениями, может отрицательно сказаться на самочувствии клиентов.

Однако спонтанное и самостоятельное экспериментирование нескольких клиентов подряд в использовании метода как аналитического инструмента для прояснения глубинного смысла переживаний и отношений заставило пересмотреть эту позицию. Была осознана необходимость расширения «набора дистиллятов» до полного спектра и проведена соответствующая методическая работа.

На сегодняшний день в «системе Чаши» предлагается проработка 8 базовых эмоциональных состояний: Страх, Отторжение, Агрессия, Горе (как потеря), Надежда, Интерес, Удовлетворение и Радость.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов А. Ю., Основы смысловой теории сознания. — СПб, 2003.
2. Бахтияров О. Г., Активное сознание. — М.: Постум, 2010. — 272 с.
3. Ингерлейб М. Б., Все дыхательные гимнастики. — М.: Эксмо, 2013 — 320 с.
4. Ингерлейб М. Б., Роль комплекса образных представлений в эффективности процесса саморегуляции при использовании дыхательных упражнений // Психосоматика и саморегуляция. — 2015. — №2. — с. 41–46.

## Methods for forming emotionally-enhanced mental images in the practice of meditational and breathing exercises

Ingerleyb Mikhail B.,  
(Rostov-on-Don, Russia)

**Summary.** *The article presents author's methods of forming emotionally enhanced images to be used for self-regulation and training of a voluntary effort.*

**Keywords:** *voluntary effort, self-regulation, mental images, breathing practices, meditation.*



# К РАЗВИТИЮ НЕСКОЛЬКИХ ГИПНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРАКТИК

ХАЙКИН А.В.,  
(Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация.

*В статье описаны две авторские гипнотерапевтические техники, разработанные с помощью применения принципа процессуальности к двум другим техникам гипнотерапии. Также описано несколько новых приемов работы в методе Росси.*

**Ключевые слова:** гипнотерапия, трансовая индукция, процессуальные методы, психосоматотерапия, саморегуляция.

УДК 159.962 + 615.851.21

Гипнотерапевтические техники являются одной из важнейших частей арсенала практик психосоматотерапии. В гипнотерапии принято считать, что именно в трансе психика имеет наибольшее влияние на тело. Конечно, прежде всего, это можно связать с повышенной способностью к внушению и самовнушению, проявляющейся в определенных трансовых состояниях. Однако, «целельность» транса определяется не только и не столько самой трансовой внушаемостью. В гипнотическом трансе уровень активации бессознательных процессов вообще, а значит, и бессознательных исцеляющих процессов, значительно повышается. Упрощается доступ к опыту, в том числе, ресурсному. Временно ослабляются стереотипы, руководящие нашей обыденной жизнью — запреты и предписания, стратегии, психологические защиты, что дает возможность в этот момент сделать необходимые терапевтические преобразования, найти новый взгляд или новые способы эмоционального реагирования и поведения. Что особенно важно, если помнить, что психосоматическая работа включает не только мобилизацию исцеляющих сил организма на борьбу с болезнью, но и устранение психологических причин теле-

сной патологии. Также очень эффективны гипнотерапевтические практики в саморегуляции.

В гипнотерапии эра господства директивного гипноза, то есть прямого управления вхождением в транс по предписанному гипнотерапевтом пути и очень конкретных терапевтических внушений, постепенно сменилась эрой гипноза Эриксоновского. Создатель современного стиля в гипнотерапии — Милтон Эриксон [6] начал вводить своих пациентов в транс, используя, прежде всего, их собственный текущий опыт, их собственные тенденции и особенности трансовой индукции и трансового функционирования. (Что естественным образом способствовало эффективности гипнотической работы.) Также, разработав культуру применения косвенных внушений, и введя взамен патерналистской модели отношений, свойственной классическому гипнозу, модель сотрудничества, он позволил клиенту чувствовать себя вполне свободно, что в свою очередь не только помогало растормаживать бессознательные творческие процессы, но и более соответствовало мировосприятию человека середины двадцатого века в демократи-



ческих странах. И, что может быть, самое важное — Эриксон расширил, бытующее в директивном гипнозе, понимание бессознательного только как мощного исполнительного механизма в представлении о нем как о наиболее мудрой части человеческой психики. Что и послужило теоретической основой не только «утилизирующего», но также и «сопровождающего» стиля работы в современной недирективной гипнотерапии. Опираясь на понимание целесообразности следовать бессознательному процессу не только в наведении транса, но и в его использовании в терапевтических целях, современная гипнотерапия сформировала возможность создавать совершенно процессуальные методы, примером которых может служить метод ученика Эриксона — Эрнеста Росси [2].

Метод Росси предполагает возможность гибкого и тонкого использования способа понимания и ощущения проблемы клиентом, что создает условия для различных вариаций в его применении. Здесь для порождения и углубления транса используются «идеомоторные» трансовые феномены, точнее, произвольные движения и каталепсия рук, обычно располагающихся перед грудью. В индукции гипнотического процесса терапевт, проецируя в руки и в различные движения, стороны конфликта или другие особенности ощущения клиентом своей проблемы либо предполагаемого способа участия бессознательного в ее разрешении, тонко использует возможности направления внимания клиента на различные аспекты происходящего в работе. Все это делает возможным очень точный, «подогнанный» под клиента способ утилизации и сопровождения индивидуального процесса, а также — создание большого разнообразия приемов работы в методе Росси. В предыдущих работах автором уже были описаны несколько таких приемов [9]. Ниже приведены описания еще двух, разработанных нами приемов.

Оба приема направлены на преодолении одной трудности, редко возникающей при грамотном сопровождении терапевта, но часто всплывающей в самостоятельной работе — отрыве переживаний внутри тела

от динамики движений и ощущений в руках в субъективном восприятии процесса клиентом. (Конечно, такая ситуация может вывести клиента из процесса.) В одном из приемов, продолжающем применение мета-приема расширения телесного внимания за пределы тела (характерного для некоторых техник разработанного нами ранее метода саморегуляции «Стресс-Айкидо» [7]), предписывается ощутить все переживания, относящиеся к проблеме, не только в теле, но и в пространстве перед животом и грудью. Руки, соответственно, попадают внутрь «поля переживания проблемы» или ограничивают его. При этом предписывается ощущать то, что происходит в теле, в пространстве перед телом и в руках — одновременно и как «единый организм». Таким образом, создается целостность восприятия динамики переживания в руках и в теле. Сохранению этой целостности, а также и углублению транса способствует следующий прием, использующий принцип «петли», часто применяемый в Эриксоновском и Постэриксоновских методах, когда циклично клиенту предлагаются инструкции, которая начинается из «подстроечных» фраз о его текущем опыте, которые могут предваряться связкой «и когда», затем, в некоторых методах — внушение, и оканчивается вопросом о том, что по поводу ранее сказанного происходит (потом) в исследуемом опыте клиента. В следующем цикле в качестве подстройки используется ответ клиента [3, 5]. В методе Росси один из вопросов, который терапевт, узнавший от самого клиента или из самостоятельного наблюдения за ним о том, что с последним происходит нечто важное или интенсивное, звучит так: «и как руки могут почувствовать (выразить) то, что в тебе сейчас происходит?». Также клиент часто может воспринимать, возникающие в потоке его опыта ощущения, энергию, чувства, образы, воспоминания и т.д., как приходящие из (движения) рук, «отзывающиеся» на эти движения или динамику ощущений в них. Используя все это, автор предлагает соединить в цикл наблюдение за текущим опытом (физических и душевных переживаний, образов и т.д.), затем - исследование того, как этот опыт отражается в ди-

намике ощущений и движений рук, затем, какое-то время — исследование динамики рук как таковой, затем исследования того, что «пришло» в тело из рук. Естественно, на втором и четвертом этапе внимание одновременно — и в теле и в руках. Сопровождение с помощью направления на плавное перетекание внимания внутри этого цикла может, по наблюдениям автора, существенно способствовать качественному трансовому наведению в группе, то есть, в ситуации, когда ратифицирование бессознательных сигналов и вообще гибкое утилизующее сопровождение невозможно. А также может служить форматом (начала) работы в самогипнозе.

Следующие две техники возникли как результат применения принципа саморазворачивающегося процесса к гипнотерапевтическим практикам, также как и метод Росси, использующим движение. Одна из техник «проросла» из некогда знаменитого метода саморегуляции Хасая Магомедовича Алиева «Ключ» [1]. В нем индукция транса совершалась посредством вовлечение в медленное произвольное движение. Разрабатывая этот метод, он поставил своей целью вместо того, чтобы обучать людей совершать произвольные движения для вхождения в транс, что было тогда традиционным, дать им набор движений, из которого можно было выбрать наиболее подходящее для естественного перехода из произвольного режима в произвольный. Среди них - левитация руки или обеих рук, чаще запускаемая стоя. Левитация, особенно совершаемая изначально произвольно, часто осложняется появлением чувства тяжести в руках. Техника «Свой путь» вместо поиска подходящего из набора движений предполагает такую работу с левитацией руки (рук) стоя, когда появление тяжести является сигналом к поиску траектории поднятия, которая в каждой точке пути «нащупывается самой рукой». Кроме, собственно, легкой трансовой индукции такая работа является и метафорой нащупывания собственного пути. Также здесь более легкому подъему рук и переходу их движения в произвольный режим способствует еще один прием — предваряющее левитацию «дыхание через

руки» до момента ощущения их энергетизации — ощущения «иголочек» или приятной вибрации.

Техника «Процессуальная остеопатия» — результат развития способа трансовой индукции «Наведение кинестетической неопределенностью» [4]. В последнем предписывается стоя за спиной клиента и мягко держа в руках его голову, медленно и очень осторожно вращать ее совершенно бессистемно, случайным образом. По мере движения клиент входит в транс, но использовать его предписывается, когда в каком-нибудь положении шея клиента явно придет в катаlepsию. Естественно, движения терапевта должны быть такие, чтобы не вызывать сопротивление клиента. А для этого терапевту необходимо быть очень чувствительным к тонким сигналам обратной связи. Экспериментируя с этим, автор обнаружил, что ощутить можно и двигательные тенденции в шее — куда и как в этот момент «хочет» двинуться голова. В «Процессуальной остеопатии» терапевт помогает реализоваться двигательным тенденциям, мягко поворачивая, чуть приподнимая или опуская голову (как бы чуть вдавливая ее в шею), замирая на столько времени, насколько «подсказывает процесс». Одним из результатов этого процесса является трансовая индукция. Но здесь так же может произойти эффект исцеления соматического симптома. Автор неоднократно с успехом использовал эту технику для остановки начинающегося ОРВИ. Среди испытавших на себе эту практику было несколько специалистов в остеопатии, которые оценили внутренние ощущения во время ее применения (а также и то, как это выглядит внешне) как близкие к опыту переживания остеопатии, что и определило ее название.

В заключение можно добавить, что вышеописанные гипнотерапевтические техники и приемы, вместе с описанными в наших более ранних публикациях, техниками «Три экрана» [8], «Полет страсти», «Фронтальная медитация» [7,10] и «Сопровождение в воображение, соответствующее состоянию (Телесный рефрейминг)» [9], дополняют как арсенал приемов трансового наведения, так и, собственно, практик психотерапии, саморегуляции и психосомато-терапии.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Х. М. Ключ к себе: Этюды о саморегуляции. — М.: Homo futurus, 1993. — 160 с.

2. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз 21 века — М.: Класс, 2003.-263с.

3. Гиллиген С. Генеративный транс: Опыт творческого потока. — М.: Психотерапия, 2014. — 320 с.

4. Горин С. А. Гипноз: техники россыпью. Ч. 2. — Канск, 1995. — 252 с.

5. Коледа С. За пределами НЛП. Психотерапия на постсоветском пространстве. — М., 2000. — 195 с.

6. Эриксон М. Стратегия психотерапии — СПб.: Летний сад, 1999. — 512 с.

7. Хайкин А. В. К методологии медитативных и процессуальных практик саморегуляции // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2011. — №7. — С.16–19. <http://medconfer.com/files/archive/Bulletin-of-MIC-2011-07.pdf#page16> [Дата обращения: 10.09.2012]

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

9. Хайкин А. В. Несколько техник саморегуляции и психотерапии. // Достижения

и потенциал психотерапии, практической психологии и психологического консультирования в Южном федеральном округе Российской Федерации. Материалы конференции. Приложение к научно-практическому журналу «Психотерапия». — Краснодар, 2014. — С. 21–23.

10. Хайкин А. В. К методологии процессуальных подходов. Метод саморегуляции «Стресс-Айкидо» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2014. — N 5(28).URL: [http://www.mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_5\\_28/nomer/nomer00.php](http://www.mprj.ru/archiv_global/2014_5_28/nomer/nomer00.php) [Дата обращения: 12.07.2015]

### To the development of several hypnotherapeutic practices

*Khaikin, A. V., Ph.D.  
(Rostov-on-don, Russia)*

**Summary.** *This article describes two author hypnotherapeutic techniques developed by the application of process principles to the other two techniques of hypnotherapy. Also described are several techniques in the method of Rossi.*

**Keywords:** *hypnotherapy, trance induction, process methods psychosomatics therapy, self-regulation.*

## ОБ АВТОРАХ

---



**БАБАЕВА СВЕТЛАНА ВЕНИАМИНОВНА** — Государственный научно–исследовательский центр профилактической медицины (ГНИЦ ПМ, Москва), научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, клинический психолог.

E-mail: sbabaeva@gnicpm.ru

*Область научных интересов:*

- Психологическое консультирование и психодиагностика,
- Психофармакология и психопатология личности,
- Психосоматика,
- Эриксоновский гипноз и Эриксоновская психотерапия ,
- Психология здоровья,
- Психология труда
- Психодрама,
- Гештальттерапия
- НЛП,
- Арттерапия



**МЕДИК ЯНИНА ВЛАДИМИРОВНА** — Государственный научно–исследовательский центр профилактической медицины (ГНИЦ ПМ, Москва), научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, клинический психолог.

E-mail: ymedik@gnicpm.ru

*Область научных интересов:*

- Психологическое консультирование и психодиагностика,
- Психофармакология и психопатология личности,
- Психосоматика,
- Эриксоновский гипноз и Эриксоновская психотерапия ,
- Психология здоровья,
- Психология труда
- Психодрама,
- Гештальттерапия
- НЛП,
- Арттерапия



**ПРАВДИНА Л.Р.**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии управления и юридической психологии Академии психологии и педагогики ЮФУ, мастер спорта, тренер и инструктор по скалолазанию, сертифицированный телесно-ориентированный психолог, руководитель программы доп. образования по телесно-ориентированной психологии в ЮФУ. Научные интересы: телесно-ориентированная психология, психология здоровья, психология спорта и физической культуры, организационная психология.

E-mail: [lpelis7@gmail.com](mailto:lpelis7@gmail.com)



**РОМЕК ВЛАДИМИР ГЕОРГИЕВИЧ**, к.пс.н., доцент, автор 7 монографий и более 60 научных статей по проблемам психологии поведения и когнитивно-поведенческой психотерапии. Получил образование в Ростовском государственном университете (психолог-преподаватель, кандидат психологических наук), Южно-Российском гуманитарном институте (клинический психолог), аспирантуре университета Фридриха и Александра Эрланген-Нюрнберг (доктор философии). Является действительным членом Американской психологической ассоциации (APA) и Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии.

E-Mail: [romekvova@gmail.com](mailto:romekvova@gmail.com)



**СИКИЛИНДА ВЛАДИМИР ДАНИЛОВИЧ**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии РостГМУ. Сфера научных интересов: эндопротезирование крупных суставов, костная пластика, онкоортопедия, тазовая боль, артрология.

Тел.: +79185583067

E-mail: [v.sikilinda@yandex.ru](mailto:v.sikilinda@yandex.ru)



**АЛАБУТ АННА ВЛАДИМИРОВНА**, д.м.н., доцент кафедры травматологии и ортопедии, заведующая травматолого-ортопедическим отделением клиники РостГМУ. Сфера научных интересов: эндопротезирование крупных суставов, костная пластика, периоперационное ведение больных, психосоматические расстройства у ортопедических больных.

Тел.: +79185585182

E-mail: alabut@mail.ru



**ЛУБЯНКО ИГОРЬ АЛЕКСАНДРОВИЧ**, ассистент кафедры медицинской психологии и психотерапии РостГМУ. Сфера научных интересов: психосоматические расстройства, когнитивно-поведенческая психотерапия, психофармакотерапия депрессивных расстройств, невротических расстройств.

E-mail: lu-bjanko@mail.ru



**ГОЛОВКО РОМАН ЛЕОНИДОВИЧ**, ординатор кафедры травматологии и ортопедии РостГМУ. Сфера научных интересов: оперативная ортопедия, неотложная травматология, психосоматические расстройства у травматологических и ортопедических больных.

Тел.: +79613313417

E-mail: golromaleo105@gmail.com



**БЕЛИНСКАЯ Е. В.**, кандидат психологических наук, доцент кафедры физкультурно-оздоровительных технологий ЮФУ, практикующий психолог, ведущая обучающих программ и семинаров по системным расстановкам, работе с метафорическими ассоциативными картами. Основная сфера интересов: системная семейная психология и психотерапия, психология эффективного общения, психология самосознания. Основные методы работы: системная семейная психотерапия, системные расстановки, метафорические ассоциативные карты, коучинг, рационально-эмоционально поведенческая психотерапия, гештальттерапия, символдрама, психодрама, НЛП, эриксоновский гипноз.

Сайт: [rasstanovki-rostov.ru](http://rasstanovki-rostov.ru)

E-mail: [rasstanovki-rostov@yandex.ru](mailto:rasstanovki-rostov@yandex.ru)



**ИНГЕРЛЕЙБ М. Б.**, старший преподаватель кафедры психологии образования Академии психологии и педагогики Южного Федерального университета, врач-невролог, врач традиционной китайской медицины, автор более 50 книг по медицине, боевым искусствам, здоровому образу жизни. Член МНПОО «Восточно-Европейское Психосоматическое Общество»

Научные интересы: волевые процессы, саморегуляция, боевые искусства.

E-mail: [ingerleyb@gmail.com](mailto:ingerleyb@gmail.com)



**ХАЙКИН АЛЕКСАНДР ВАЛЕРЬЕВИЧ**, кандидат психологических наук. Автор метода саморегуляции «Стресс-Айкидо». Президент Восточно-Европейского Психосоматического Общества. Главный редактор научного сетевого журнала «Психосоматика и саморегуляция». Психотерапевт Единого Реестра профессиональных психотерапевтов Европы. Ростов-на-Дону. Область научных интересов: отношения психического и телесного в порождении и исцелении соматических болезней, разработка техник и подходов психосоматотерапии и саморегуляции, исследование методологии процессуальных подходов.

Тел.: +79034018210

E-mail: [alval\\_khaikin@mail.ru](mailto:alval_khaikin@mail.ru)

Сайт: [khaikin.ru](http://khaikin.ru).

# МЕРОПРИЯТИЯ

**ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!**

**с 25 по 27 ноября 2016 года в Краснодаре**

Восточно-Европейское Психосоматическое Общество  
вместе с Общероссийской Профессиональной  
Психотерапевтической Лигой  
проводит научную конференцию

**«Психосоматика:  
идеи, исследования,  
методы».**

Всех, кто заинтересуется общением с коллегами по проблемам психосоматики, психосоматотерапии, эмоциональной и физической саморегуляции прошу связаться со мной по телефону: **+7 9034018210** или по эл. почте: **alval\_khaikin@mail.ru**.

*(Авторы докладов участвуют в конференции бесплатно)*

*Ваш Александр Хайкин*

