

ISSN 2412–9569

**Сетевой научный журнал
ПСИХОСОМАТИКА
и САМОРЕГУЛЯЦИЯ**

1 (5) 2016 г.



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).



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://journal.pro>

Электронная почта:
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.

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА..... 5

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЗОРЫ

Анохин М. С.

**ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
ВЗАИМОСВЯЗЕЙ. ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ 6**

Кудаев А. Е.,

Замлелая И. В.,

Ходарева Н. К.

**ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД
К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....17**

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лубянка И. А.

**ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
ПРИ АНОРЕКСИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)23**

РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ковпак Д. В.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ «ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ»
И КОНЦЕПТА МАЙНДФУЛНЕСС В ТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И ДЕПРЕССИИ30**



Новиков Д. Ю.

К МЕТОДОЛОГИИ СОЗДАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТАФОРЫ. УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ СОЗДАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТЕРАПЕВТА, СПОСОБСТВУЮЩЕГО НАПИСАНИЮ МЕТАФОРЫ	43
--	-----------

Хайкин А. В.

РАЗРЕШЕНИЕ ВНУТРЕННИХ КОНФЛИКТОВ И ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ	48
---	-----------

ОБ АВТОРАХ

.....	62
-------	-----------

МЕРОПРИЯТИЯ

.....	65
-------	-----------





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

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ. ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ

АНОХИН М. С.,
(г. Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация

В статье приводится анализ публикаций эмпирических исследований в области психосоматики. Проведен качественный и количественный анализ результатов исследований в 72 публикациях по данной тематике. Выявлены основные направления исследований и достигнутые результаты в этой области научных знаний.

Ключевые слова: психосоматика, психосоматические взаимосвязи, эмпирические исследования, обзор.

УДК (616-092.11):159.97

Исследования в области психосоматики можно разделить на три направления: построение теоретических моделей, эмпирические исследования и разработка схем психосоматотерапии. Целью данного обзора является изучение текущего положения дел в эмпирических исследованиях в области психосоматики. Анализ 72 эмпирических работ, представленных в обзоре, позволил разделить их на две группы, одна из них состоит из нескольких разделов:

1. Исследования, которые показывают взаимосвязь психического и телесного в порождении, динамике и излечении соматических болезней.

- a. Исследования взаимосвязи стресса, патологических процессов и болезней.
- b. Исследования влияния психосоциального окружения на появление болезни и его динамику.
- c. Исследования, которые показывают взаимосвязь психического и телесного в порождении, динамике и излечении соматических болезней у животных.
- d. Исследование плацебо эффекта.
- e. Исследование влияния психотерапии и психокоррекции на течение болезни.



2. Исследования о взаимосвязи психологических особенностей человека с возникающими у него болезнями и их клиническим течением.

Некоторые статьи попадают в обе группы, так как раскрывают различные аспекты психосоматических взаимосвязей.

ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ ПОКАЗЫВАЮТ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО И ТЕЛЕСНОГО В ПОРОЖДЕНИИ, ДИНАМИКЕ И ИЗЛЕЧЕНИИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ.

Исследования взаимосвязи стресса, патологических процессов и болезней.

В настоящее время продолжает оставаться актуальным исследование роли стресса различной этиологии в возникновении и течении различных психосоматических заболеваний. Эти работы продолжают развивать концепцию психосоматогенеза начатую У. Кэнноном и Г. Селье [10, 29, 34, 39, 41, 59]. Из числа работ, представленных в обзоре, эту тематику затрагивают 8 публикаций [9, 13, 22, 36, 54, 62, 74, 78]. Так Грицевич Т. Д. и Черных И. Д. [13] обследовав более 800 больных установили, что более 54% заболевших онкологическим заболеванием связывают это с влиянием стрессового фактора. Тарабрина Н. В. и соавторы [54] обнаружили связь между уровнем стресса у онкобольных, степенью заболевания и уровнем иммуносупрессии. Новикова И. А., Сидоров П. И. и Соловьев А. Г. [36] выделяют психоэмоциональный стресс как основной предиктор манифестации заболеваний, признанных психосоматическими. Так у обследованных ими групп заболевших психоэмоциональный стресс как пусковой фактор начала заболевания отмечался в 94-97% случаев. Исаченкова О. А. [22], обследовав 150 больных сахарным диабетом II типа, выявила, что у 60% пациентов болезнь манифестировала после перенесенной психотравмы, а у 30% после длительного психического переживания связанного с неблагоприятными условиями дома или на работе, а также обнаружила практически у всех обследуемых пациентов психологические и физиологические признаки стресса. Austin A. W. и соавторы [62], а также von Känel [78] установили корреляцию между уровнем стресса, состоянием гемостаза и развитием тромбозов. Neild J. E., Cameron I. R. [74] отмечают роль стресса в развитии бронхиальной астмы. Грачева Л. В. и Сергеев В. Л. [12] провели изучение

отдаленного влияния перенесенного боевого стресса на развитие соматических болезней и симптомов ПТСР у мужчин через 10 и более лет после стрессового воздействия. В результате исследования 3-х групп по 40 человек, авторы обнаружили что, чем выше был уровень перенесенного в прошлом мужчинами стресса, тем больше у них определялось соматических симптомов и болезней, а так же признаков ПТСР.

Влияние психосоциального окружения на появление болезни и его динамику.

Взаимосвязь телесных заболеваний и психосоциального окружения были впервые описаны в теории М. Маллер. Согласно этой теории мать, бессознательно отвергающая попытки ребенка сепарироваться с ней, может задержать его на этапе симбиоза, что приведет к возникновению нарушенного эго и создаст преморбидный фон для возникновения телесных болезней [10]. В текущий момент продолжают сохранять актуальность работы исследующие эту тему. Среди публикаций обзора 7 раскрывают этот аспект психосоматических взаимосвязей [5, 6, 24, 43, 46, 56, 57].

Билецкая М. П. и Шемет В. Е. [6] выявили дисфункцию во взаимодействии матери и подростков болеющих бронхиальной астмой, описали их различие для мальчиков и девочек. Так же отмечают высокий уровень семейного чувства вины и тревожности у матерей, неадаптивность семейного копинга. Федосеев Г. Б., Куприянов С. Ю. [57] описывают бронхиальную астму, как способ адаптации пациента к окружающей его микро-социальной среде. Имеются исследования особенностей семейных и психосоциальных систем у пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы [5, 24, 43], псориазом [46], проблемами в репродуктивной системе [56], и язвенной болезнью желудка [43].



Исследования, которые показывают взаимосвязь психического и телесного в порождении, динамике и излечении соматических болезней у животных.

Эксперименты с животными принесли несколько очень важных фрагментов в общую картину взаимоотношений психического и физического. Проводя классический павловский эксперимент на лабораторных мышках, Роберт Адер обнаружил, что угнетение иммунной реакции организма может стать условнорефлекторной реакцией. Он давал мышам сладкую воду и делал им инъекцию циклофосамида (иммунодепрессант). Впоследствии, давая мышам только сладкую воду, автор выявил у них резкое угнетение иммунитета, вплоть до полного подавления иммунных реакций и смерти мышей от опухолей или инфекционных заболеваний. До этого считалось, что кора головного мозга не может влиять на работу иммунной системы напрямую. Эти исследования положили начало возникновению и развитию новой науки — психонейроиммунологии [39, 61].

Советские ученые Ротенберг В. С. и Аршавский В. В. [2] сформулировали концепцию поисковой активности. Поисковую активность авторы определили, как активность, направленную на поиск возможности изменения ситуации (или изменения отношения к ней) без определенного прогноза результатов, но при постоянном их учете. Процесс поисковой активности независимо от результата поиска повышает резистентность организма к заболеваниям и его стрессоустойчивость, а отказ от поиска создает предпосылки для снижения стрессоустойчивости и развития болезней. При этом не важно, какими именно эмоциями, позитивными или негативными, запускается и сопровождается поисковая активность. Для подтверждения концепции авторы провели несколько серий экспериментов, в которых вызывали у животных экспериментальный патологический процесс. После чего одна группа животных находилась без какого-либо воздействия, другая имела возможность самостоятельно стимулировать «зоны удовольствия» головного мозга через вживленные электроды, третья группа получала пассивную стимуляцию «зон удовольствия». Результаты этих экспериментов показали улучшение состо-

яния животных во второй группе, где получению удовольствия предшествовал поиск и самостоятельная активность. В первой и третьей группе, состояние животного не улучшалось. Наблюдая за животными, у которых стимулировались зоны мозга, вызывающие «неудовольствие», исследователи обнаружили, что в одних случаях состояние животных улучшается, а в других, становится хуже. В результате анализа этих различий, было установлено, что животные с поведением, включающим в себя попытки бегства и агрессию, переживали патологический процесс лучше, чем без стимуляции. Если же животные забивались в угол камеры и не предпринимали никаких попыток вырваться, все патологические процессы расцветали пышным цветом и могли даже привести к гибели.

Исследование плацебо-эффекта.

Обзору исследований в области плацебо посвящена предыдущая статья автора [1]. Ссылаясь на нее в данной статье отметим, что феномен плацебо сам по себе является доказательством наличия психосоматических взаимоотношений и взаимодействия психики и тела в появлении, течении и исхода болезни, а так же является хорошей моделью для изучения психосоматических взаимосвязей. В исследовании плацебо в текущий момент используется интегративный подход, объединяющий психологические, нейробиологические и медицинские исследования данного феномена, это позволяет посмотреть на психосоматические взаимосвязи с разных позиций [1, 63].

Исследование влияния психотерапии (психокоррекции) на течение болезни.

В представленном обзоре 14 работ посвящены исследованию результатов использования психотерапии и психокоррекции для лечения различных заболеваний [11, 18, 21, 22, 23, 39, 53, 64, 66, 68, 70, 71, 73, 79]. Из четырнадцати публикаций три являются мета-анализами, которые достаточно подробно описывают результаты использования гипнотерапии при болевом синдроме различной этиологии и патогенеза. Elkins G., Jensen M., Patterson D. [66] провели мета-анализ работ контролируемых исследований гипноза в лечении хронической боли и пришли к выводу,



что гипнотическое вмешательство ведет к постоянному, значительному снижению боли, кроме того гипноз более эффективен чем забота, уход, физиотерапия и обучение. В другом мета-анализе, проведенным Montgomery G., DuHamel K., Redd W [73], авторы обнаружили, что гипноз способен значительно снижать боль у 75% населения при наличии у испытуемого как экспериментальной, так и клинической боли. Также von Wietersheim J и Kessler H. [79] изучив литературу по применению различных методов психотерапии у больных, пришли к выводу, что психотерапия улучшает психологическое состояние пациентов, но не влияет на течение самого заболевания. Linden M, Scherbo S и Cicholas [71] В исследовали результаты лечения у пациентов с хронической болью в спине проходивших в ходе лечения поведенческую когнитивную психотерапию и пациентов, проходивших такой же курс лечения без психотерапии, в каждой группе находилось около 50 человек, и установили что у пациентов проходивших психотерапию болевой синдром был значительно меньше, чем у пациентов получавших лечение без психотерапии. Lahmann C, Nickel M, Schuster T и соавторы [70] исследовали применение релаксации и визуализации на параметры функциональных показателей легких у 64 больных бронхиальной астмой, обнаружив значимое улучшение функции внешнего дыхания по сравнению с контрольной группой, получавшей плацебо и лечение без применения релаксации и визуализации. Keller W, Pritsch M, Von Wietersheim J и соавторы [68] исследовали влияние курса краткосрочной динамической психотерапии на течение болезни Крона и психологическое состояние болеющих, на группе из 108 человек, сравнивая с динамикой болезни и психологическим состоянием в контрольной группе, не проходивших психотерапию, не выявили улучшения ни в динамике болезни, ни в психологическом статусе больных, но отметили уменьшение хирургических вмешательств, в группе, проходивших психотерапию.

Работа Саймонтона К. и Саймонтон С. [49] описывает результаты эффективного использования психотерапии для лечения онкологических заболеваний. В течение нескольких лет, авторы работали со 159 па-

циентами, считающимися неизлечимо больными различными опухолевыми заболеваниями, и приводят следующую статистику: выжило 63 пациента, из которых у 14 отсутствовали признаки заболевания, у 12 отмечался регресс опухоли, состояние 17 стабилизировалось, а у 20 отмечался рост опухоли или появление нового онкологического процесса.

Так же актуальны вопросы исследования изменений психологического профиля пациентов после проведенной психологической работы и их взаимосвязь с клиническими проявлениями — 3 статьи [11, 18, 49] и развитие телесно-эмоциональной компетенции как способа совладания с болезнью — 2 статьи [21, 64].

Исследования о взаимосвязи психологических особенностей человека с возникающими у него болезнями и их клиническим течением.

Продолжают быть актуальными исследования, изучающие психологические особенности человека и их связь с возникновением и развитием динамики болезни, а также изучения взаимосвязи психологических способов преодоления болезней, различных эмоций и хода развития и исхода болезни. Среди представленных в обзоре публикаций 27 раскрывают этот аспект психосоматических взаимосвязей [3, 5, 7, 8, 9, 15, 17, 18, 19, 24, 28, 31, 32, 36, 37, 44, 45, 51, 51, 53, 60, 65, 67, 75, 80], а в 10 работах исследуются способы совладания с болезнью, влияние эмоций на течение и исход различных нозологий.

Начало этому направлению дали Ф. Александер и Ф. Данбар. В 1950 году Франц Александер предложил теорию психосоматической специфичности. Согласно этой теории пусковым механизмом появления и развития конкретной болезни служит специфичный интрапсихический конфликт, именно он выступает психологическим стимулом для развития заболевания [41, 58]. Примерно в то же время Флоренс Данбар сформулировала теорию «личностного профиля». В основе этой теории лежало предположение автора, что люди, болеющие одними и теми же заболеваниями, могут быть похожи личностными особенностями, которые и ответственны за возникновение заболевания [10, 41, 58].



Исследованию взаимосвязи психологических особенностей пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы посвящены 10 публикаций [5, 24, 31, 45, 50, 53, 50, 65, 69, 80]. Рогачева Т. В. [45], исследовала 423 пациента с болезнями и нарушениями системы кровообращения и выявила взаимосвязь различий осмысления болезни и формирования смысловой реальности и клинического течения болезни, наличие осознанной и неосознанной потребности в любви и безопасности у большинства пациентов с инфарктом миокарда. Автор обнаружила, что пациенты перенесшие инфаркт миокарда с потребностью в демонстрации злости, раздражительности чаще имеют повторный инфаркт и его осложнение в виде фибрилляции желудочков, чем пациенты, имеющие и реализующие потребность в покое и спокойствии. Соловьева С. Л. [53], исследовала агрессивность больных с ишемической болезнью сердца. Автор обнаружила, что их агрессивность имеет специфические отличия от агрессивности здоровых людей и существует преимущественно в дефицитарной, нереализованной, «задержанной» форме, это связано с дефицитом соответствующих поведенческих навыков, а также с избыточным контролем стеничных эмоций гнева, мотивирующих агрессивные действия. Так же у пациентов с ишемической болезнью сердца имеется эмоциональная напряжённость из-за чрезмерной регламентации эмоций с вероятностью аффективных «разрядок» при ослаблении эмоционального самоконтроля. Билецкая М. П. и Сидорова Ю. И. описывают характерную для больных гипертонической болезнью структуру страхов [5]. Кантемирова Р. К. с соавторами описывают корреляции между психологическими особенностями у лиц пожилого возраста и течением у них ишемической болезни сердца [24]. Курако М. М., Киричук В. Ф., Кодочигова А. И. и соавторы [31], исследовали различия в особенностях личностного реагирования у молодых женщин с малыми аномалиями сердца легкой и умеренной степени тяжести и выявили, что им свойственны противоречивость интрапсихических тенденций: с одной стороны — демонстративность и общительность, доброжелательность, и зависимость от мнени-

я окружающих; с другой — замкнутость, периодическое стремление к изоляции и преимущественный ориентир на внутренние критерии, некоторые подозрительность и скептицизм, а также позитивный настрой и стремление избегать конфликтов в общении в сочетании с настойчивостью в достижении цели. Северьянова Л. А., Плотников В. В., Плотников Д. В. [50] установили, что типологическими особенностями у детей и юношей со склонностью к гемодинамическим нарушениям являются астеническая направленность факторов темперамента, с высоким уровнем эмоциональности, тревожности и дистимности, для них характерны застреваемость и социальная пассивность. Шимохина Н. Ю., Савченко А. А. и соавторы [60] обнаружили, что у больных с острым коронарным синдромом уровень тревоги коррелирует в прямой зависимости с уровнем гемостатических нарушений и степенью выраженности иммунновоспалительных процессов. Yan L. L., Liu K. и соавторы [80] выявили, что гипертония в молодом возрасте чаще всего развивается у лиц имеющих высокую оценку по шкале раздражение/нетерпение и высокий уровень враждебности, а также обнаружили что депрессия и тревога не повышают число случаев заболевания гипертонией, по сравнению с общим уровнем заболеваемости в популяции. Cuffee Y, Ogedegbe C, Williams N. J. и соавторы [65] провели мета-обзор литературы и указывают, что факторами повышающими риск возникновения ГБ являются: профессиональный стресс, психологическая травма, тревога, депрессия, отсутствие стабильного места проживания, социальная поддержка/изоляция, и качество сна. Kaplan M. и Nunes A. [67] провели анализ публикаций по исследованию роли психологических и социальных факторов в развитии гипертонии с 1990 по 2003 годы и пришли к выводу, что накапливается количество доказательств указывающих на то, что психосоциальные факторы влияют на развитие гипертонии.

Из представленных в обзоре 3 работы посвящены исследованию психологических особенностей лиц с болезнями органов ЖКТ [11, 28, 32]. В статьях Крюковой А. Я. и Курамшиной О. А. с соавторами [28, 32] установлено, что лица с наследственной предрасполо-

женностью к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характеризуются тревожно-мнительным и астено-невротическим типом реагирования, выявили корреляцию между уровнем личностной тревожности и возникновением болезни. Горшкова Н. Е., Непомнящая Н. И. с соавторами [11] выявили психологические особенности пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, идентифицировали типичные для этих пациентов внутренние конфликты, и способы психологической защиты, установили корреляцию между наличием и степенью выраженности психологических особенностей и степенью тяжести клинических симптомов заболевания.

Изучению взаимосвязи психических характеристик пациентов с бронхиальной астмой посвящены 3 работы [44, 51, 75]. Так Nowobilski R., Furgał M. и соавторы [75] установили, что симптомы бронхиальной астмы имеют прямую корреляцию с уровнем тревоги у пациентов, чем выше уровень базисной тревожности, тем более выражена симптоматика заболевания, а также установили различие в роли психологических факторов у мужчин и женщин. Семенова Н. Д. [51] описала особенности психики у больных бронхиальной астмой, обнаружив у них более выраженный уровень алекситимии, чем в популяции, более высокий уровень невротизации и тревожности. Схожие результаты психологических особенностей больных бронхиальной астмой получили Ребров А. П. и Кароли Н. А. [44].

Так же имеются работы по изучению взаимосвязи психологических особенностей женщин с заболеваниями репродуктивной системы — 2 статьи [7, 9], у лиц, с нарушением абдоминального метаболизма [15, 17], онкологических больных [20, 49], больных сахарным диабетом II типа [18, 19] и ревматоидным артритом [33].

Продолжаются исследования, изучающие способы психологического совладания пациентов со стрессом, вызываемым болезнью (копинг), и их влиянием на течение заболевания. Из представленных в данном обзоре, 9 публикаций посвящены изучению этих взаимосвязей [5, 17, 20, 26, 27, 38, 47, 48, 76]. Имеются работы, исследующие копинг-стратегии у онкологических больных [47, 48], у пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы [5,

38, 76], с ожоговой болезнью [20], аутоиммунными заболеваниями печени [17] и сахарным диабетом II типа [26, 27].

ВЫВОДЫ.

1. В научной среде сохраняется интерес к эмпирическому исследованию психосоматических взаимосвязей.
2. Основное внимание в общей массе публикаций посвящено следующим направлениям исследований, перечисленным в порядке убывания по количеству работ:
 - Определению личностных профилей больных психосоматическими заболеваниями;
 - Исследованию влияния на возникновение и динамику заболевания различных эмоций, положительных и отрицательных;
 - Оценке эффективности психосоматотерапии;
 - Изучению влияния острого стресса на возникновение и течение болезни;
 - Изучению влияния сферы межличностных отношений на течение, возникновение, развитие и течение болезней;
 - Изучению копинг-стратегий и психологических защит у пациентов и их влияние на болезнь;
3. Существующими исследованиями доказано:
 - Влияние стресса на возникновение болезни;
 - Взаимосвязь между силой стресса и выраженностью заболевания;
 - Влияние различных эмоций на возникновение болезни, степень выраженности ее симптомов и возможность выздоровления;
 - Эффективность психотерапии для разных групп болезней;
 - Взаимосвязь между дисфункциональными межличностными отношениями и развитием заболевания;
 - Многофакторность влияния психики на возникновение болезни и выздоровление;
 - Наличие характерных психологических особенностей личности у больных с одной нозологией;



- Наличие определенных психологических качеств личности, могут способствовать более быстрому выздоровлению.
- 4. Имеются спорные результаты исследования эффективности психосоматотерапии при использовании разных методов, что предполагает необходимость дальнейших исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин М. С. Экспериментальные и теоретические исследования эффекта плацебо. Обзор. // Психосоматика и саморегуляция. – 2015. №1. с. 20-30. <http://journal.pro/pdf/1427113398.pdf>

2. Аршавский В. В., Ротенберг В. С. Поисковая активность и адаптация. – М.: Издательские решения. – 2015. – 274с.

3. Билецкая М. П., Сидорова Ю. И. Особенности страхов в структуре эмоциональной сферы больных гипертонической болезнью. // Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии: традиции и перспективы: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, г. Ярославль, 19-21 мая 2011 г.: В 3 ч. Ч. I / Отв. ред. А. В. Карпов, ЯрГУ им. П. Г. Демидова; Российский фонд фундаментальных исследований. – Ярославль: ЯрГУ им. П. Г. Демидова, 2011. – с.491

4. Билецкая М. П., Купреничева Т. В. Тревога в семьях детей с гастродуоденитом с позиции системного семейного подхода. // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. /Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.47

5. Билецкая М. П., Сидорова Ю. И. Особенности межличностных отношений и способов совладания с трудной жизненной ситуацией пациентов и гипертонической болезнью. // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. /Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.50

6. Билецкая М. П., Шемет В. Е. Особенности семейной дисфункции в диаде

«мать-подросток, страдающий бронхиальной астмой» // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.

7. Блох М. Е. Привычное невынашивание беременности с позиций психосоматических и соматопсихических соотношений. // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. / Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с. 54

8. Бобкова Е. Н., Иващенко Д. М. Роль алекситимии в развитии психосоматических заболеваний. // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. / Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.61

9. Боговин Л. В. Психосоматические взаимодействия у больных бронхиальной астмой (обзор литературы) // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2010. № 37. с. 65-71.

10. Былкина Н. Д. Обзор зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор). // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 2. – с.149

11. Горшкова Н. Е., Непомнящая Н. И., Ивашкина М. Г., Журавлев А. К. Психологические особенности и психокоррекция у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Лечебное дело. – 2011. № 1. – с. 29-35.

12. Грачева Л. В., Сергеев В. Л. Психосоматические нарушения у мужчин в отдаленном периоде боевого ПТСР. // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. 2, № 2. – с.231

13. Грицевич Т. Д., Черных И. Д. Выявление влияния психоземotionalного стресса на возникновение онкологического заболевания. // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. / Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.98



14. *Гриценгер В. Р., Губанова Г. В., Хайбекова Т. В., Потапова М. В.* Психосоматические соотношения при коморбидном состоянии. // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Том 1, № 7. – С. 65

15. *Долганова Н. П.* Особенности эмоциональной регуляции у лиц с метаболическими нарушениями. // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. / Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.105

16. *Ефремова Д. Н.* Особенности психологического статуса личности, страдающей нарушением абдоминального метаболизма. // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.

17. *Зыкова С. О.* Психологическая адаптация лиц с аутоиммунными заболеваниями печени. // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. / Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.122

18. *Ивашкина М. Г.* Опыт психокоррекционного и психореабилитационного сопровождения личности в условиях онкологического заболевания. // Лечебное дело. – 2010. № 3. – с. 49-54.

19. *Ивашкина М. Г.* Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 1998. – 166 с.

20. *Ильмузина А. В.* Психологические факторы, способствующие выздоровлению при ожоговой болезни. // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.

21. *Исаченкова О. А.* Развитие эмоционально-телесной компетентности как важного ресурса в профилактике и лечении психосоматических заболеваний. // Психосоматическая медицина – 2013: Сборник ма-

териалов. VII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – с.21

22. *Исаченкова О. А.* Роль стресса в патогенезе сахарного диабета и его осложнений, возможные механизмы развития и методы коррекции // Медицинский альманах. – 2008. – № 2.

23. *Калматаева Ж. А., Жоламанова А. А.* Клинико-экономическая эффективность использования психотерапии в лечении больных артериальной гипертензией // Терапевтический архив. – 2015. № 1. – с. 64-68.

24. *Кантемирова Р. К., Карасева Л. А., Фидарова З. Д., Светличная И. В., Чайка П. А.* Психологические, социальные и клинико-экспертные корреляции у инвалидов пожилого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца. // Психосоматическая медицина – 2013: Сборник материалов. VII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – с. 25

25. *Ким А. С., Сараева К. А., Федяй С. О.* Роль аффективного компонента при кожных заболеваниях. // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII / Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.134

26. *Кошанская А. Г.* Взаимосвязи психологических и клинических характеристик у больных сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения. Автореф. дисс. канд. психол. наук. – СПб, 2007.

27. *Кошанская А. Г.* Роль психологических факторов в формировании компенсированного течения сахарного диабета II типа. // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.

28. *Крюкова А. Я., Габбасова Л. В., Курамышина О. А., Кофанова Ю. А., Детюк Е. А.* Психологический, иммунологический статусы у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Том 1, № 7. – с.101



29. Кулаков С. А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь. – 2003. – 288 с.
30. Куприянов С. Ю. Системный подход к оценке роли нервно-психических факторов в развитии и течении бронхиальной астмы / Вест. АМН СССР. –1989. №2. – с. 24–28.
31. Курако М. М., Киричук В. Ф., Кодочигова А. И., Оленко Е. С., Протасов П. А., Бакасова А. В. Женщины с малыми аномалиями сердца: штрихи к психологическому портрету.// Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Том 1, № 7. – с. 98
32. Курамшина О. А., Крюкова А. Я., Габбасова Л. В. Особенности психосоматических расстройств у лиц молодого возраста с ЯБДПК.// Психосоматическая медицина – 2013: Сборник материалов. VII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – с.31
33. Лас Е. А. Исследование психосоматических соотношений при ревматоидном артрите (литературный обзор) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru>
34. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2003. 928 с.
35. Мартынова А. Г., Скворцов Ю. И., Блинова В. В., Богданова Т. М., Бурлака А. П. Особенности психологического профиля женщин в период перименопаузы в зависимости от уровня эстрадиола.//Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Том 1, № 7. – С.105
36. Новикова И. А., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Основные факторы риска возникновения психосоматических заболеваний.// Терапевтический архив. – 2007, т.79, №1. – С.61-64
37. Оленко Е. С., Кодочигова А. И., Киричук В. Ф., Макеева А. С., Костенко И. В., Доронкина И. А. Психологическая характеристика здоровых лиц молодого возраста с вазомоторной дисфункцией эндотелия // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Том 1, № 7. – С 97
38. Парфенов Ю. А., Шахов Д. В., Комекбаева Л. К., Матвеев А. В., Антипина Т. А., Антипин С. Г. Особенности копинг поведения у лиц экстремального профиля деятельности с ишемической болезнью сердца.// Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. / Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.192
39. Победите свои болезни / под ред. Д. Голмен, Д. Гурин. Минск.: Попурри, – 1999. – 640 с.
40. Проворотов В. М. [и др.] Алексетимия (обзор)// Журн. неврол. и психиатр. – 2000. №6. – с.66–69.
41. Психосоматика: взаимоотношения психики и здоровья // составитель Сельченко К. В. – Минск.: Харвест, – 2005. – 640 с.
42. Рагозинская В. Г. Нейрофизиологические корреляты негативной аффективности у психосоматических больных.// Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. /Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с. 201
43. Рагозинская В. Г. Особенности актуальных эмоционально-негативных состояний, базисных убеждений и раннего микросоциального опыта у больных психосоматическими заболеваниями.// Психосоматическая медицина – 2013: Сборник материалов. VII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – с.46
44. Ребров А. П., Кароли Н. А. Особенности психики больных бронхиальной астмой // Рос. мед. журн. – 2003. №1. – с. 23–26.
45. Рогачева Т. В. Смысловая реальность болящей личности: структурно-функциональный анализ :на материале болезней и нарушений системы кровообращения. Автореф. дисс. доктор психол. наук. – 2004, Томск.
46. Ружинских А. Г. Особенности взаимосвязи социально-психологических характеристик с тяжестью псориаза у больных с осложненным течением заболевания.// Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.

47. *Русина Н. А.* Реакции адаптации пациентов онкологической клиники [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 5 (22). – URL: <http://mprj.ru>
48. *Русина Н. А., Моисеева К. С.* Психогенные реакции адаптации пациентов, страдающих раком гортани. // Психосоматическая медицина – 2013: Сборник материалов. VII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – с.51
49. *Саймонтон К., Саймонтон С.* Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001. 288 с.
50. *Северьянова Л. А., Плотников В. В., Плотников Д. В.* Характеристики интегральной индивидуальности у лиц детского и юношеского возраста со склонностью к гемодинамическим расстройствам // Психосоматическая медицина – 2013: Сборник материалов. VII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – с.54
51. *Семенова Н. Д.* Психологические аспекты бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: Агар, 1997. – Т.2. – с.187–212.
52. *Скворцов Ю. И., Мартынова А. Г., Скворцов К. Ю.* Новые возможности психотерапии в кардиологической клинике. // Психосоматическая медицина – 2013: Сборник материалов. VII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – с. 56
53. *Соловьева С. Л.* Агрессивность как свойство личности в норме и патологии. Автореф. дисс. доктор психол. наук. – СПб, 1996.
54. *Тарабрина Н. В., Коробкова Л. И., Ворона О. А., Падун М. А.* Стресс и его последствия у больных раком молочной железы. // Вестник РФФИ, – 2005. – № 6. – с.10-20.
55. *Телятникова Г. Б.* Влияние психологических факторов успешность процесса реабилитации пациентов с ОНМК в раннем реабилитационном периоде. // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.
56. *Троик Е. Б., Ермолаева О. С.* Психосоциальные особенности пациенток, проходящих лечение методом экстракорпорального оплодотворения // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII / Под общей редакцией В. И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – с.265
57. *Федосеев Г. Б., Куприянов С. Ю.* Бронхиальная астма как способ психологической адаптации к микросоциальной среде // Тер. архив, 1985. – №5. – С.31–36.
58. *Фролова Ю. Г.* Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. – Мн.: ЕГУ, 2003. – 172 с.
59. *Хватова М. В.* Теории формирования психосоматических расстройств: учеб. пособие/ М-во обр. и науки РФ, ГОУВПО «Тамб. гос. ун-т им. Г. Р. Державина». Тамбов : Издательский дом ТГУ им. Г. Р. Державина. – 2010. – 172 с.
60. *Шимохина Н. Ю., Савченко А. А., Петрова М. М., Пилюгина М. С.* Распространённость тревожно-депрессивных расстройств, особенности гемостаза и иммунитета у больных острым коронарным синдромом. // Психосоматическая медицина – 2013: Сборник материалов. VII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – с.63
61. *Ader R, Cohen N.* Behaviorally conditioned immunosuppression/ Psychosomatic medicine 1975 July-August, Vol.37, №4. p. 333-340
62. *Austin AW, Wissmann T, von Kanel R.* Stress and hemostasis: an update. // Seminars in Thrombosis and Hemostasis – 2013; 39(08): 902-912. DOI: 10.1055/s-0033-1357487
63. *Benedetti F.* Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship // Physiol vol. 93 no. 3 1207-1246, 2013.
64. *Courtois I., Cools F., Calsius J.* Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. // Journal of Bodywork and Movement Therapies – 2015 Jan; Volume 19, Issue 1, Pages 35-56. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.04.003. Epub 2014 Apr 18.



65. *Cuffee Y, Ogedegbe C, Williams N. J., Ogedegbe G, Schoenthaler A.* Psychosocial risk factors for hypertension: an update of the literature. // *Current Hypertension Reports.* – 2014 Oct; 16(10):483. doi: 10.1007/s11906-014-0483-3.
66. *Elkins G., Jensen M., Patterson D.* Hypnotherapy for the management of chronic pain. // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.* 2007. – № 55:3, – p. 275-287.
67. *Kaplan M., Nunes A.* The psychosocial determinants of hypertension // *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2003 Feb;13(1):52-9.
68. *Keller W, Pritsch M, Von Wietersheim J, Scheib P, Osborn W, Balck F, Dilg R, Schmelz-Schumacher E, Doppl W, Jantschek G, Deter HC; German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn's Disease.* Effect of psychotherapy and relaxation on the psychosocial and somatic course of Crohn's disease: main results of the German Prospective Multicenter Psychotherapy Treatment study on Crohn's Disease // *J Psychosom Res.* – 2004 Jun; 56(6):687-96.
69. *Kubzansky LD1, Kawachi I.* Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? // *J Psychosom Res.* 2000 Apr-May;48(4-5):323-37.
70. *Lahmann C, Nickel M, Schuster T, Sauer N, Ronel J, Noll-Hussong M, Tritt K, Nowak D, Rohricht F, Loew T.* Functional relaxation and guided imagery as complementary therapy in asthma: a randomized controlled clinical trial // *Psychother Psychosom.* 2009;78(4):233-9. doi: 10.1159/000214445. Epub 2009 Apr 28.
71. *Linden M, Scherbe S, Cicholas B.* Randomized controlled trial on the effectiveness of cognitive behavior group therapy in chronic back pain patients // *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2014;27(4):563-8. doi: 10.3233/BMR-140518.
72. *Ma L, Li Y, Feng M.* Positive emotion and cardiovascular disease in elderly people. // *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8(5): 6682-6686. Published online 2015 May 15.
73. *Montgomery G., DuHamel K., Redd W.* A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.* – 2000. – № 48, – p. 138-154
74. *Neild J. E., Cameron I. R.* Can emotional stress cause bronchoconstriction? // *Biological Psychology.* – 1986. Vol. 22. – p. 184–185.
75. *Nowobilski R., Furgał M., Polczyk R., de Barbaro B., Szczeklik A.* Gender gap in psychogenic factors may affect perception of asthma symptoms. // *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011; Vol. 21(3): 193-198
76. *Paquet C., Kergoat MJ, Dubé L.* The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: insights from a prospective within-day assessment // *Pain.* – 2005 Jun; 115(3):355-63.
77. *Ritz T., Steptoe A.* Emotion and Pulmonary Function in Asthma: Reactivity in the Field and Relationship With Laboratory Induction of Emotion // *Psychosomatic Medicine* – 2000. – № 62. – p. 808–815.
78. *von Känel R.* Acute mental stress and hemostasis: When physiology becomes vascular harm. // *Thrombosis Research* – February 2015, Volume 135, Supplement 1, – p. 52–55.
79. *von Wietersheim J, Kessler H.* Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: a review // *Inflamm Bowel Dis.* – 2006 Dec;12(12):1175-84.
80. *Yan LL, Liu K, Matthews KA, Davignus ML, Ferguson TF, Kiefe CI.* Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. // *Journal of American Medical Association.* – 2003 Oct 22; 290(16):2138-48.

Empirical studies of psychosomatic relationships. Review of results.

Anokhin M. S.,
(Rostov-on-Don, Russia)

Abstract. The article provides an analysis of the publications of empirical research in the field of psychosomatic medicine. A qualitative and quantitative analysis on the subject of research results in 72 publications. The basic directions of researches and achievements in this field of scientific knowledge were found.

Keywords: psychosomatics, psychosomatic relationships, empirical research, review.



ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КУДАЕВ А. Е.,
ЗАМЛЕЛАЯ И. В.,
ХОДАРЕВА Н. К.
(Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация

В статье описан холистический подход к оценке состояния организма человека, основанный на трудах Гиппократ, Ганемана, Галена, Кента и др. выдающихся врачей, позволяющий определить уровень и степень поражения организма, а также подобрать длительность терапии и необходимую интенсивность воздействия.

Ключевые слова: *здоровье, уровни функционирования организма, развитие патологического процесса, методы лечения, гомеопатия, миазмы.*

УДК 612.013.1+577+615

Врач должен лечить не болезнь, а больного.
Гиппократ

Здоровье — главная ценность жизни, оно занимает самую высокую ступень в иерархии потребностей человека и является важнейшим компонентом успешной реализации его биологической и социальной функции. В 1948 г. Всемирная организация здравоохранения приняла Устав и сформулировала определение здоровья, которое не изменилось и по сей день и является общепринятым: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

В определении есть ключевое сочетание — полное физическое, душевное и социальное благополучие, являющееся неотъемлемой частью здоровья, т.к. функционирование всех систем организма осуществляется одновременно на трех уровнях [4, 5, 6] и при заболевании происходит одновременное их повреждение. Несмотря на совместное поражение, мы видим превалирование какого-то из уровней в том или ином случае.

Первый уровень — физиологический, или организменный. При влиянии на него происходит воздействие на симптом, симптомокомплекс, нозологию. Цель лечения на этом уровне состоит в том, чтобы изучить и ликвидировать телесное проявление заболевания: устранить боль, снизить температуру тела, убить бактерии, скрыть высыпания на коже, снизить артериальное давление, ликвидировать отеки и т.д.

Второй уровень — психологический, воздействие на этом уровне подразумевает влияние на эмоциональное состояние человека, волю, память, способности, мышление и характер в целом. Цель на данном уровне — облегчить депрессию, уменьшить тревогу, повысить интерес, снизить утомляемость и т. д.

Третий уровень — социальный, или событийный, это уровень событий и действий. На этом уровне действует сила (энергия) намерения. Цель данного уровня — приспособление человека к сложившейся социальной среде, помощь человеку в формировании его реальности и изменении стратегии поведения.



Все эти уровни динамичны, связаны друг с другом и важно рассматривать человек как единое целое на всех уровнях его существования: физического, эмоционального и социального. Одним из краеугольных камней гомеопатической медицины является понятие целостности организма, т.е. организм рассматривается как единое целое и, следовательно, нет отдельных заболеваний, а есть разные стадии развития одного патологического процесса. Эта всем очевидная истина показывает, что в организме все процессы взаимосвязаны, и если нарушена функция одного органа, то это обязательно повлечет за «собой изменение функций и всех других органов [4].

При нарушении благополучия организма возникают различные симптомы, которые формируются в заболевание. И любой пациент желает устранить присутствующие симптомы. Какие существуют методы лечения? Еще Гиппократ выделил два подхода, ведущие к выздоровлению: «*Similia similibus curentur*» — подобное лечится подобным и «*Contraria contrarius curentur*» — противоположное лечится противоположным. В сочинении «О древней медицине» [3] эта мысль изложена следующим образом: «...и следует тому, кто захочет правильно лечить, помогать теплом через холодное, холодному посредством теплого, сухому посредством влажного и влажному через сухое.... В самом деле, если вредит одно из них, то подобает облегчить противоположным...»

«...Иной случай: болезнь произведена сходным, и сходным же, которое заставили принять, больной от болезни переходит к здоровью. ... Если человеку, у которого рвота, дают пить в изобилии, то со рвотой он освобождается от того, что заставляет его рвать; таким образом, рвотой уничтожается рвота.... И если бы так было во всех случаях, то все было бы понятно и лечили бы то противоположными средствами, то подобными, сообразуясь с природой и происхождением болезни...»

Принцип «*Contraria contrarius curentur*» взял за основу и развил в своих трудах Клавдий Гален (131–201 года н.э.), разделивший лекарства по симптомам болезней: на возбуждающие, болеутоляющие, снотворные, слабительные и иные. Ученый был уверен, что надо пользоваться составными частями

растений, вытяжками из них и что не все вещества, имеющиеся в растении, полезны; некоторые из них даже вредны. С появлением галеновых препаратов (вытяжки из растений) был заложен научный подход к современной аллопатической медицине. Однако используя данный метод не всегда получается излечивать пациента полностью, часто удается только частично снимать и смягчать симптомы заболевания.

Подход «*Similia similibus curentur*» переложил на уровень науки Самуэл Фридрих Христиан Ганеман (1755–1843). Изучая действие лекарств на организм человека, он заметил, что применение препаратов по данному принципу приводит к излечению на всех уровнях и при любых обстоятельствах. В гомеопатии болезни не разделяются по различным группам, как это принято в аллопатической медицине, т.к. это бесполезно: лечить надо не болезнь, а человека.

Для эффективного лечения пациента каждый врач должен в совершенстве владеть обоими методами лечения.

Ганеман [9, 11] обнаружил, что в людях есть некая скрытая сила, вызывающая предрасположенность к определенным заболеваниям. Эта предрасположенность, которую он назвал миазмом (или испорченностью), который передается по наследству, определяет тип реагирования организма на любые стрессовые повреждающие факторы окружающей среды и является основой практически всех хронических заболеваний.

Анализируя семейные анамнезы, Ганеман обнаружил, что болезни проявляются в определенной последовательности и предложил концепцию развития патологического процесса, позволяющую прогнозировать ход лечения и с большой точностью выбрать из множества лекарственных средств то, которое максимально эффективно поможет конкретному пациенту.

Степень остроты, или «точка развития» патологического процесса, оценивается по сочетанию потенциалов, в которых выявляются отягощения наследственными токсинами. Использование знаний о развитии заболевания позволяет выбрать наиболее оптимальную для данного конкретного больного тактику лечения, быстро и с математической точностью подобрать необходимый для излечения

препарат и определить нужную величину потенции. Более того, зная, как развивается патологический процесс, врач может точно спрогнозировать ход лечения, т.е. определить тип препаратов, какие препараты, в какой потенции и в какой последовательности

необходимо будет дать пациенту для полного излечения. [4]

Совмещение уровней функционирования организма и развитие патологического процесса позволили сформировать график развития заболевания [6] (рис. №1).

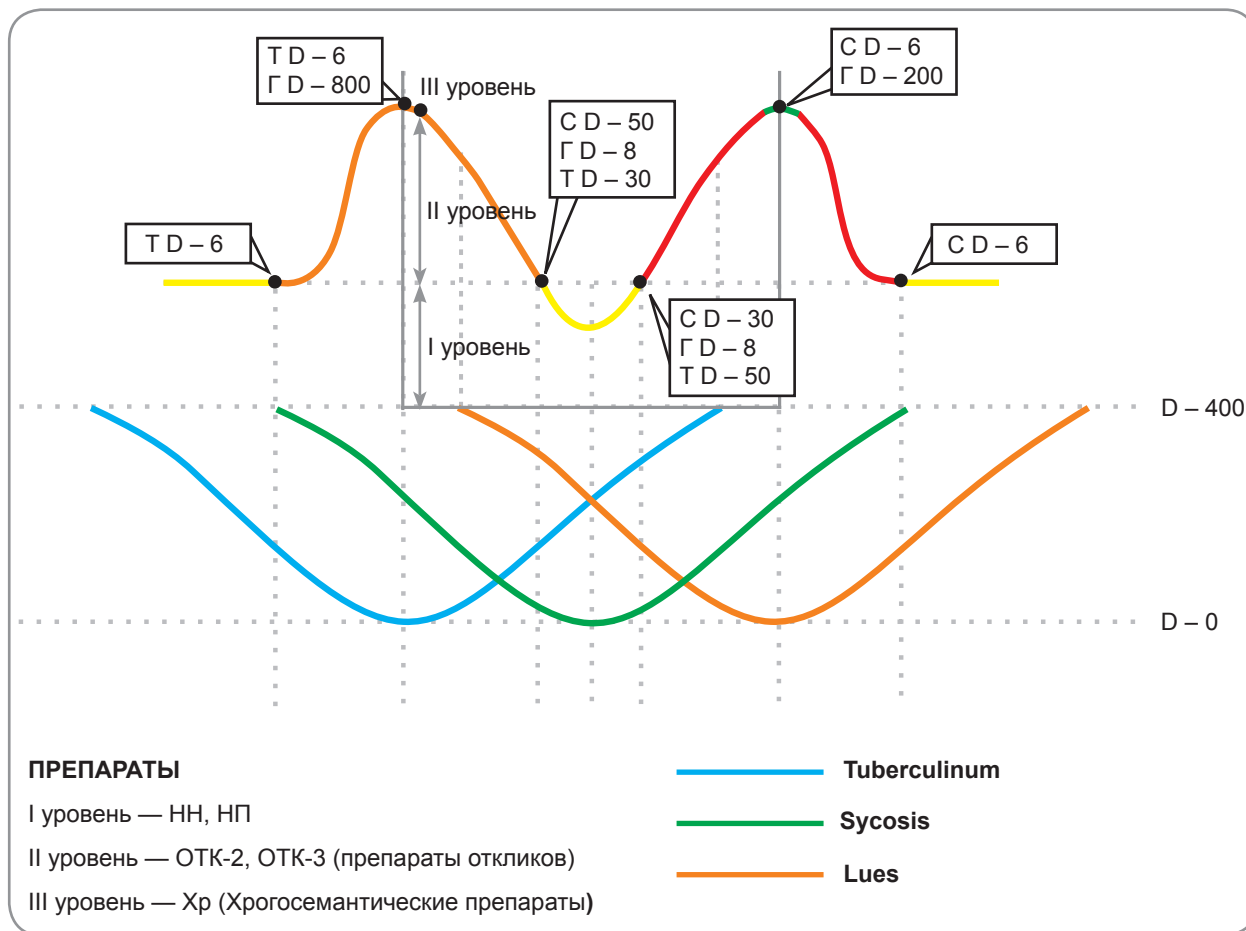


Рис. № 1 Развитие заболевания

Если пациент находится в правой части графика развития заболевания (преобладание миазма Lues), у него преобладают процессы разрушения, или деструкции, которые сквозят на всех уровнях существования человека (на физическом, эмоциональном и событийном). На физическом уровне это выражается в разрушительных, молниеносно возникающих (как гром среди ясного неба) болезнях с некрозом и апоптозом: длительно незаживающие и легко кровоточащие раны, язвы; гангрена (угрожающая ампутацией); внезапный инфаркт миокарда или слепота (часто в молодом возрасте); тяжелая инфекция; септицемия; инсульт, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера,

сильные кровотечения, угрожающие жизни, внезапная смерть во сне, частые выкидыши у женщин, азооспермия у мужчин, врожденная слепота, глухота. У пациентов возникает первичное воспаление, которое быстро и легко переходит в деструктивную фазу. Раны никогда не бывают чистыми и ровными, никогда не заживают быстро и без нагноения. Аппендицит у такого больного часто осложняется перитонитом, словно организм не в силах «собрать себя по кускам и заживить больную ткань», поскольку над ним довлеет идея разрушения. На психоэмоциональном уровне наблюдается потеря контроля над эмоциями, разрушение уверенности, безопасности, что приводит к мании, сумас-



шествию [1]. Поведение непредсказуемо, слишком реактивное, или реакция полностью отсутствует. Система в целом не сбалансирована, не уравновешена, поэтому возникают случайные, хаотические, неуправляемые и непредсказуемые действия. Личность в Льюисе не контролирует свои эмоции, а эмоции управляют ею. Человек способен быстро, и не особо задумываясь, разрушить все вокруг себя, поскольку для него это самый понятный и легкий способ реакции на изменяющиеся условия жизни. У пациента мало сил и ему могут быть предложены только условно-положительные виды терапии и лекарственных препаратов, которые компенсируют патологическое состояние (противоположное лечится противоположным). На этой стадии развития заболевания противопоказана такая психотерапия, которая направлена на выявление проблемных точек, вскрытие проблем, т.к. у него нет ресурсов для их решения. Он не готов в прямую соприкоснуться со своими страхами, тревогами, гневом и травматичными воспоминаниями.

Если пациент находится в центре графика развития заболевания (преобладание миазма Sycosis), то на физическом уровне легко возникают различные образования, разрастания, утолщения, опухоли, хронические неразрушающиеся воспаления. Раны и повреждения никогда не бывают чистыми и ровными, никогда не заживают быстро и без нагноения. Снаружи они производят впечатление поверхностных, но на самом деле они глубоки и скрыты желтыми или зелеными выделениями. Отложение пигментов с потемнением кожи и ран. Здесь возможны два варианта.

Если пациент находится в центре, ближе к правой стороне, графика развития заболевания, у него преобладают процессы недостатка. На физическом уровне наблюдается недостаток функции той или иной системы, недостаток различных веществ в организме: гипоплипидемия, гипонатриемия, остеопороз, анемия, снижение эластичности связок, мышц и кожи. На психоэмоциональном уровне — неполное использование интеллекта, дефицит воли, недостаток выразительности, он не расположен к разговору, сдержанный, скрытный. Ощущает беспомощность,

легко идет на компромиссы. Гнев, горе, счастье, любовь и другие эмоции подавляет, не выражает, недовольство скрывает. Он «все понимает, но не двигается». На этой стадии развития заболевания необходимо применение только условно-положительных препаратов (противоположное лечится противоположным). При неправильном подходе к лечению данного пациента он легко переходит в правую часть графика развития заболевания и появляются процессы деструкции.

Если пациент находится в центре, ближе к левой стороне, графика развития заболевания, то у него преобладают процессы накопления. На физическом уровне — атеросклероз, увеличение веса, гипертрофия миокарда, гипернатриемия, отеки. На психоэмоциональном уровне у пациента наблюдаются различные страхи (беды, рака, приступа и т.д.) и беспокойство о здоровье, спасении души, беспокойство в грудной клетке или области сердца. Гнев и недовольство, так же как счастье и веселье проявляет открыто, легко и бурно. Такая личность настроена на достижение успеха. Он желает больше, чем ему нужно. Мозг полон фантастических идей, неограниченных возможностей, в основном конструктивных, но порой и разрушительных. Он исполняет свои желания с упорством и решительностью. Он может выступать в роли «диктатора» или «жесток с подчиненными и подбодрастен с вышестоящим начальством», накапливает материальные блага [1]. На этой стадии развития заболевания возможно применение условно-отрицательных препаратов (подобное лечится подобным).

Если пациент находится в левой части графика развития заболевания (преобладание миазма Tuberculinum), то у него много сил и для него эффективны условно-отрицательные виды терапии (подобное лечится подобным). У таких людей преобладают функциональные нарушения: стрессовое повышение артериального давления, нестабильная стенокардия, вызванная спазмом коронарных сосудов. Боли и лихорадка легко исчезает под действием лечения, воспаление протекает без нагноения, что приводит к быстрому выздоровлению. На психоэмоциональном уровне пациента у пациента высокая чув-

ствительность, тревожность, беспокойство, раздражительность, гнев, ощущение опасности. На этом этапе у пациента могут быть обострение хронических или развитие острых заболеваний, которые проходят в течение нескольких дней, не причиняя ущерба от переживаемых событий. У человека избыток сил, с помощью которых он может и готов справиться с появившимися проблемами и заболеваниями, а также решить глубинные личностные проблемы.

Законы организации и функционирования организма едины и поэтому в любом лечении, как психологическом, так и медикаментозном, необходимо подходить к терапии пациента целостно. Полноценное лечение не может быть сведено только к устранению физического или психологического симптома и воздействие на них должно осуществляться на всех уровнях, сочетано и с учетом особенностей пациента.

Используя аппаратные возможности биорезонансной терапии, знания классической гомеопатии, периодическую систему химических элементов Д. И. Менделеева в трактовке Ревичи [10], можно достаточно точно оценить уровень и степень поражения организма по соотношению микроэлементного баланса у пациента. Это позволяет ювелирно подбирать необходимую терапию как в плане препаратов, так и в плане психологического воздействия. Поскольку человеческий организм сложная структура, то любое воздействие, каким бы оно ни было (психологическое, физическое и т.д.) должно иметь определенные маркеры отслеживания общего состояния. В нашем случае мы используем несколько вариантов — анализ неспецифических адаптационных реакций организма по Гаркави-Квакиной-Уколовой [2], отслеживание суточного изменения pH мочи по Ревичи [10], мониторинг с помощью биоэлектрографии [7] и неинвазивного анализатора формулы крови АМП [8], что позволяет достаточно качественно отслеживать ход и направление терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Виджейкар, Прафулл*/ Прогнозирующая гомеопатия. Часть III. Окончательное представление о Миазмах. – М.: Гомеопатическая Медицина, 2006 – 280 с.
2. *Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А.* Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов-на-Дону: Издательство Ростовского университета, 1990. – 224 с.
3. Гиппократ. Избранные книги. Пер. с греч. В. И. Руднева. – Государственное издательство биологической и медицинской литературы. – М., 1936. – 736 с.
4. *Захаренков В. М.* «Гомеопатическая концепция развития патологического процесса». – Смоленск: Гомеопат. медицина, 2000. – 74, [1] с. ил.; 20 см. – (Основы гомеопатической терапии).
5. *Кент Дж. Т.* Лекции по философии гомеопатии. – Смоленск: «Гомеопатическая медицина», 2000. – с. 177.
6. *Кудаев А. Е., Мхитарян К. Н., Ходарева Н. К.* Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия. – Ростов-на-Дону: Издательство СКНЦ ВШ ЮФУ АПСН, 2010. – 376 с.
7. Метод газоразрядной визуализации (ГРВ) в практике врача-исследователя // Методическое пособие для врачей под ред. проф. Полушина Ю. С. – СПб, 2003. – 40 с.
8. Неинвазивная комплексная оценка параметров гемостаза, формулы крови, биохимических, метаболических и гемодинамических показателей – Методические рекомендации, Министерство здравоохранения Украины. – Киев, 09.01.2006.
9. Органон рациональной [разумной] медицины С. Ганемана. Дрезден, 1810. Органон врачебного искусства [врачевания]: 2 изд. – 1819; 3 изд. – 1824; 4 изд. – 1829; 5 изд. – 1833 [6 изд. – подготовлено автором, но издано на англ. яз. в 1921 г.]. (На русский язык переведены 4, 5, 6 издания: 4 – в 1835 г., 5 – в 1881 г. врачом В. Сорокиным, 6 – в 1992 г. д-ром А. В. Высочанским.)
10. *Ревичи Э.* Патофизиологическое исследование как основа управляемой



химиотерапии с особым приложением к раку. D. VANNOSTRANDCOMPANY, INC. 120 Alexander St., Princeton, New Jersey (Principaloffice) 24 West 40 Street, New York 18, New York, 1961. – 693 с.

11. Хронические болезни, их своеобразная природа и гомеопатическое лечение; доктора Самуила Ганемана. Часть 1 – Дрезден, 1828. Часть 2 – 1828, 1835. Часть 3 – 1828; Дюссельдорф, 1837. Часть 4 – 1830; Дюссельдорф, 1838. Часть 5 – 1830, 1839 («Лечение хронических болезней и гомеопатическая доктрина» переведено Г. М. Дубровской под ред. А. Э. Островского, Н. В. Оленчик, С. Я. Лубчиной в 1993 г.; «Хронические заболевания» под ред., В. М. Захаренкова в 2000 г.)

12. Official Records of the World Health Organization, no. 2. – p. 100.

A holistic approach to the treatment of diseases

*Kudaev Alexander E.,
(Rostov-on-Don, Russia)
Zamlelaya Irina V., MD
(Rostov-on-Don, Russia)
Khodareva Nina K. MD
(Rostov-on-Don, Russia)*

Resume. *This article describes a holistic approach to assessing the state of the human body, based on the writings of Hippocrates, Hahnemann, Galena, Kent et al. of outstanding physicians, allowing determining the level and degree of damage to the body, as well as selecting the required duration of treatment and the intensity of exposure.*

Keywords: *health, levels of the body's functioning, the development of the pathological process, therapies, homeopathy, miasma.*

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АНОРЕКСИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

ЛУБЯНКО И. А.,
(РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация

Описан пролеченный случай нервной анорексии с результатами проведенных обследований, медикаментозной терапией, психотерапией и катамнезом.

Ключевые слова: анорексия, психотерапия, соматические нарушения.

УДК 159.96; 616-06; 159.99

Мысль написать статью возникла после нескольких случаев терапии больных анорексией в отделении психотерапии Ростовского медицинского университета.

Психологическая, психическая стороны этой патологии описаны достаточно подробно [2, 7, 8, 11, 13], и возникло желание сделать больший акцент на соматических осложнениях, возникших в ответ на ограничение питания, вследствие существования идеи снижения веса, описать некоторую схожесть при проявлениях и терапии этих расстройств у разных пациенток, на примере одной, выделив опасности, которые могут все же привести к самому печальному (летальному) исходу, который наблюдается в 10-20% случаев по данным различных авторов. [2, 11, 13]. На примере этого случая также описана психотерапевтическая работа, проводимая с пациентами для закрепления полученных результатов и создания новых моделей поведения, работы с малоадаптивными мыслями невротического уровня.

Анорексия как таковая (др. -греч. α- — без-, не-, ὄρεξις — позыв к еде) это синдром, заключающийся в полном отсутствии аппетита при объективной потребности организма в питании, который сопровождает большинство метаболических заболеваний, инфекций, болезней пищеварительной системы, в частности паразитарных инфекций, а также возникающий по другим причинам. [10]

Этот синдром может встречаться как при различных психических заболеваниях (депрессия, шизофрения), так и быть самостоятельной нозологической единицей.

Согласно МКБ-10 «Нервная анорексия» в целом (лат. anorexia nervosa) это расстройство, характеризующееся преднамеренной потерей массы тела, вызванной и поддерживаемой пациентом. Оно, как правило, чаще встречается у девочек подросткового возраста и молодых женщин, но ему могут быть подвержены юноши и молодые мужчины, а также дети, приближающиеся к пубертатному периоду, и женщины стар-



шего возраста (вплоть до наступления менаузы). Расстройство ассоциируется со специфической психопатологической боязнью ожирения и дряблости фигуры, которая становится назойливой идеей, и пациенты устанавливают для себя низкий предел массы тела. Как правило, имеют место различные вторичные эндокринные и обменные нарушения и функциональные расстройства. Симптоматика включает ограничение диеты, чрезмерную физическую нагрузку, прием рвотных, слабительных и мочегонных средств, а также препаратов, понижающих аппетит. [9]

Предлагаемый случай с любезного согласия пациентки N.

На момент поступления в психотерапевтическое отделение в феврале 2015 г. возраст 24 года с весом 30,5 кг при росте 165 см с жалобами на сниженное настроение с преобладанием апатии, безразличия, слабость, утомляемость, запоры, тяжесть после любой еды. Отмечала (но не жаловалась!) выраженное снижение веса, желание набрать его, и в тоже время присутствующий страх, что «вес наберется выше обычного». Описывала это как некую данность. «да, вот есть такой вес», тревоги по этому поводу не испытывала.

Была выявлена отягощенная наследственность — дед по материнской линии употреблял алкоголь запоями до месяца, перенес микроинфаркт в возрасте 72 года. Отец пил, были запои, пытались лечить. Был период, когда спиртное употреблял редко (ориентировочно с 2006). Двоюродный дядя по материнской линии тоже пьет. Двоюродная бабушка по материнской линии умерла около 60 лет, страдала алкоголизмом, также как и ее сын. У матери была диагностирована доброкачественная опухоль щитовидной железы. ЯБЖ и ДПК. Дедушка по отцовской линии умер от инфаркта миокарда в возрасте свыше 80 лет.

Анамнез: родилась в декабре 1995 г. в небольшом городе от 2 беременности. Мать находилась на сохранении на 4 месяце беременности — матка была в тонузе. Роды обычные, в срок, родилась доношенной. Масса при рождении 3300, длина 51 см. До 3 мес. находилась на естественном вскармливании. Первые три месяца спала только на

руках, в кроватке кричала. Остальное развитие без особенностей. Посещала детские дошкольные учреждения — ясли с полутора лет и детсад, ходила туда с удовольствием.

Перенесла ветряную оспу ориентировочно в три года, без осложнений. В год и 2 месяца перенесла простудное заболевание с подъемом температуры до 40°.

Отцу на момент родов — 27 лет. По характеру описывает как строгого, требовательного, «если сказал, то так и должно быть», скрытного, «свои чувства не показывает». Мама мягкая, терпеливая. На момент родов — 28 лет.

В школу пошла с 6 лет, читать, писать не умела. Учиться нравилось, училась на «отлично», не нравились физкультура, с русским языком были сложности. Училась в художественной школе, однако из-за возраста пришлось повторять один и тот же класс, изучая уже известный материал, что не нравилось. Окончила «с горем пополам».

С детского возраста друзьями в основном были мальчики, но как только завязывала отношения менее формальные, и сама к ним испытывал какие-то чувства, отношения прерывала.

Окончила 11 классов в 2013 г., хотела поступать на факультет общей физики, но поступила в другой университет вместе со своими друзьями, потому что в этом ВУЗе была предложена элитная форма обучения, если обучаться только на «отлично». Учеба давалась легко, переехала жить на квартиру в другой город по месту расположения ВУЗа.

Алкоголь практически не употребляла, не курила.

К своей внешности претензии появились после высказываний друзей о внешнем виде. Решила снижать вес.

Началом заболевания считает весну 2013 г. с момента когда «не понравилась себе». «Не понравились живот, ноги, щеки — были слишком толстые» (результат реакции на мимолетное высказывание кого-то из соучеников). Начала меньше есть, изменила рацион, ограничиваясь яблоками и кефиром. Затем стала использовать рвоту для избавления от пищи (могла вырвать до 3 раз в день, однако делала это при переедании). Родные заметили изменение веса только через год, поскольку жила отдельно от них. Себе стала больше нравиться, однако продолжила снижение



веса, т.к. боялась его набрать. Расширила рацион. Весной 2014 г. родители обратили внимание на выраженное снижение веса. Возникли конфликты, пытались контролировать прием пищи, когда приезжала домой. Весной 2014 г. после приема у гинеколога (по поводу уже тогда проявившейся дисменореи) поняла, что надо вес набирать, однако продолжал присутствовать страх, что вес наберется мгновенно.

Находилась на лечении в отделении больницы общего профиля с диагнозом «психогенная анорексия» и весом 36 кг в июле 2014 г. в отделении эндокринологии (получала внутривенно р-р глюкозы) без эффекта, затем в августе в другой больнице. Принимала амитриптилин по ¼ табл. на ночь и карбамазепин по ½ табл. утром и вечером без эффекта. С сентября 2014 прекратились месячные, которые и до этого бывшие нерегулярными, снизился фон настроения. В октябре 2014 г. проходила психотерапию по месту жительства с хорошим психологическим эффектом, препараты не принимала. Вес сохранялся сниженным, рацион — ограниченным.

Соматически при поступлении — подкожный жировой слой отсутствует. Кожа истонченная бледного цвета. Повышенная ломкость ногтей. Лануго. Артериальная гипотония (60/40–80/60 мм рт. ст.). Язык обложен беловатым налетом, живот запавший. Запоры.

С первых дней терапии проявляла формальную заинтересованность в лечении. Соглашалась с необходимостью изменения рациона питания, набора веса, однако при этом на малейшие замечания и тревожащую информацию (надо принимать препараты) давала детскую реакцию в виде надувания губ, слез, при этом голос становился высоким. Мимика и пантомимика были замедленными, астеничными, с элементами стереотипии.

Сон был прерывистым, аппетит невыраженным. Рвоту не вызывала. Стул только со слабительным или с очистительными клизмами.

При проведении общесоматического обследования были выявлены:

На ЭКГ синусовая брадикардия до 45 уд в мин., нарушение процессов реполяризации миокарда передне-перегородочной,

верхушечной области сердца с переходом на боковую стенку левого желудочка.

Такая картина нарушений описана многими авторами, а в работах Mitchell J. E. et al. [14] описаны случаи смерти больных нервной анорексией и нервной булимией, связанные с пароксизмальными нарушениями сердечного ритма. Развитие нарушений таких осложнений объясняется электролитными нарушениями, в частности, гипокалиемией.

Была проконсультирована кардиологом, учитывая нарушения, обнаруженные на ЭКГ. Им, учитывая брадикардию, было рекомендовано исследование крови на электролиты (калий и натрий) и включение калия и магния аспаргината в схему терапии при недостаточности этих элементов. Уровень этих электролитов по результатам исследования был в пределах нормы. Также нормальными были показатели мочевины, щелочной фосфатазы, общего билирубина, альбумина.

Уровень кортизола был высоким 1116,79 нмоль/л

Месячные были нерегулярными и до поступления, на момент поступления отсутствовали на протяжении 6 месяцев. Гинекологом был выставлен диагноз «Вторичная аменорея».

В ОАК снижение числа лейкоцитов до $3,2 \cdot 10^3 // \text{мм}^3$ и тромбоцитов до $135 \cdot 10^3 // \text{мм}^3$, что характерно для страдающих анорексией и часто приводит к утяжелению состояния при присоединении инфекционных осложнений. [1, 5, 6]

Уровень глюкозы также закономерно ожидаемо был снижен до 4,03 ммоль/л [1, 12]

НА МРТ от 09.02.15 — МРТ признаки диффузных атрофических изменений вещества мозга в составе общего дистрофического синдрома.

Учитывая нарушения питания была, проведена видеоэзофагогастродуоденоскопия, в результате которой был выявлен эзофагит, недостаточность кардии, поверхностный гастрит, дуоденит.

При этом на УЗИ органов брюшной полости структурных нарушений выявлено не было.

Проконсультирована гастроэнтерологом. Был выставлен диагноз: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Дистальный эзофагит А. Хронический гастродуоденит, Н.р.



ассоциированный, фаза неполной ремиссии. Хронический холецистит с явлениями билиарного сладжа, фаза неполной ремиссии.

Были даны рекомендации:

Диета щадящая (частое дробное питание каждые 2-3 часа небольшим объемом не более 200 мл)+ препараты клинического питания: Тримедат 200мг х 3 раза в день до еды за 20 мин — 6-8 недель

Дюфалак 10 мл х 2 раза в день (развести с водой) — 2 месяц

Фестал 1 табл. х 3 раза в день во время еды — 2-4 недели

Маалокс 1 пакет на ночь

Фитомуцил (мукофальк) 1 пакет х 2 раза в день (развести с кефиром ½ стакана) — 1 месяц

Ливодекса 1 таб. 300 мг после ужина 3 месяца

Диетологом была также рекомендована диета с усилением белкового компонента+ энтеральное питание «Ресурс Оптимум» до 0,5 л в день дробно+ овсяные отруби 2 стол. л. в день

Заключение экспериментально-психологического исследования. При настоящем исследовании на первый план выступает преимущественно аффективная обусловленность поведения и познавательной деятельности у эмоционально незрелой личности с неадекватной самооценкой, сочетающей шизоидный тип реагирования с демонстративностью, склонностью к драматизации в поведении, формирование труднокорректируемых аффективно заряженных концепций относительно состояния здоровья. Учитывая дисгармоничную структуру личности, выявленные при настоящем исследовании нарушения мотивационного компонента мышления с тенденцией к искажению процесса обобщения, нуждается в динамическом ЭПИ после завершения медикаментозного лечения для уточнений характера нарушений.

За время, проведенное в отделении (37 дней) получала дезинтоксикационную терапию, внутривенно вводился раствор 5% глюкозы, цитофлавина на более поздних этапах при стабилизации состоянии. Были назначены психотропные препараты: леривон, рисполепт, седалит и препараты, рекомендованные гастроэнтерологом.

Практически с первого дня была начата психотерапия. Первые несколько дней были посвящены сбору анамнеза и одновременно проводилась построение психотерапевтической модели данного случая, укреплялся комплайенс. Отсутствие выраженных и продолжительных психотерапевтических интервенций объяснялось тем, что у пациентки отмечался высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности, выраженная астения и эмоциональная лабильность. Беседы продолжались не более 20 минут. За это время N проявляла признаки значительной усталости (менялся ее мышечный тонус, голос становился еще тише, предложения становились менее развернутыми), нарастала эмоциональная лабильность. Если в начале беседы на вопросы, касающиеся внешности, веса и отношений с родителями она давала ответы, то к концу беседы — начинала плакать, при этом голос становился высоким, с детскими интонациями. Беседа переводилась на тему более нейтрального или позитивного содержания и завершалась.

Через 6-8 дней пребывания в отделении состояние стало более стабильным и спокойным, стала лучше спать, снизилась тревога. Постепенно начала заниматься обычным временем проведения — рисовать, читать, смотреть фильмы. Есть продолжала по прежнему мало, хотя и убеждала лечащего врача и мед.персонал, что съедает большую часть стандартной порции.

В случаях с нарушениями пищевого поведения для более четких критериев оценки веса в утренние часы дежурным мед.персоналом проводится взвешивание. Это делается обычно со второго-третьего дня, поскольку в первые дни это вызывает нарастание сопротивления, тревоги и ухудшение контакта с персоналом. Если пациент не хочет знать цифры своего веса (обычно это бывает в первое время), то он не смотрит на табло, а результат ему не сообщают. В нашем случае вес не только не стоял на месте, он продолжал ежедневно снижаться.

Следующим этапом психотерапии было установление целей, и выяснение мотивов, приведших пациентку в отделение. В этом случае (и практически во всех остальных) [7, 8]

это на 70% — инициатива и убеждение родственников, консультирующего врача и только на оставшиеся 30% — собственное решение, которое также связано не с желанием набрать вес (этот вариант поначалу как правило не рассматривается), а с желанием «улучшить состояние своего здоровья», «не худеть дальше» и только потом «может быть набрать немножечко» — после наводящих вопросов врача типа «как связано ухудшение здоровья и недостаток веса?». По отношению к набору веса как в этом случае так и во всех остальных просматривается амбивалентное отношение «я понимаю, что надо, даже хочу. Но боюсь». Этот страх как правило базируется на иррациональных заблуждениях, что можно набрать вес мгновенного и много и потом не остановиться. Исходит он как правило из искаженной картины своего (или почерпнутого из общения) опыта набора веса «а потом я сразу набрала...кг».

Учитывая сохраняющуюся астению формирование промежуточных целей «набрать для начала 5 кг под контролем врачей», «меньше уставать», «научиться контролировать количество еды и количество приемов пищи» заняло 3 сессии. Одновременно для структурирования приемов пищи и их контроля с 4-й сессии вводилось обязательное ведение дневника пищевого поведения, в котором указывались дата, время, количества и ассортимент пищи, количество употребленной жидкости, регулярность и характеристики стула.

Сначала идея ведения дневника самоконтроля вводилась в общение (для чего нужен, что указывается, как относится к этой идее, поможет это и в какой степени) на каждом сеансе, затем после формального согласия на ведение его, наступил этап преодоления сопротивления («забыла вести», «не нашла подходящую тетрадь», «забыла записывать»). Следом за этими стандартными этапами начинался анализ написанного, который вносил объективность и немало сюрпризов. Выяснилось, что пищи все-таки съедается для набора веса мало и редко (выявление этих фактов сопровождалось слезами), рацион несбалансирован. Впоследствии к ведению дневника стала относиться ответственно, и учитывая личностные осо-

бенности, сопровождала записи аппликациями, иллюстрациями и фотографиями.

Закрепление выбранной модели поведения проводилось с помощью визуальных, кинестетических якорей из недалекого прошлого с использованием приятных воспоминаний (фото выпускного вечера, которые принесла самостоятельно). В процессе работы делался акцент на позитивных ощущениях состояния, внешнего вида и веса, в котором была тогда (около 48 кг). Затем предлагалось создать картину подобных приятных событий в будущем с таким же ориентировочно весом. Завершалась работа оценкой достижений и позитивной динамикой изменений в настоящем.

Первое время (около 15 дней), пока проводились обследования, начальная медикаментозная терапия со стороны родителей пациентки отмечались полная поддержка и взаимопонимание. Затем, по прошествии времени стало нарастать недовольство и непонимание, которое было направлено преимущественно в адрес дочери и частично лечащего врача в виде вопросов «Когда же ей станет лучше? Когда она начнет есть нормально? Когда она начнет набирать вес?».

Была подключена и семейная системная терапия. Ввиду занятости родителей и их отдаленности проживания часть бесед проводилась по телефону.

Система воспитания в семье была противоречивой, с повышенными требованиями, формальной эмоциональной поддержкой, особенно со стороны отца. Тем не менее при личной встрече с ним удалось достичь понимания о необходимости более терпимого, понимающего отношения и поведения ко взрослому ребенку.

Большой эмоциональный контакт был и остался между матерью и дочерью. В первых сеансах с матерью прослеживалась высокая тревожность и недостаточная информированность о заболевании, а также его течении, поэтому много внимания было уделено разрешению именно этих вопросов, а также негативному влиянию материнской тревоги на процесс выздоровления. Вот как описывала это мать: «Я переживаю, глядя на дочь, начинаю заставлять ее есть, а она психует, плачет, мы ссоримся и никакого результата».



Была разработана тактика поведения, формы и темы общения с дочерью, совместно определена мера ответственности каждого за состояние, поведение вообще и в процессе выздоровления в частности.

Спустя чуть больше двух недель от начала терапии был достигнут определенный положительный результат — несколько увеличился вес, более ответственным стал подход к заполнению дневника пищевого поведения. Тревога уменьшилась, стала более активной, снизились проявления эмоциональной лабильности и астении. Постепенно улучшился аппетит.

Пациентка стала более открыто общаться на различные темы, рассказывать о планах на будущее, о необходимости принять решение по поводу продолжения учебы. Однако, появление аппетита, увеличение веса вновь привели к усилению тревоги по поводу дальнейшего набора веса. В психотерапии был сделан акцент на осознании малоадаптивных мыслей, работу с ними и изменение. Результатом стало снижение тревоги, повышение контроля и понимание собственного актуального состояния. На этом фон стала постепенно расширять рацион питания, продолжая аккуратно вести дневник пищевого поведения. Повысилась спонтанная активность, увеличилась продолжительность психотерапевтических сессий, при общении стала чаще улыбаться, меньше плакать и реже проявлять детские формы поведения.

Снизился уровень контроля со стороны матери, отношения постепенно стали более ровными и доверительными.

Заключительный диагноз: Нервная анорексия F50.0

Течение заболевания у этой пациентки было схожим с другими случаями, которые мы также наблюдали в отделении и теми, что описаны в литературе [1,4,8]

Их особенности заключались в следующем:

1. Выраженная астения, нарушения сна, неустойчивость настроения, отчетливо проявляющийся регресс в инфантильные модели поведения.
2. Страх набрать вес при заявляемом желании сделать это. Декларируемые приемы пищи, их количество не со-

впадали с описанием медперсонала, наблюдавшим этот процесс. Приходилось тщательно контролировать в первое время и даже напоминать о необходимости приема пищи.

3. Тщательность соматического обследования, консультаций смежных специалистов в целях избежать развития возможных соматических осложнений в процессе выздоровления.
4. Длительность, сложность в подборе фарм.препаратов (особенно психотропных) и их доз, а также при проведении психотерапевтических сеансов.
5. Крайне медленный набор веса. Часто при сохраненном рационе питания отмечались дни без динамики.

На момент выписки набрала 6 кг (36 кг), стала более живой, активной, мимика и пантомимика — эмоциональной. Астения в значительной степени снизилась, нормализовался сон, улучшился аппетит. Рвот за время пребывания в отделении не отмечалось. Стул стал регулярным.

Катамнестическое наблюдение на протяжении года по настоящее время.

Восстановилась в университете, ликвидировала задолженности по учебе. Вес увеличился до 46 кг. При беседе довольна своим состоянием, охотно общается с персоналом, часто улыбается, шутит. Астенических расстройств не отмечает. С учебной нагрузкой справляется. Фон настроения стабильный. Отношения с родителями оценивает как стабильные, удовлетворительные.

Месячный цикл по прежнему отсутствуют, что также характерно для этой патологии, поскольку во многих исследованиях описывается его восстановление по прошествии года [3, 12].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баринев А. М., Коркина М. В., Цивилько М. А., Карева М. А.* Роль показателей динамики сомато-эндокринных расстройств в диагностике и лечении больных с синдромом нервной анорексии//Ж. невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1982. — №11. — С. 1688-1691.



2. Безносюк Е. В., Филин Е. Е. Современные представления о нервной анорексии // Мед. помощь, 1995, № 2. – С. 18-20.

3. Богданова Е. А. Вторичная аменорея у девушек после потери массы тела (обзор литературы) // Акушерство и гинекология. 1981. – №12. – С. 3-6.

4. Брюхин А. Е. Реабилитация больных нервной анорексией с тяжелыми вторичными, сомато-эндокринными расстройствами // Дисс. канд. мед. наук. – М., 1997.

5. Гончарик Т. А. Изменения сердечно-сосудистой системы у больных анорексией // Дисс. канд. мед. наук – М., 1994.

6. Дементьева И. И., Чазова Т. Е. Нарушения водно-электролитного, кислородного и кислотно-основного гомеостаза у больных нервной анорексией // Анестезиология и реаниматология. 1988. – №4. – С.66-70.

7. Карвасарский В. Д. Психотерапия. М., Медицина, 1985. – С.303.

8. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. – М., Медицина, 1986.

9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. С. Пет., «Оверлайд», 1994.

10. Энциклопедический словарь по психологии и педагогике. 2013. [Электронный

ресурс] // Сайт «Академик» / URL: http://dic.academic.ru/searchall.php?SWord=%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F&from=xx&to=ru&did=psychology_pedagogy&stypе=/ (Дата доступа 24.02.2016).

11. Нуаков Г. К. Пограничные нервно-психологические расстройства. – М.: Медицина, 1987. Нервная анорексия. – С. 177-182.

12. Руководство. Клиническая эндокринология. – М.: Медицина, 1991. Гл. XIV. Нервная анорексия. – С. 473-478.

13. Темирова А. Р. Корреляция особенностей психических и соматоневрологических расстройств у больных нервной анорексией // Дисс. канд. мед. наук. — М., 2005.

14. Mitchell J. E., Pyle R., Eckert E. D. et al. Bulimia nervosa in overweight individuals // J. Nerv., Ment. Dis., 1997, 5, 178(5): 324-327.

Features of somatic disorders in anorexia (case study)

Leubyanko I. A.,
(RSMU, Rostov-on-Don, Russia)

Summary: Described a case-based anorexia nervosa with the results of surveys, drug therapy, psychotherapy and catamnesis .

Keywords: anorexia, psychotherapy, somatic disorders.

РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ «ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ» И КОНЦЕПТА МАЙНДФУЛНЕСС В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И ДЕПРЕССИИ

КОВПАК Д. В.,
(Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

В статье приводится обзор mindfulness как нового концепта в когнитивно-поведенческой терапии. Приводятся общие характеристики методов осознанности. Прослеживается их связь с традиционными практиками медитации и описываются отличительные особенности техник. Описана специфика каждого метода и принципы работы в каждом из них с хронической болью и депрессией.

Ключевые слова: майндфулнесс, ориентированная на майндфулнесс когнитивная терапия, осознанность, метакогниции.

УДК 615.851+159.99

На протяжении последних двух десятилетий ряд исследователей и методологов психотерапии стали выделять среди вновь

возникших за последнее время видов когнитивно-поведенческой терапии тенденцию к выделению так называемой «третьей волны».



К первой волне они относят поведенческую терапию, ко второй когнитивную, раскрывшую «черный ящик» промежуточной переменной, а третью волну характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека.

Компилируя данные методологов можно выделить в ряду основных видов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны следующие варианты:

1. Основанная на осознанности редукция стресса — MindfulnessBased Stress Reduction [1, 20, 21];
2. Когнитивная терапия основанная на осознанности — MindfulnessBased Cognitive Therapy [16, 34, 35];
3. Терапия принятия и ответственности — Acceptance and Commitment Therapy [18];
4. Диалектико-поведенческая терапия — Dialectical behavior therapy (DBT) [5];
5. Функционально-аналитическая терапия — Functional analytic psychotherapy [25];
6. Схемотерапия — Schema Therapy [44];
7. Десенсибилизация и переработка движениями глаз — Eye Movement Desensitization and Reprocessing [9];
8. Метакогнитивная терапия — Metacognitive Therapy [6, 7, 43];
9. Терапия ориентированная на участие (сострадание) — Compassion focused therapy (CFT) [17];
10. Когнитивная аналитическая терапия — Cognitive analytic therapy (CAT) [32].

В первых трех направлениях концепт Mindfulness является центральным компонентом, в 4м, 5м и 8м — дополнительным. 3,4 и 5 виды одновременно относятся к прикладному анализу поведения (АВА).

Mindfulness, обычно передается термином «безоценочное осознание». Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к безоценочности и принятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить.

Соответственно, и негативные мысли и чувства он наблюдает с приятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Вни-

мание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и непреходящее. В практике безоценочного осознания не преследуется никакая цель, а воспринимается процесс.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению концепции осознанности как психологического конструкта и как формы психотерапевтического вмешательства для профилактики и лечения разных форм психоэмоциональных расстройств и психической патологии. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах и на сегодняшний день оформилось в самостоятельное направление. В современной психологии принято разделять два термина: осознанность (англ. *awareness*) и внимательность (англ. *mindfulness*). Осознанность обычно трактуется как способность произвольно сосредоточивать внимание на текущих событиях и ощущениях, произвольно переключать внимание с одних предметов на другие, управляя за счет этой произвольности процессом фокусировки.

В переводе с английского «*mindfulness*» означает «внимательность, памятьливость». Изначально это слово использовалось (а некоторые авторы утверждают, что было специально «изобретено») для перевода с пали буддийского термина «сати» (санскр. «смрити», тиб. Drenpa). В палийских текстах слово «сати» на русский язык обычно переводят как «внимательность», но в действительности это понятие имеет более широкий смысл. Майндфулнесс — это осознанность или более функционально — направление внимания на текущий момент и бесстрастная, нереагирующая, принимающая все таким как есть осведомленность о нем.

Буддийские приемы культивирования «сати» (осознанности) были адаптированы западной психологией в 80-х гг. XX века. К настоящему времени концептуально *mindfulness*



достаточно далеко ушел от своих восточных корней, вписался в контекст западной психотерапии, практической психологии и даже нейронауки. Сегодня говорят о существовании самостоятельного *mindfulness approach* (майндфулнесс-подхода) в психотерапии.

Джон Кабат-Зинн (одним из первых ввел этот термин в научный и практический оборот) — определяет *mindfulness* как «безоценочную осведомленность, возникающую в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта». В своей работе «*Coming to our senses*» он утверждает: «*Mindfulness* может рассматриваться как делящаяся от одного момента к другому, не основанная на рассуждениях осведомленность, вырабатываемая благодаря направлению внимания особым образом: то есть на текущий момент, максимально нереагирующим образом и с открытостью сердца» [21].

Другой авторитет, Бишоп [10] дает следующее определение: «*Mindfulness* — это саморегулирование внимания с тем чтобы оно направлялось на текущий опыт таким образом, чтобы усилить распознавание психических событий имеющих место в данный момент... ему присущи такие качества как «любопытство, открытость, принятие».

В *Institute for Meditation and Psychotherapy* использует самое краткое определение «*Mindfulness* — осведомленность о настоящем моменте с его принятием».

В работе «*The Mindful Way Through Depression*» под *mindfulness* понимают «внимание, которое мы направляем намеренно, на настоящий момент, безоценочно к существующему положению вещей» [8].

В конце 90-х годов двадцатого века и начале 2000-х на Западе на стыке психологии, нейронаук, философии и религиоведения складывается новая междисциплинарная область, которая приобретает условное название «*contemplative science*» — «созерцательная наука». Основным предметом исследования в данной области становятся техники созерцания и эффекты от практики таких техник. Уровень осознанности некоторые исследователи связывают с различиями в ряде параметров мозговой активности. Так, например, J.D. Creswell [12, 42] с использова-

нием функциональных методов нейровизуализации обнаружил, что высокий уровень осознанности был связан с уменьшением активации в области миндалины и более широким полем активации префронтальной коры головного мозга. Была зафиксирована выраженная обратная связь между активацией префронтальной коры и миндалины среди испытуемых с высоким уровнем осознанности, в отличие от испытуемых, с низким уровнем, у которых такой связи не обнаруживалось.

Это позволяет предполагать, что более «осознающие» испытуемые лучше способны регулировать эмоциональные реакции за счет активности префронтальной коры и ингибирования активности в области миндалины. Осознанность также отрицательно коррелирует с активностью в миндалине, медиальной префронтальной и теменной областях мозга во время сосредоточения испытуемого на своих ощущениях, в то время как высокий уровень выраженности симптомов депрессии положительно коррелирует с активностью в этих областях.

Эти техники не новость и открытие для человеческой цивилизации. Многие из даже являются прямыми заимствованиями из условно обозначаемыми как «восточные практики» техническими приемами, например, буддизма. В южной ветви буддизма — школе Тхеравады — уже не первое тысячелетие большое внимание уделяется осознанию различных психических процессов и бесстрастному наблюдению за ними. Школа Дзен строится на осознании происходящего в данный момент в повседневной жизни. Под влиянием буддийских школ в статьях различных западных исследователей появляются такие термины как «принятие своего опыта (*acceptance of experience*)» (Hahn, 1998; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) [18], «сострадательное отношение к себе и страданиям других» (Gilbert, 2005) [17], «способность к безоценочному самонаблюдению» (Kabat-Zinn, 1990) [20]. Безусловно, психология со времени своего появления старалась проникнуть в суть подобных явлений и феноменов, практик и традиций, стараясь описать их феноменологически и каузально посредством научного языка. В свое время такие формы терапии как, например, геш-

талть давал свой контекст и язык описания данных процессов и феноменов. Видимо, пришло время когнитивно-поведенческому направлению психотерапии, вслед за экзистенциально-гуманистическим, приступить к переработке и описанию на своем терминологическом языке богатого наследства так называемых духовных практик и традиций.

Снижение стресса с помощью осознанности (Mindfulness-based stress reduction, MBSR), это программа созданная Джоном Кабат-Зинном в медицинском центре университета Массачусетса. Программа была разработана для помощи людям с хроническим дистрессом, хронической болью и другими дисфункциями. Рандомизированные контролируемые клинические исследования продемонстрировали значительную положительную динамику пациентов с хроническим болевым синдромом, прошедших программу MBSR [20, 21].

Когнитивная терапия основанная на осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) это вид терапии «третьей волны» основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии. MBCT разрабатывалась как подход к предотвращению рецидивов, использующийся во время ремиссии. Зиндел Сигал, Джей Марк Уильямс и Джон Тисдейл создали основанную на осознанности когнитивную терапию в значительной степени приспособившая MBSR, с целью предотвращения рецидивов депрессии [16, 34, 35]. Авторы подхода высказывали опасения, что интенсивность негативного мышления и трудности концентрации в активной фазе депрессивного расстройства помешают получить необходимый эффект от терапии. Однако результаты сравнения эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии второй волны и MBCT для лечения пациентов в период активного депрессивного эпизода показали схожую эффективность обоих методов. У значительного числа пациентов наблюдалась существенная редукция симптомов депрессии. В исследованиях указывается на тот факт, что многие пациенты продолжают использовать техники осознанности после прохождения курса MBCT, убеждаясь в их полезности.

Устранение депрессивной симптоматики приводит к редукции хронического болевого синдрома. Представления и убеждения о боли могут быть культурально и социально обусловлены, находиться под влиянием личностных predispositions, включать в себя копинг стратегии преодоления и совладания.

MBCT противопоставляет дисфункциональным мыслям ряд метакогнитивных навыков:

- способность занимать метапозицию по отношению к потоку своего мышления;
- способность осознавать текущий поток внутренних и внешних раздражителей;
- принятие определенной ориентации к опыту своих переживаний как к относительному и проходящему, включая отношение любопытства, открытость и принятие;
- способность произвольно переключать свое внимание с одного аспекта опыта на другой.

На субъективное восприятие боли оказывает влияние множество внешних факторов, в том числе когнитивный, дающий оценку переживаемому опыту. Например, в Индии, Малазии, Сингапуре и других местах Юго-Восточной Азии ежегодно проводится праздник Тайпусам, индуистский праздник, отмечаемый в день полнолуния месяца тай по тамильскому календарю (январь/февраль) в честь бога Муругана, младшего сына Шивы и Парвати. Тайпусам — зрелище не для слабонервных. Дело в том, что самый суровый способ доказать свою верность Муругану и выполнить данный ему обет в обмен на исполнение сокровенного желания — прицепить дары металлическими крючьями к собственному телу. Многие европейцы считают его отвратительным и мазохистским фестивалем. Во время празднования индуисты вкалывают себе в спину здоровые крюки и тащат на них тяжелые грузы, прокалывают кожу, язык и щеки стальным стержнем, при этом не испытывая боли, а лишь чувство радости и благоговения. Некоторые верующие индуисты вставляют в свои спины крючки и привязывают к ним тросы, на которых они тянут платформы, называемые кавади. Как говорят адепты, они не чувствуют боли и кровь не идет из их ран, потому что они постоянно читают молитвы.



Социальный контекст, социальное научение также может оказывать влияние на восприятие боли. Наблюдения показывают, что в семьях, где родители страдают хронической болью, дети чаще жалуются на боль, чаще пропускают занятия, чаще обращаются за медицинской помощью. Из приведенных примеров явственно следует, что психологические и социокультурные факторы играют немаловажную роль в восприятии боли.

Mindfulness-Based Pain Relief, как часть практики MBSR, это программа лечения хронического болевого синдрома. Практика майндфулнесс, как это не парадоксально, не ставит своей целью убрать боль.

Пациентам с хронической болью специально дают пояснение: «Мы не стремимся подавить боль, бороться ней или контролировать ее. Равно как мы не пытаемся влиять даже на наши эмоции. Мы вообще не пытаемся что-то «починить» или «исправить», хотя нам этого может очень хотеться. Напротив, мы просто ищем момент, чтобы сидя, стоя — в любом положении просто наблюдать за тем, что разворачивается в нашем опыте. Скорее, находя умиротворение в том, каково положение вещей, каким бы оно ни было. Парадокс и одновременно решение заключается в том, что, зачастую, состояние бытия, когда мы просто принимаем то, что есть, и не предпринимаем никаких попыток что-то изменить, само провоцирует изменения. Динамика и изменение — это базовое свойство всего сущего. Все меняется, все находится в движении — даже наша боль и наше отношение к ней. Если мы сохраним безмятежную позицию безоценочного наблюдателя, будем практиковать такую позицию осознанности последовательно и регулярно, то, тем самым, позволим изменениям осуществляться.

Принятие — один из ведущих принципов и приемов практики майндфулнесс. Принятие — это настолько могущественный фактор трансформации, что он лег в основу самостоятельного вида психотерапии — АСТ — Acceptance and Commitment Therapy — Терапии Принятия и Ответственности [18]. Основная идея этого подхода состоит в том, что с какими бы переживаниями не столкнулся человек он способен принять их и действовать, невзирая

на них, в соответствии со своими внутренними ценностями.

Следует отметить, что «принятие» в контексте осознанности не следует отождествлять с пассивностью или отстраненностью. В большей степени, принятие в данном контексте относится к способности испытывать события во всей их полноте, не прибегая к одной из крайностей, как например, чрезмерной озабоченности, избеганию или подавлению опыта. Как отмечал Д. Кабат-Зинн, принятие — это не пассивное подчинение, а акт распознавания того, что вещи таковы, какими они являются. Иногда они не такие, какими мы бы хотели их видеть. Принятие не означает, что мы не можем работать над тем, чтобы поменять мир или изменить те или иные обстоятельства. Но это означает, что пока мы не примем вещи такими, какие они есть, мы будем пытаться заставить вещи быть тем, чем они не являются, и это может породить многочисленные трудности. Некоторые вещи тяжело принять. Например, иногда вы испытываете боль в теле и не знаете, отчего это происходит. Это очень и очень тяжело принять, потому что в первую очередь вы хотите знать, в чем причина происходящего и устранить ее. И если у вас нет ответа на вопрос о причине боли, может быть очень и очень трудно принять это. Но что мы обнаружили при работе с пациентами с хроническими болями, так это то, что прежде чем по-настоящему работать с болью и страданием, нужно развернуть для боли и страдания ковровую дорожку с надписью «Добро пожаловать» и принять их такими, какие они есть [21].

Задача терапии, основанной на осознанности, «вернуть человека в настоящее», этот метод фокусирует внимание человека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от избыточной стереотипичности и автоматизированности мышления, содержащего дисфункциональные паттерны.

В отличие от традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии, условно выделяемой «второй волны», терапия, основанная на осознанности, ставит перед собой задачи не изменить содержание мыслей, а лишь сосредоточиться на отношении человека к этому потоку и его содержанию. Задача этой терапии — научить человека

воспринимать собственные состояния без веры в то, что они объективны и отражают реальность. В данном подходе тренируется неосуждающее и безоценочное восприятие, в том числе негативных эмоциональных переживаний, физиологических дисфункций как проходящих и небесконечных. Технически это предполагает развитие у пациентов/клиентов навыка безоценочного содержания негативных мыслей в качестве ментальных событий, элементов собственного внутреннего поведения, а не как фактов и элементов реальности.

Получаемые в МВСТ результаты можно связать с возрастанием автоматизации запуска и поддержания механизмов формирования депрессии. С каждым последующим эпизодом ассоциативная связь между плохим настроением и паттернами негативного мышления натренировывается и становится крепче. Это способствует все большей чувствительности и уязвимости, в результате которой для рецидива достаточно все меньше стрессогенных факторов. У пациентов с тремя и более эпизодами в анамнезе приемы МВСТ, позволяющие снизить использование дисфункциональных автоматических мыслей и повысить осознанность каждого проживаемого момента и совершаемого выбора, закономерно оказываются эффективными. В пользу этого предположения свидетельствует факт соотношения эффективности профилактики рецидива у пациентов с четырьмя и более эпизодами: рецидив имел место в 38% случаев после МВСТ и в 100% случаев после традиционного лечения.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) [18] — это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональных ценностей (жизненных смыслов). Целью ACT является увеличение психологической гибкости, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии с выбранными ценностями. С точки зрения подхода ACT, избегание опыта происходит

в связи с нашей способностью оценивать, предсказывать и избегать события. Созданный в начале 1980-х годов американским психологом Стивеном Хайесом, АСТ использует метафоры, парадоксы и практики осознанности, а также широкий спектр упражнений и ценностных интервенций. По своей сути, АСТ — это поведенческая терапия, поскольку речь идет о совершении конкретных действий. В АСТ есть и существенная экзистенциальная составляющая, поскольку важно быть в контакте с тем, что действительно представляет ценность. Мы можем использовать эти ценности, чтобы двигаться вперед и быть вдохновленными и мотивированными. Кроме того, действия направляются ценностями, этот подход внимательных и осознанных действий — когда мы полностью открываемся и полностью включаемся во все, что мы делаем. АСТ получила свое название от одного из своих основных смыслов: принятие того, что находится за пределами личного контроля, и ответственность за свою жизнь, выборы делать то, что ее развивает и обогащает. Цель АСТ в том, чтобы помочь нам создать насыщенную, полную и осмысленную жизнь, одновременно принимая все трудности и даже боль, которую жизнь неизбежно приносит. Но, на пути реализации человеком своих ценностей лежит целый ряд преград и препятствий.

Когнитивное спутывание означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что они думают. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «думанием» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы. Мы используем наш ум для того чтобы судить, оценивать, сортировать, маркировать и группировать информацию. Но эти полезные свойства ума могут стать ловушкой, если мы начинаем воспринимать его содержание буквально, думать, что мы только такие и есть как представляемся себе. Человеческая способность занимать метапозицию по отношению к своему потоку сознания и осознавать субъективность внутри психической картины реальности рассматривается как потенциально эффективный



антидот против распространенных форм психоэмоционального стресса — тревоги, страха, раздражения, гнева, обиды, руминаций и других форм стресса, дисфункциональный характер которых определяется во многом крайне деструктивными стратегиями избегания, подавления или избыточной озаченности негативными переживаниями и мыслями.

В состоянии когнитивного спутывания и слияния мы становимся «пойманными» нашими мыслями и попадаем ловушку их содержания. Наши мысли воспринимаются нами как «правда» буквально. Они легко принимаются на веру в качестве: правил, которые должны соблюдаться; важных событий, которые требуют нашего полного внимания; угрожающих событий, которые мы должны устранить и тому подобное. Когда мы сливаемся с нашими мыслями, они имеют сильное влияние на нас и наше поведение.

Когнитивное расцепление позволяет отступить, метафорически сделать шаг назад, позволяет занять позицию наблюдателя (метапозицию) и осознавать мысли, не будучи ими пойманными. Так мы получаем практическую возможность распознавать, что наши мысли — не более и не менее, чем постоянно меняющийся поток второй сигнальной системы, различных слов, звуков и картинок, даже запахов и телесных ощущений не связанных с текущим перцепторным опытом. Когда мы расцепляемся, дистанцируемся от мыслей, они значимо снижают влияние на нас и перестают жестко детерминировать наше поведение.

Большое количество книг по АСТ описывают свыше сотни различных техник расцепления. Например, чтобы справиться с провоцирующими мыслями мы можем просто отстраненно наблюдать их; громко повторять их снова и снова, пока это не станет просто бессмысленным набором звуков; представить их звучащими голосом персонажа из мультфильма; спеть их на легкомысленный мотив или про себя сказать «Спасибо, ум, благодарю тебя за такие необычные/регулярные/интересные мысли». Существуют неисчерпаемые возможности для творчества.

В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, ни один из этих методов расцепле-

ния не включает оценивание, обсуждение нежелательных мыслей. Не принципиально, иррациональные это мысли или нет. Более функционально с позиции АСТ действие — остановить эту мысль или быть ею пойманным.

Ведущая идея АСТ — это функциональность, «применимость», полезность. В ответ на вопрос: «То, что ты делаешь сейчас, — сделает ли это твою жизнь более наполненной, насыщенной и значимой?». Вопрос «Что ты делаешь?» и осознаешь ли ты это, один из ключевых и в терапии реальности У. Глассера. И Уильям Глассер так же обращал внимание своих пациентов на деятельность. И даже предлагал сместить внимание с существительных на глаголы, отражающие текущее функционирование, посредством акцента на настоящее. «Ты не пациент с депрессией/тревожным расстройством, ты делаешь себя депрессивным/тревожным». «И что ты теперь планируешь делать, чтобы получить желаемое?»

Мы можем использовать осознанность, чтобы «проснуться», соединиться с самими собой и ценить полноту каждого момента жизни. Мы можем использовать осознанность, чтобы лучше узнать себя — узнать больше о том, как мы чувствуем, думаем и реагируем. Мы можем использовать осознанность для более глубокой и тесной связи с людьми, о которых мы заботимся — и, в том числе, о себе. И мы можем использовать ее, чтобы сознательно влиять на наше собственное поведение, расширить свой поведенческий репертуар в мире, в котором мы живем. Это действие, сознательная жизнь, — мудрый способ повышения психологической устойчивости и удовлетворенности жизнью. Это объясняет, в частности, почему АСТ широко применяется для усиления эффективности терапии и уменьшения профессионального выгорания самих терапевтов.

АСТ выделяет четыре психологических навыка осознанности:

1. Расцепление/не-слияние: дистанцирование от бесполезных мыслей, убеждений и воспоминаний, и последующее их отпускание.
2. Принятие: предоставление пространства для болезненных чувств, желаний

и ощущений, позволение им приходить и уходить без усилий.

3. Связь с настоящим моментом: полное взаимодействие с опытом здесь и сейчас, с отношением открытости и заинтересованности.
4. Всеобъемлющее осознание: доступ к всеобъемлющему переживанию себя, к трансцендентному аспекту Я, осознающему мысли и чувства как текущий опыт, но не отождествляющемуся с ними.

Навык расцепления позволяет просто наблюдать угнетающие или тревожные мысли также, как мы наблюдаем проезжающие мимо машины, капли дождя или волны моря. Таким подходом мы можем формировать позицию и поведение, которое в восточных практиках обычно именуют «недеятелем». Созерцательные практики позволяют разделить себя и того, что ранее было раздражителем, когда мы были с ним сцеплены. Так же и навык принятия позволяет людям оставить бессмысленную и беспощадную борьбу с чувствами и ощущениями тревоги, позволяет просто быть, несмотря на дискомфорт и не требуя немедленного комфорта.

В подходе АСТ для наполненной и значимой жизни одной осознанности недостаточно. АСТ учит навыкам осознанности в контексте жизненных ценностей и ответственных действий. Другими словами, клиенты учатся идентифицировать, прояснять для себя и воссоединяться с ключевыми ценностями, чтобы четче устанавливать цели, ориентиры, формировать необходимые для их реализации процессы и осуществлять изменения в жизни. Осознанность не только помогает людям преодолеть психологические барьеры к изменениям, но также способствует наполненному вовлечению в путешествие жизни, ориентированному на осознание себя и своих ценностей.

Диалектическая поведенческая терапия, или ДПТ [5] — в основном представляет собой адаптацию широкого спектра методов когнитивной и поведенческой терапии специально для проблемы ПРЛ, включая различные виды суицидального поведения. Такие особенности, как акцент на диагностике, сбор данных о поведении пациентов

в текущий период, точное операциональное определение терапевтических целей, отношения сотрудничества между терапевтом и пациентом (включая ориентацию последнего на терапевтическую программу и обоюдное стремление к решению терапевтических задач), а также применение обычных когнитивно-поведенческих методик свидетельствуют о том, что это стандартная программа когнитивно-поведенческой терапии.

Основополагающий аспект этой диалектики — необходимость принимать пациентов такими, какие они есть, в то же время пытаться научить их меняться.

Акцент на принятии как противовесе изменениям вытекает непосредственно из интеграции психологической практики Запада и восточной философии (дзэн). Термин «диалектика», кроме того, подразумевает необходимость диалектического мышления со стороны терапевта, а также работу над изменениями собственного недиалектического, дихотомического, негибкого мышления со стороны пациента. Стиль ДПТ представляет собой сочетание основанного на фактах, несколько негативного, порой даже жестокого отношения к парасуицидальному поведению и другим дисфункциональным типам поведения в настоящем и прошлом, с одной стороны, и теплоты, гибкости, чуткости и стратегического самораскрытия терапевта — с другой. Постоянные попытки в рамках ДПТ произвести «рефрейминг» суицидального и других дисфункциональных поведенческих паттернов и представить их в качестве одного из множества средств решения проблем, приобретенных пациентами, уравниваются акцентом на валидации текущих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций в том виде, в котором они проявляются. Сосредоточение на решении проблем требует от терапевта систематической работы над всеми дисфункциональными поведенческими паттернами пациента (как во время психотерапевтических сеансов, так и вне их) и терапевтическими ситуациями, включая проведение совместного поведенческого анализа, формулирование гипотез относительно возможных факторов влияния на данную проблему, генерирование возможных изменений (поведенческих решений), а также испытание и оценку этих решений. Пациентов активно



обучают эмоциональной регуляции, межличностной эффективности, навыкам перенесения дистресса, общей психической вовлеченности и самоконтролю. Все терапевтические модели приветствуют и разъясняют применение упомянутых навыков. Использование стрессовых ситуаций в терапевтическом контексте требует, чтобы терапевт внимательно отслеживал влияние обоих участников — себя и пациента — друг на друга.

Валидация (от англ. *valid* — действительный, веский) — распознавание и признание окружением эмоциональных реакций индивида. Валидация чувств поощряет «Я» индивида — он чувствует поддержку, одобрительные комментарии окружения вселяют в него чувство полноценности. В какой бы форме ни осуществлялась валидация чувств, индивид всегда понимает ее содержание одинаково: «Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право».

Акцент ДПТ на валидации требует, чтобы терапевт искал частицу смысла или истины, которая заключена в каждой реакции пациента, и доносил этот смысл или истину до своего подопечного. Вера в то, что пациент желает добиться терапевтического прогресса и личностного роста, а также вера в присущую ему способность к изменениям является основой данной терапевтической системы. Валидация включает также частое, благожелательное признание терапевтом того эмоционального отчаяния, которое испытывает пациент. На протяжении всего терапевтического процесса сохраняется ориентация на построение и поддержание позитивных межличностных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом.

Акцент на диалектических принципах в ДПТ больше всего похож на терапевтическую направленность в гештальт-терапии, которая также берет начало в холистической теории систем и ориентируется на такие идеи, как синтез. Интересно, что новейшие подходы когнитивной терапии к ПРЛ, разработанные А. Беком и его коллегами (Beck, Freeman, & Associates, 1990; Young, 1988), открыто заимствуют методики гештальт-терапии.

Метакогнитивная терапия (МСТ) (Wells, 1995, 2009) [6,7,43] основана на саморегуляторной модели управления функцио-

нальностью (S-REF). Она представляет собой новые разработки в понимании причин проблем с психическим здоровьем и их терапии. Основополагающий ее принцип заключается в том, что периоды негативного мышления, использования стрессогенных убеждений и негативных эмоций представляют собой достаточно распространенную и нормальную часть человеческой жизни, но все это может развиться чрезмерно, усилиться и длиться подолгу в зависимости от того, какой когнитивный стиль и копинг-стратегии использует человек для их переработки. Причиной расстройства (в том смысле, что все это начинает длиться чрезмерно долго) является токсичный стиль мышления, который получил название когнитивного синдрома внимания (CAS), и который является продуктом метакогнитивной деятельности.

Метакогниция — это сфера мышления, которая несет ответственность за регулирование и оценку мышления. Область метакогнитивных исследований сформировалась в контексте психологии развития и исследований памяти.

Когда была предложена саморегуляторная модель управления функциональностью (S-REF), А. Веллс с коллегами предложил рассматривать метакогниции в том числе и для понимания того, как формируются, развиваются и поддерживаются психологические расстройства (Wells & Matthews, 1994, 1996) [6,7,43]. В рамках теории S-REF возникновение любого психологического расстройства связывается с активацией стиля мышления, который называется CAS. Он включает в себя три компонента:

- 1) преобладание вербальной активности концептуального характера в форме беспокойства и руминации;
- 2) тенденция удерживать внимание на источниках угрозы; и
- 3) копинг-поведение, нарушающее саморегуляцию или приобретение новой информации, которая может изменить ошибочное знание.

CAS представляет собой ответ личности на внутренние события и является специфической констелляцией когнитивного и поведенческого стилей совладания. Продолжительная переработка информации

в форме беспокойства или руминации имеет возможности волевого контроля. Беспокойство состоит преимущественно из длинных цепочек мыслей, с помощью которых человек ищет ответы на вопросы о том, как справиться с потенциальной угрозой либо избежать ее. Описать такое мышление можно следующим образом: запускают его мысли типа «Что, если со мной случится беда?», за которыми следует развернутый внутренний диалог, в ходе которого человек пытается найти решения, которые помогут предотвратить опасности, подстерегающие в будущем. Руминация представляет собой концептуально сходный процесс, но обычно он ориентирован на прошлое. Руминации направлены на поиск причины неудач и проблем, попытки осмыслить прошлое и текущие состояния и совладать с ними.

Следующий аспект CAS — это мониторинг угрозы, он подразумевает удержание внимания на источниках угрозы. Таковые могут представляться человеку внутренними (внутрилическими), как например в случае фиксации внимания на телесных ощущениях и дискомфорте при паническом расстройстве, агорофобии, так и впечатлениях от себя в рамках социальной фобии. Они также могут быть и внешними, такими как например отслеживание признаков загрязнения или возможной инфекции при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОCD), активное сканирование окружения на предмет потенциальных источников опасности при посттравматическом стрессовом расстройстве (PTSD).

Третьим структурирующим компонентом CAS являются формы совладающего поведения, включающие избегание, попытки подавить свои мысли директивно, а также использование психоактивных веществ для регуляции мыслей и эмоций. Эти стратегии порой могут помочь краткосрочно облегчить страдание, но не дают полноценного избавления от проблем. А порой даже дают обратный результат, например, прямое подавление мыслей не дает стабильных результатов и может привести к формированию устойчивого страха потери контроля.

В качестве ведущей формы терапии Велс предлагает развитие состояния беспристрастного произвольного внимания («*detached mindfulness*» — DM). Данный

конструкт возникает в теории саморегуляции переработки информации при эмоциональных расстройствах (Велс, Мэттьюс, 1994) [6, 7, 43] и рассматривается как метакогнитивное состояние, которое способствует повышению психологической гибкости при психических расстройствах. Это осведомленность по поводу автоматической и непровольной смены потока внутренних явлений, в первую очередь мыслей. В таком состоянии личность «когнитивно децентрирована». Мысли рассматриваются как объекты психики, отделенные от реальности, а не как факты реальности, требующие проверки. Техники достижения DM призваны изменить стиль мышления и характер отношений личности с собственными мыслями и эмоциями. Технически, предлагается отказаться от борьбы с мыслями и напротив, принимать их безоценочно и целиком, какими какие они есть. Предлагается отношение к мыслям как потоку (воды, волн, автомобилей и т. д.). Центральной задачей перед пациентом обозначается не попытка избавиться от мыслей, а процесс их принятия и бесстрастного, безоценочного наблюдения за ними. Предлагается буквально «дать им спокойно возникнуть», не стараться никаким образом их изменить, а просто «наблюдать» процесс их возникновения в мышлении и последующей трансформации.

Используются также и аудиально ориентированные техники — тренировка внимания на окружающих звуках. Внимание состоит из трех составляющих: избирательность (селективность) внимания (*selective attention*), переключение внимания (*attention switching*), распределение внимания (*divided attention*). Реализация техники длится около 15 минут: 8 минут посвящается избирательности внимания, 5 минут — быстрому переключению внимания, 2 минуты — распределению внимания на высоком уровне в течение всей процедуры. Несколько звуков предъявляются непосредственно в кабинете консультирования, дополнительные звуки, различимые как внешние, раздаются неподалеку от комнаты и далеко от нее. В целом рекомендуется использовать 6–8 звуков как мишени внимания, переключающие его с провоцирующих дискомфорт мыслей.



Мы, в нашей практике давали схожие упражнения для наших тревожно-фобических и психосоматических пациентов [2, 3], в частности упражнение «Как научиться меньше думать» (переключение с внутреннего на внешнее).

Таким образом, мы можем наблюдать значимую динамику и эволюцию когнитивно-поведенческого похода и направления психотерапии, которая позволяет помочь справиться с болью гораздо более широкому контингенту пациентов за счет привлечения нового психологического инструментария и «переоткрываемых» КПТ с переводом на научный язык описания методов восточных практик, таких как осознанность (майндфулнесс) и принятие.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кабат-Зинн Дж.* Куда бы ты ни шел — ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни/Пер. с англ. М. Белобородовой. — М.: Независимая фирма «Класс», Издательство Трансперсонального института, 2001. — 208 с.
2. *Каменюкин А. Г., Ковпак Д. В.* Антистресс-тренинг — СПб.: Питер, 2004 — 192 с.
3. *Ковпак Д. В.* Олимпийское спокойствие. Как его достичь? — СПб.: Питер, 2014. — 208 с.
4. *Ковпак Д. В.* «Третья волна» когнитивно-поведенческой терапии. Майндфулнесс в терапии хронической боли // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. — Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. — СПб.: изд-во «Альта Астра» — 2015. — 158 с.
5. *Лайнен, Марша М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. — М.: ООО «ИД Вильямс», 2008. — 592 с.
6. *Сагалакова О. А., Труевцев Д. В.* Метакогнитивная модель социального тревожного расстройства // Известия Алтайского государственного университета. — 2012. — № 2/1. — С. 59–63.
7. *Сагалакова О. А., Труевцев Д. В.* Метакогнитивные стратегии при социальном тревожном расстройстве // Вектор науки Тольяттинского гос. ун-та. — 2012. — № 1(8). — С. 254–257.
8. *Уильямс М., Д. Тисдейл, З. Сигал, Й. Кабат-Цинн.* Выход из депрессии. Освободите себя от хронической неудовлетворенности. СПб.: Питер, 2011. — 288 с.
9. *Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры. — М.: Класс, 1998. — 496 с.
10. *Bishop S. R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. et al.* Mindfulness: A pro-posed operational definition // *Clinical Psychology: Science and Practice.* — 2004. — Vol. 11. — P. 230-241.
11. *Brown K. W., Ryan R. M.* The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology.* — 2003. — Vol. 84. — P. 822-848.
12. *Brown K. W., Ryan R. M., Creswell J. D.* Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // *Psychological Inquiry.* — 2009. — Vol. 18. — P. 211-237.
13. *Chiesa A., Serretti A.* Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and metaanalysis // *Psychiatry Research.* — 2001. — Vol. 187. — P. 441-453.
14. *Chiesa A., Serretti A.* Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. // *J Altern Complement Med.* — 2009. 15(5): 593 -600.
15. *Clinical handbook of mindfulness / Didonna F. (Ed.).* New York: Springer, 2009.
16. *Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse / Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. // Archives of General Psychiatry.* — 2006. — Vol. 63. — P. 749—755.
17. *Gilbert, P.* Compassion focused therapy: distinctive features. The CBT distinctive features series. London; New York: Routledge, — 2010.
18. *Hayes, S. C., Strosahl, K. D., and Wilson, K. G.* Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. — New York: Guilford Press, 2012. — 240 p.

19. How does mindfulnessbased cognitive therapy work? / Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. // Behaviour Research and Therapy. 2010. Vol. 48. P. 1105—1112.
20. *Kabat-Zinn J.* Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990.
21. Kabat-Zinn Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness. Hyperion, 2006.
22. *Kaplan K. H., Goldenberg D. L., Galvin-Nadeau M.* The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. // General Hospital Psychiatry 1993. 15(5): 284-9.
23. *Keng S., Smoski M., Robins C.* Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // Clinical Psychology Review. – 2011. –Vol. 31.– P. 1041-1056.
24. *Kim B., Lee S. H., Kim Y. W., Choi T. K. et al.* Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder // Journal of Anxiety Disorders. – 2010. – Vol. 24. – P. 590–595.
25. *Kohlenberg, R. J., & Tsai, M.* Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships. – New York: Plenum, 1991.
26. *Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J. L., Weissbecker I., Sephton S. E.* Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2009 Jun; 16 (2): 200-7.
27. *Ma S. H., Teasdale J. D.* Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention Effects // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2004. – Vol. 72. – P. 31-40.
28. *Manicavasgar V., Parker G., Perich T.* Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for nonmelancholic depression // Journal of Affective Disorders. – 2011. – Vol. 130. – P. 138-144.
29. *Papageorgiou C., Wells A.* An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression // Cognitive Therapy and Research. – 2003. – Vol. 27. – P. 261-273.
30. *Powell J., Geddes J., Deeks J., Goldacre M., Hawton K.* Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 176. – P. 266-272.
31. *Rosenzweig S., Greeson J. M., Reibel D. K., Green J. S., Jasser S. A., Beasley D.* Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. // J Psychosom Res. 2010. 68(1): 29-36.
32. *Ryle, A.* Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. Chichester: John Wiley & Sons, 1990.
33. *Segal Z. V., Gemar M., Williams S.* Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression // Journal of Abnormal Psychology. – 1999. – Vol. 108. – P. 3-10.
34. *Segal Z. V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al.* Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse // Archives of General Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – P. 749-755.
35. *Segal Z. V., Williams J., Teasdale J. D.* Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. – New York: Guilford Press, 2002.
36. Shapiro, S., et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. // International Journal of Stress Management. – 2005. – Vol. 12(2). – P. 164-176.
37. *Sipe W, Eisendrath S.* Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice // Can J Psychiatry. – 2012. – Vol. 57. – P. 63-69.
38. *Teasdale J. D.* Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression // Behaviour Research and Therapy. – 1999. – Vol. 37. – P. 53-78.
39. *Teasdale J. D., Segal Z., Williams J.* How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help // Behaviour Research and Therapy. – 1995. – Vol. 33. – P. 25-39.



40. Teasdale J. D., Segal Z. V., Williams J. et al. Prevention of re-lapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68. – P. 615-623.

41. Treadway M. T., Lazar S. W. The neurobiology of mindfulness // Didonna F. (Ed.), Clinical handbook of mindfulness. – New York: Springer, 2009. – P. 45-58.

42. Way B. M., Creswell J. D., Eisenberger N. I., Lieberman M. D. Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest // Emotion. – 2010. – Vol. 10. – P. 12-24.

43. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques // Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy. – 2006. – Vol. 23, №4.

44. Young, J. E; Klosko, J. S. Reinventing your life: the breakthrough program to end negative behavior. - New York: Plume, 1993. Основанная на осознанности редукция стресса — MindfulnessBased Stress Reduction.

The use of the individual types of cognitive behavioral therapy in the «third wave» concept, mindfulness in the treatment of chronic pain and depression

*Kovpak D. V., M. D.,
(North-Western state medical University
n. a. I. I. Mechnikov, Saint-Petersburg,
Russia)*

Summary. *The article provides an overview of mindfulness as a new concept in cognitive-behavioral therapy. Describes the General characteristics of the methods of mindfulness. Traced their connection with traditional practices of meditation and describes the distinctive features of the techniques. Describes the specifics of each method and working principles of each of them with chronic pain and depression.*

Keywords: *mindfulness; mindfulnessbased cognitive therapy; awareness; metacognitive biases.*

К МЕТОДОЛОГИИ СОЗДАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТАФОРЫ. УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ СОЗДАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТЕРАПЕВТА, СПОСОБСТВУЮЩЕГО НАПИСАНИЮ МЕТАФОРЫ

НОВИКОВ Д. Ю.,
(г. Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация

В данной работе процесс создания психотерапевтической метафоры рассмотрен со стороны моделирования состояния, позволяющего создать метафору непосредственно терапевтом. Предложены упражнения, развивающие данный навык, представлен опыт, полученный в результате выполнения данных упражнений.

Ключевые слова: психотерапия, психотерапевтическая сказка, психосоматика, моделирование состояния, психотерапевтическая метафора.

УДК 159.58

Психотерапевтическая метафора — это один из самых эффективных инструментов, применяемый как в гипнотерапевтических методах, так и в методах, не использующих трансовое функционирование. Применение психотерапевтической метафоры давно нашло своё достойное место и в психосоматотерапевтической работе.

Использование терапевтической метафоры в работе способствует возникновению следующих преимуществ. Клиент получает возможность посмотреть на свою проблемную ситуацию, как на чужую, в результате чего те стереотипы (отчасти, собственно и являющихся стороной самой проблемы), которые препятствуют нахождению эффективных способов разрешения проблемы, могут и не включиться. Кроме того, иносказательное «литературное» описание проблемы включает другой, «правополушарный» способ её восприятия, что опять же может

быть эффективным в нахождении способов её разрешения.

Существуют несколько разновидностей терапевтической метафоры. Например, изоморфная история, метафорическая сказка, волшебная сказка, метафорические образы. Структуре и способам создания различных видов психотерапевтических метафор посвящена обширная литература [1, 2, 3, 4], однако, в этих работах практически не уделяется внимания созданию состояния терапевта, способствующего созданию терапевтической метафоры. Таким образом, возникла необходимость восполнить этот информационный пробел.

По мнению автора данной работы, состояние терапевта, способствующее созданию эффективных психотерапевтических метафор, характеризуется следующими признаками:

1. активизацией правополушарных процессов при полном понимании логических



законов левополушарного восприятия действительности, что позволяет сознанию терапевта мыслить более неординарно, предлагая совершенно неожиданные и одновременно высокоэффективные метафоры;

2. расторможенностью творческого процесса;
3. произвольностью появления;
4. ограниченностью во времени.

В ходе более чем трехлетних наблюдений за процессом написания терапевтических сказок автором данной работы велась целенаправленная деятельность по разработке упражнений, выполнение которых позволяет гарантированно создавать необходимое творческое состояние. В результате были разработаны семь упражнений, позволяющих достичь необходимого состояния сознания для написания эффективной терапевтической метафоры.

Упражнение «Открытки». Используются любые наборы цветных почтовых или иных открыток (можно использовать напечатанные фотографии), с изображенными на них видами различных городов, зданий, сооружений, мест природы и прочих объектов. Предпочтение наличия или отсутствия изображений людей на таких открытках определяется по выбору терапевта-сказочника.

При работе с открытками необходимо максимально ассоциироваться с исследуемой фотографией, как бы помещая себя внутрь происходящего на картинке. На первом этапе рекомендуется «отключить» сознательное управление образами и ощущениями, которые могут возникать при подобной ассоциации. Напротив, предлагается сделаться очень внимательным — прислушиваться, приглядываться и ощущать все происходящие изменения без сознательного «подталкивания» приходящих впечатлений в какую-либо сторону.

При выполнении данного упражнения можно запоминать понравившиеся образы или ситуации, для дальнейшего использования при создании метафор. Упражнение можно выполнять как с закрытыми, так и с открытыми глазами. Время выполнения упражнения с одной открыткой определяется индивидуально, по мере угасания образов, возникающих в процессе выполнения упражнения.

Результат самонаблюдения.

Выполнение данного упражнения растормаживает творческий процесс, позволяя сознанию беспрепятственно моделировать самые разные, порой весьма фантастические образы.

Упражнение «Старые фотографии».

Для данного упражнения необходимы фотографии со сценами жизни самого терапевта. Следует подобрать как можно большее количество фотографий, на которых изображен терапевт в разном возрасте и в разных жизненных ситуациях. В идеале подбор данных фотографий следует осуществить кому-либо из окружения терапевта, с той целью, что бы процесс исследования фотографий не начался раньше времени и был организован и эффективен. Желательно иметь большое количество фотографий максимально большого периода времени, во избежание «заикливания» на одних и тех же впечатлениях.

Начало упражнения, совпадает с упражнением из предыдущего пункта — необходимо ассоциироваться с содержанием фотографии, а именно с тем человеком, который на ней изображен (предполагается, что это сам терапевт в каком-либо возрасте). Однако, далее суть упражнения меняется. Необходимо углубить ассоциацию, сознательно выйдя за рамки того изображения, которое зафиксировано на бумаге, и исследовать то, что на фотографии не видно. Например, если на фотографии присутствует человек в одной комнате квартиры, то после ассоциации с ним, необходимо «перейти» в другую комнату, «посмотреть» на тех людей, которые «стоят» за фотографом и не попали в кадр, рассмотреть не попавшую в кадр мебель и т.п. В некоторой степени возникающие образы и чувства будут частями памяти терапевта, однако, необходимо обращать внимание и на новые впечатления, которые, определенно, не будут относиться к воспоминанию. Безусловно, при выполнении данного упражнения необходимо обращать внимание на использование всех сенсорных систем. Выполнение данного упражнения не только развивает память, но и позволяет подсознанию использовать образы из более глубоких слоев опыта человека, выполняющего упражнение. Упражнение можно выполнять

как с закрытыми, так и с открытыми глазами. Время выполнения упражнения с одной фотографией определяется индивидуально, по мере угасания образов, возникающих в процессе выполнения упражнения.

Возможно, что при выполнении данного упражнения терапевт почувствует те эмоции, которые заставят его более детально исследовать самоощущение в данный момент времени. Также возможно, что результатом подобного самоисследования будет терапевтическая метафора для самого терапевта.

Результат самонаблюдения.

Выполнение данного упражнения создает образный механизм обращения сознания к ранее слабо задействованным слоям памяти, что позволяет творческому процессу использовать большие объемы имеющегося опыта.

Упражнение «Простой труд». Очень часто при выполнении несложной или привычной физической работы (мытьё посуды, уборка дома, вождение автомобиля и пр.) или обычных регулярно выполняемых действий (еда, купание и т.п.) человек производит их с какими-либо иными действиями «для совмещения приятного с полезным» — слушает музыку, говорит по телефону, читает. Однако, именно в эти моменты подсознание может предложить очень интересные метафоры, которые потом можно использовать в работе. Для того, чтобы «открыть путь» творческому началу и иметь возможность принять информацию от бессознательно, рекомендуется простую физическую работу и регулярные действия выполнять без объединения с какими-либо иными задачами, также внимательно и с дружественным интересом наблюдая за приходящими образами.

Результат самонаблюдения.

Выполнение данного упражнения создает привычный путь для сообщения творческим началом необходимой для создания метафоры информации.

Упражнение «Левша». Выполнение данного упражнения очень простое. Необходимо выполнять максимально возможное количество дел левой рукой. Например, мужчинам научиться бриться левой рукой или забивать гвозди, а женщинам — делать макияж или резать продукты питания.

При выполнении данного упражнения рекомендуется проявлять внимательность к своим действиям, во избежание травм, а также, традиционно, внимательно относиться к тем эмоциям и ощущениям, которые возникают у человека, выполняющего данное упражнение.

Результат самонаблюдения.

Выполнение данного упражнения активизирует правополушарные процессы, что проявляется в увеличении образности мышления.

Упражнение «Метафоры во всём». Выполнение данного упражнения не сложно, однако требует от терапевта некоторого постоянства. Суть упражнения заключается в том, что терапевт намеренно придумывает метафоры по всем возможным и доступным ему поводам. Так, увидев на улице автомобиль серого цвета, терапевт придумывает соответствующую метафору, отвечая себе на вопрос «На что похож этот автомобиль?». Или встретив по дороге знакомого человека, терапевт отвечает себе на вопрос «Какому животному может соответствовать этот человек?».

Выполнение данного упражнения может показаться чрезмерно легким, однако после нескольких итераций, возможно, станет очевидно, что метафоры, используемые терапевтом несколько однообразны, т.е. используются либо только объекты из животного мира, либо только сказочные образы. С этого момента необходимо осознанно подбирать всё новые и новые образы, тем самым, увеличивая персональную «картотеку метафор».

Результат самонаблюдения.

Как любой другой навык, для достижения максимального эффекта навык создания метафор требует постоянного повторения, в результате выполнения данного упражнения создаются все более и более разнообразные и образные метафоры.

Упражнение «Кино». При выполнении данного упражнения рекомендуется просмотр кинофильмов не полностью, но по сценам, к счастью современная техника позволяет это делать. Вероятно, просмотр одной киноленты займет много времени, однако, в целях развития навыка создания метафоры этим фактом можно пренебречь. По окончании просмотра очередной сцены



кинофильма, рекомендуется приостановить просмотр и «прислушаться» к своим внутренним ощущениям, чувствам, эмоциям, позволяя им видоизменяться без воздействия на них сознательным путём.

Необходимо отметить, что если терапевту в ближайшем будущем предстоит работа по созданию метафоры для клиента, не рекомендуется просмотр кинолент в стиле «экшн» и подобных, т.к. насыщение сознания яркими образами затрудняет переход в творческое состояние, позволяющее создавать метафору.

Результат самонаблюдения.

Выполнение данного упражнения позволяет насыщать творческий процесс новыми образами.

Рекомендации: достижения состояния, необходимого для создания эффективной терапевтической метафоры, имеет регулярность в выполнении предлагаемых упражнений. Так, перерывы более чем на 4-5 дней снижают вероятность достижения требуемого состояния. Таким образом, с целью достижения максимальной эффективности выполнение упражнений необходимо проводить регулярно.

Всегда при выполнении вышеприведенных упражнений, и, желательно, постоянно при иных обстоятельствах, у терапевта «под рукой» должен быть любой удобный пишущий инструмент и бумага для записей. Опыт автора данной работы показывает, что образ, с помощью которого можно создать терапевтическую метафору, способную эффективно воздействовать на клиента, может появиться совершенно неожиданно. Такой образ необходимо фиксировать безотлагательно, позволяя бессознательному терапевта, переходить к обработке иной информации. Не рекомендуется переносить запись возникшего образа «на потом», т.к. велика вероятность его забывания. В данном случае поговорка «Самый тупой карандаш лучше самой острой памяти», как никогда оправдывает своё содержание.

В качестве примера выполнения упражнения «Метафоры во всём», далее приведена терапевтическая сказка, созданная после беседы с человеком, жалующимся на боли в спине. Эта терапевтическая сказка дает возможность клиенту получить пони-

мание сути такого явления как «вторичная выгода».

«ДИАЛОГ»

— Привет!

— Привет-привет, моя дорогая!

— Я хочу с тобой поговорить.

— Поговорить? Ну, конечно, давай поговорим... А о чём мы будем говорить?

— Мы будем говорить о нас, о тебе и обо мне...

— Э-э-э... О тебе и обо мне, о нас?... Наверное, о том, как нам хорошо вдвоём?...

— Вообще-то, я хотела сказать тебе, что я хочу от тебя избавиться...

— Что-о-о?... Как это избавиться?... Ты чего это?...

— Ты меня замучила уже, я устала от тебя, я хочу, что бы ты от меня ушла...

— Миленькая, родненькая, ну, как же я от тебя уйду?... Куда?... Я без тебя никуда... Кому я без тебя нужна... А тебе я нужна...

— Ты мне нужна?!... Ты?... Нет!... Ты мне не нужна!...

— Э-э-э... Не-е-ет... Я тебе ещё как нужна... Ну-ка, давай, прикинем... Ты мне скажи, ты Наташке говорила, что у тебя давно не было мужчины?... А то, что тебе очень важно, что бы тебя касались? Гладили? Что тебе это так нравится?... Нет, вот ты скажи, говорила?...

— Ну, говорила...

— Во-о-от... Смогла ты себе это организовать?... Гладит тебя мужчина вечерами?... Нет?... А я тебя вожу к массажисту!... Ну, и что, что он взрослый дядька?!.. Ну, и что, что одного зуба нет?... Ты, когда на столе лежишь этого не видишь, а за то какие у него руки?... М-м-м... Хоть кто-то да тебя ГЛАДИТ!... Понимаешь?!... Так?!..

— Ну... Так...

— А помнишь в детстве ты мечтала, что будешь очень известной, и все-все вокруг будут обращать на тебя внимание, когда ты будешь рядом?!... Разве не помнишь?!

— Помню-помню, и что?!... У меня на работе все обращают на меня внимание, я ведь сама знаешь кто по должности. Я по должности - руководитель!...

— Ха, руководитель... Ой! Ну, и кто на тебя обращает внимание?... Эти? Как их?...



А, да, подчинённые... Тебе, что этого хватит что ли? Разве ты этого хотела в детстве?... Что бы на тебя обращали внимание люди ниже тебя?...

— Нет...Нет. Я хотела... Я хотела... Чтобы я была известной и общалась с известными... Известными и интересными людьми...

— Ага-а-а... А я тебя позавчера с кем познакомила?... С профессором! Он только из Вены вернулся с международного симпозиума. Как он много тебе интересного рассказал? ... А в прошлом месяце с доцентом!... Молодой - симпатичный, ну, и что, что женат, а где сейчас свободно-то найдешь... Так, что я тебя с великими и интересными знакомлю... Сама то, ты не... Не того... А со мной — ого-го!...

— Ты... Ты хочешь... Ты хочешь мне... сказать... что... я без тебя... что ты мне... помогаешь?... помогаешь мне сделать то, что я не могу сделать сама?...

— Фух, на конец-то!... Наконец-то до тебя дошло!.. Всё, всё, что ты хотела — это я тебе организовала!... Да, хватит, реветь!

— Но... Но... Мне больно!!..

— Ну, милая, а как ты хотела?!... За всё надо платить... Я, вот за свои услуги беру болью, и прямо скажем не так уж много... Вон, у Василия, инфаркт миокарда, вот такой рубец!...Так тот вообще подняться не дает... Ну так он сам попросил — «Избавь меня от начальника-урода»... А, я что, я — простая грывжа в позвоночнике...».

В заключение ещё раз подчеркнём, что выполнение упражнений «Левша», «Старые фотографии» активизирует образные процессы, которые соответствуют потенциализации правого полушария, в то время

как упражнения «Турист», «Открытки», «Кино», «Метафоры во всём» растормаживают творческий процесс. Систематическое выполнение приведенных упражнений увеличивает продолжительность и гарантированность достижения необходимого состояния сознания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордон Д. Терапевтические метафоры. — СПб.: Белый кролик, 1995. — 191 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии. — СПб.: Речь, 2000. — 310 с.
3. Миллс Дж., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и «внутреннего ребенка». — М.: Класс, 2000. — 144 с.
4. Пропп В. Я. Морфология сказки. — М.: Лабиринт, 1998. — 512 с.

To the methodology of the creation of psychotherapeutic metaphors. Exercises to create state of the therapist to write metaphors

Novikov D. Y.
(Rostov-on-Don, Russia)

Abstract: In this paper, the process of establishing psychotherapeutic metaphors examined by modeling condition, allowing you to create the metaphor, the therapist directly. The proposed exercises that develop this skill, presented the experience obtained as a result of performing these exercises.

Keywords: psychotherapy, psychotherapy tale, psychosomatics, state modeling, psychotherapeutic metaphor.

РАЗРЕШЕНИЕ ВНУТРЕННИХ КОНФЛИКТОВ И ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

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

Аннотация

Описаны различные виды внутриспсихических конфликтов. Приведены причины их стабилизации. Перечислены способы разрешения внутренних конфликтов в психотерапии. Сформулирован набор вопросов для анализа способа работы с внутренними конфликтами в конкретном методе. Процессуальные методы описаны в их различии разрешения ими внутренних конфликтов. Описана структура отношений различных видов конфликтов между собой. Проанализированы отношения внутренних конфликтов и исцеляющего процесса в каждом процессуальном методе.

Ключевые слова: психотерапия, процессуальные методы, внутриспсихический конфликт.

УДК 159.98+615.851

Как известно, одновременное существование и конкуренция противоположных устремлений, установок, мотивов поведения — не только нормальное явление, как минимум, для организованной психики, но также и фактор, способствующий как гибкости поведения, так и самому развитию индивида. По представлению части авторов, аппарат эмоций возник на определенной стадии эволюции и, прежде всего, как механизм разрешения конфликта между возможными способами реагирования в ситуации, что, в свою очередь, стало одним из факторов, позволившим живым существам отвечать на ситуацию уже не только автоматически, стереотипно, а формировать поведение, адекватное самой ситуации [2]. Конечно, дальнейшее усложнение психики привело не только к появлению новых возможностей. Как мы знаем, у человека, особенно, у цивилизованного человека, разрешение внутриспсихических конфликтов не всегда является

задачей сколько-нибудь легко разрешимой. А, как известно, в психосоматической парадигме неразрешенные душевные конфликты считаются одним из главных источников соматических (психосоматических) заболеваний. Сторонами внутриспсихических конфликтов выступают как актуализированные потребности, желания, импульсы, намерения и формы поведения, их реализующие, так и убеждения, установки, правила, (предписания и запреты), стереотипные «стратегии». Также стороной конфликта может выступать восприятие определенных реалий, например, знание о невозможности реализации актуализированного желания. В «норме» человек имеет возможность «тактически» или формировать способ действия, удовлетворяющий обеим сторонам конфликта, или, при невозможности первого, выбирать одну из сторон, исходя из приоритетов личности в целом и реалий текущего момента, «стратегически» — корректировать стороны конфликта в соответствии с накопленным



жизненным опытом и векторами собственного развития, менять «балансы» сторон, их «веса», тем самым, позволяя развиваться собственной идентичности. Однако, существует ряд причин, препятствующих такому «нормальному» разрешению внутренних конфликтов.

Один из главных вариантов конфликта — конфликт между равными по силе желаниями и намерениями, между двумя взаимоисключающими действиями, необходимость выбора из которых диктуется возникшими в определенный момент жизненными обстоятельствами. Конечно, недостаток информации о последствиях выбора каждого из вариантов затрудняет его даже «в норме». Однако, и при достаточной информированности принятие такого решения часто уже не может быть осуществлено автоматически, на уровне отдельных «частей», а требуют интегрированности на уровне личности. И именно отсутствие такой интегрированности из-за невротической разобщенности частей и является одной из основных причин, препятствующих разрешению конфликта [10]. В качестве еще одной причины здесь можно обозначить отсутствие способности широко и творчески взглянуть на проблему, способности видения более чем двух возможных вариантов разрешения конфликтной ситуации, неспособность найти «соломоново решение», устраивающее обе стороны, даже если таковое возможно.

Другим вариантом внутреннего конфликта можно считать вариант конфликта как бы «неравноправных» сторон, одна из которых, обычно вооруженная ограничивающими убеждениями, например, запретом, непрерывно блокирует «здоровое» удовлетворение актуальной потребности, представляющей другую сторону конфликта. (Пионером в описании таких конфликтов, по всей видимости, нужно считать отца современной психотерапии З. Фрейда [11].) К одной из главных причин затруднений в разрешении таких конфликтов можно отнести жесткость, абсолютизм (независимость от условий) и неизменяемость ограничивающих убеждений и исходящих из них стереотипных стратегий поведения и восприятия текущего опыта. Это, в свою очередь, определяется их историей и условиями возникновения.

Они обычно возникают во время шоковой или распределенной во времени травмы и/или внушены авторитетным лицом в «зоне импринтной уязвимости». Что важно, в последующем опыт, могущий изменить эти убеждения, обычно игнорируется. Также одной из причин, стабилизирующей эти единственно правильные для выживания в травматичных обстоятельствах убеждения и стратегии, является то, что отщепленные во время травмы части, чаще, детской психики, которые их воспроизводят, «не знают», что этот момент или этап жизни закончился, человек в этом случае как бы продолжает жить в тех условиях, в которых это все продолжает быть целесообразным и спасительным. Таким образом, этот конфликт стабилизируется.

Другой основной причиной стабилизации конфликта, невозможности его нормального разрешения можно считать, возникающую в контексте существования конфликта неравноправных сторон непредставленность, как минимум, одной из его сторон в сознании. Этому способствует, в том числе, и травматичность переживания самого конфликта. Как известно, главные функции негативных эмоциональных и физических переживаний это: а) информировать, б) создавать определенное отношение, в) направлять на устранение источника переживания или контакта с ним. Если в определенной ситуации эти функции уже успели реализоваться, или контакт с источником негатива устранить невозможно, либо переживания запредельно сильны, травматичны, то становится целесообразно уменьшение интенсивности или полное устранение самих негативных переживаний. Однако, этот механизм защиты имеет возможность работать достаточно автономно и, поэтому, не всегда целесообразно по отношению к вышеописанным общим функциям негативного переживания и, например, защищать психику от негативных переживаний, в том числе, переживаний конфликта, когда им как раз целесообразно продолжать исполнять их основные функции. А одним из вариантов конфликта неравноправных сторон является конфликт между образом идеального Я («идеалом») и психическими реалиями, потребностями, импульсами, поведением, ему не соответствующими. (По-видимому, стоит считать



совершенно нормальным работу механизмов, охраняющих границы идентичности человека, хотя, они тоже могут функционировать в «аварийном», невротическом режиме.) Механизмы психологических защит, и прежде всего, вытеснение, опять же, впервые описанное З. Фрейдом [11], часто охраняют восприятие себя от несоответствия «идеалу» ценой заглушения «голоса» «неправильной» потребности. Она или совсем перестает осознаваться или ее проявления — побуждения, чувства, действия удаляются из нормальной самоидентичности, «это — теперь не я!» Часто может быть вытеснен из сознания и сам конфликт сторон и чувства его сопровождающие, например, тревога. Естественно, это все создает сложности в преодолении, продолжающего существовать, конфликта. И что важно, он «пытается» быть преодолен «патологическими» способами, например, через невротические и соматические симптомы. А в целом, «платой» за такой способ защиты от боли, страха, тревоги и стыда, за защиту от несоответствия «идеалу» становится разобщенность частей, их незнание «об истинных целях друг друга», рождающее их взаимное недоверие, а также — часто формирующийся у носителя таких механизмов, навык быть нечувствительным не только к проявлениям некоторых частей и сигналам определенных сторон жизни, но, вообще, к тонким телесным и эмоциональным переживаниям. Все это, в свою очередь, рождает и невозможность для сторон конфликта быть представленными в едином поле восприятия. И это, естественно, являются существенными препятствиями нормальному разрешению конфликта. К выше описанному добавляет сложность во взаимодействии сторон конфликта и несовпадение «языков» сознания и бессознательного, если одна из сторон находится в бессознательной сфере.

Вряд ли большим преувеличением будет считать, что любой психотерапевтический метод явно или неявно направлен на разрешение внутриспсихических конфликтов. Хотя, конечно, часть из них понятием конфликта и не оперируют. Ясно и то, что разные системы и методы могут быть направлены как на разрешение разных конфликтов, так и рассматривают одни и те же конфликты «под

разным углом» и в разных аспектах. Также следует помнить, что проблему могут структурировать несколько конфликтов, причем, иногда вложенных друг в друга. По мнению автора, полезно разделять конфликты «поверхностные» и «глубинные». «Поверхностные» — между «мною», моим стремлением к комфорту, безопасности и контролю (что, в целом, не совпадает с понятием психологической защиты) и, например, неприятным переживанием, деструктивной стратегией или соматическим симптомом, могут отражать или скрывать более «глубинный» конфликт. Естественно, что поверхностные конфликты препятствуют разрешению глубинных как в жизни, так и в терапии. Можно сказать, что саморегуляция, в отличие от психотерапии, может быть направлена исключительно на разрешение поверхностного конфликта, причем, на ограниченный срок.

Также в разных методах используются очень разные, иногда, противоположные подходы и стратегии разрешения конфликтов. Часть методов направлена на безусловную поддержку одной из сторон конфликта, когда в других — уважая обе стороны, создаются условия для изменения баланса сторон. В части методов терапевтическая работа безусловно способствует осознанию, «легализации» и возможности удовлетворения фрустрированной и вытесненной потребности, или помогает переживаниям «глубинного» конфликта прорваться через психологические защиты. Некоторые — направлены на «исцеление» одной из сторон, например, на создание условий для уменьшения жесткости, безусловности ограничивающих убеждений, другие — на одновременную коррекцию обеих сторон. Часть методов развивают взаимодействие между сторонами конфликта, иногда — борьбу, иногда — переговоры, часто используя последовательное воплощение, ассоциирование субъекта с каждой из сторон. В других методах — помещают стороны конфликта в общее поле иным способом. В части методов работа происходит про «здесь и сейчас», в других — про «там и тогда». Иногда в терапии внутреннего конфликта, особенно, когда его стороны «равноправны», работа направлена на преодоление ограничений в поле способов разрешения конфликта.

В части случаев целесообразно отделять намерение от способа его реализации, идя в глубь намерений с обеих сторон, находить общие или согласованные намерения и, затем, искать иные, более подходящие для всех сторон, способы их реализации.

Характеризовать (методологически) психотерапевтический метод в контексте работы по разрешению внутренних конфликтов, по представлению автора, может исследование следующих вопросов:

Насколько явно происходит работа с конфликтами в этом методе, заложена ли она в методологии этого подхода?

Направлена ли работа в этом методе на разрешение определенного вида проблем и конфликтов?

Конфликты между какими сторонами преодолевается в этой работе?

Как эти конфликты формируют проблему?

Как эти конфликты субъективно переживаются?

Как, разрешаемые здесь конфликты, стабилизируются, что препятствует их разрешению?

Каковы способы разрешения конфликтов в этой работе?

К какому развитию приводит разрешение конфликтов в этом методе?

Понятно, что ответы на эти вопросы могут и пересекаться в аналитическом описании метода. Определив таким образом формат исследования, попробуем применить его к рассмотрению процессуальных методов.

Под последними автор понимает группу методов [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12], в которых принято не только следовать за процессом, а не программировать результат, и не только использовать осознанность и процесс медитирования, отслеживания текущего опыта, что роднит их с рядом других методов. Но также, по мнению автора, эти методы обладают собственной спецификой, которая позволяет относить их к отдельному направлению психотерапии [12]. Их характеристической особенностью можно считать базирование на идее исцеляющего процесса, тенденции которого находятся в самой проблеме. В данной работе ставится целью скорее исследование способов работы с внутренними конфликтами, в каждом из этих подходов, чем описание специфики направления в целом и особенностей каждого из

процессуальных методов. В определенном смысле, эта работа является продолжением сделанного ранее подробного методологического анализа способов реализации в каждом конкретном методе трех основных задач, являющихся общими для всех процессуальных подходов — получения доступа к тенденциям процесса, развертывания их в исцеляющий процесс и поддержания его вплоть до завершения работы [12]. Поэтому само описание процессуальных методов, являющееся, главным образом, только отправным моментом нашего анализа, может оказаться разной степени подробности для различных подходов. Кроме того, несмотря на большой опыт «внутреннего знакомства» с большинством из них, автор описывает эти методы, скорее, из позиции внешнего наблюдателя, поэтому, данное описание может не совпасть с описанием, сделанным «изнутри».

Фокусирование — один из психотерапевтических методов, созданный в результате исследования причин эффективности и неэффективности психотерапевтического процесса [3, 4]. (Эти исследования активно проводились в США в пятидесятых – семидесятых годах прошлого века, и, наверно, самый известный метод, появившийся в результате таких исследований, это — НЛП.) Создатель Фокусирования философ, психолог и психотерапевт Юджин Джендлин в процессе исследований условий успешности терапии, изначально проводимых им в группе Карла Роджерса, обнаружил, что терапевтического эффекта не достигается, когда в сессии возникает интеллектуальная «тупиковая дискуссия» или клиент фиксируется в «застывшей эмоции». А вот продвигает терапевтический процесс развитие телесно ощущаемых переживаний, которые возникают во время пауз в диалоге. Он обнаружил, что в любом успешном психотерапевтическом процессе происходит фокусирование внимания клиента на неясном, изначально неотчетливом телесном переживании ситуации в целом, переживании, в котором неявно представлены все аспекты и тенденции (восприятия) ситуации. Он назвал его — «ощущаемый смысл» («felt sense»). Если при фокусировании внимания на нем он раскрывается в смысл понимаемый (сознанием), что обязательно приводит к его разви-



тию и развитию других переживаний, с ним связанных, например, эмоций, то каждое такое раскрытие, по Джендлину, приближает фокусирующегося к себе, своей самости и продвигает терапевтический процесс. Естественно, вслед за этим открытием родилась пошаговая инструкция, как научиться реализовывать этот процесс, а затем, и сам психотерапевтический метод [3, 4]. Для способствования раскрытию ощущаемого смысла применяется поиск ключевого слова или образа, характеризующего ощущаемый смысл как непосредственное телесное переживание, а затем «ему» задаются различные вопросы, смысл которых сводится к трем основным: «Что это (ощущаемый смысл) сделало таким?», «Что здесь самое важное?», «Чему необходимо произойти, чтобы все стало хорошо?». Ощущаемый смысл ищется как «неясная грань» более элементарного (негативного) переживания, очень часто — эмоции, или формируется при целостном восприятии (проблемной) ситуации. Таким образом, в самой проблеме, в ее переживании всегда заложена тенденция ее преодоления, тенденция исцеляющего процесса — ощущаемый смысл, который «хочет» развернуться в смысл понимаемый. Естественно, что для явного изменения в такой работе часто требуется совершить несколько циклов нахождения и раскрытия ощущаемого смысла, причем следующий акт Фокусирования происходит на результатах работы предыдущего.

Фокусирование — универсальный метод, применяемый к разрешению проблем и внутренних конфликтов совершенно разной природы. Субъективно переживаемый конфликт, инициирующий терапевтическую работу, это — конфликт между желанием и невозможностью разрешить актуальную задачу или потребность, либо справиться с негативным переживанием.

По нашему мнению, наиболее важный конфликт, разрешаемый в этом методе, (как способствующий созданию проблем так и, одновременно, препятствующий их естественному разрешению) есть конфликт между «языком бессознательного» и «языком сознания». При наличии невротического вытеснения частей сознания в бессознательное, естественная «разность языков» двух

главных частей психики также способствует их еще большей разделенности. Фокусирование, способствуя интеграции, осуществляет перевод между этими двумя языками через язык телесных переживаний. Последнее обстоятельство указывает на то, что здесь одновременно с этим преодолевается и конфликт между «телесным» и «интеллектуальным знанием». А вспоминая, что ощущаемый смысл представляет собой не только неявно представленное в телесных ощущениях знание, но знание целостное, часто, в отличие от сознательных, интеллектуальных пониманий и намерений, представляющих только одну, зачастую в этот момент не главную сторону, аспект ситуации, мы имеем право говорить и об одновременном преодолении конфликта между целым и частью.

В Фокусировании наиболее отчетливо ощущается, что стороны конфликта, разрешаемого в терапевтической работе, представляют собой единство. Если переживание, с которым мы начинаем работать, настолько неприятно, что вызывает нежелание на нем фокусироваться, мы можем «зайти с другой стороны» этого «поверхностного» конфликта и сфокусироваться на своем нежелании это делать. Что очень часто «на следующем шаге» совершенно естественно приведет нас к фокусированию на ранее отвергаемом переживании. Часто, начиная работать с одной стороной «глубинного» конфликта, мы в ходе спонтанного процесса раскрытия попадаем в работу с другой его стороной. В ходе последовательности раскрытия все более глубоких переживаний ощущаемого смысла части не только все больше знакомятся друг с другом, но трансформируются и в ходе этого часто изживают свою противоположность и приходят к единой цели.

В этом методе принято дружественно относиться ко всем проявляющимся частям. «Страшным грехом» считается насилие над собой и собственными переживаниями в процессе работы. Исключение составляет отношение к неконструктивному внутреннему Критику, Супер-Эго, когда оно препятствует процессу Фокусирования, например, обесценивания результаты очередного раскрытия ощущаемого смысла. В этом случае

предписывается стать на сторону процесса и открывающейся глубинной информации, проигнорировав, или даже отбросив голос Критика. Впрочем, и здесь иногда полезно сфокусироваться на переживаниях, идущих от Супер-Эго, углубляясь в те чувства, что стоят за неконструктивной и безжалостной критикой.

Метод, названный его создателем Арнольдом Минделлом «Процессуальной работой» [8, 9], сам вполне мог бы рассматриваться живым процессом. Со времени своего создания он непрерывно претерпевал существенные методологические и технологические модификации, большая часть из которых произведена самим автором метода. В данной работе мы ориентируемся в основном на описание «стандарта» метода, сделанное Арни и Эми Минделл в книге «Вскачь, задом наперед», где этот терапевтический метод описан, пожалуй, наиболее полно со стороны его технологии [8]. Метод явно направлен на процесс проявления и интеграции в самоидентичность тех частей души, которые еще только стремятся стать частью «сознательного Я», расширить и обогатить его новыми качествами. (История этих частей — были ли они отторгнуты, вытеснены, или эти части только сейчас вновь возникают, здесь не рассматривается!) Тенденции этого процесса в такой работе ищутся и находятся в телесных симптомах, снах, конфликтах в отношениях, привлекающих внимание, событиях, незавершенных движениях. Главными понятиями в словаре этого метода являются «первичный процесс», «вторичный процесс», (причем, последние совсем не совпадают с соответствующими понятиями у Фрейда), «край», «краевое поведение», «фигура края», «обратная связь», (впрочем, последний термин здесь определяется наиболее близко к его изначальному кибернетическому смыслу), «создатель симптома» и его «фигура», а также «каналы» (зрительный, слуховой, проприоцептивный, двигательный, отношений, мира). Под «первичным процессом» понимаются переживания и проявления субъекта, связанные с его идентичностью, с тем, что субъект отождествляет с собой, с тем каков он есть в обычном состоянии. Соответственно, под «вторичным процессом» — поток переживаний и прояв-

лений от частей психики, (пока) не входящих в самоотождествление, может, только стремящихся войти в «первичный процесс». Сигналы вторичного процесса чаще обнаруживаются в «незанятых» первичным процессом, каналах, но дальнейшая работа обычно происходит в «занятых». Главными мета-приемами, способствующими развертыванию вторичного процесса являются усиление и смена каналов, они, вместе с поддерживающим, и мягко побуждающим к осознанности и продвижению процесса стилем поведения терапевта, способствуют прохождению «края». Под последним понимаются как сами механизмы защиты существующей идентичности, так и ситуация, когда вторичный процесс, столкнувшись с запретом на новое, останавливается. Иногда процесс проходит через создание фигуры вторичного процесса, фигуры симптома, воплощающего в себе новые качества. Иногда — через борьбу с фигурой, воплощающей запреты и предписания края. Терапевт, будучи внимательным к сигналам обратной связи от своих интервенций, никогда не «насилует» процесс перехода через край. И, что также характерно для метода, переход через край, восприятие субъектом себя в новом качестве (в нормальном, а не измененном состоянии) не гарантирует автоматической интеграции, для которой часто требуется потом еще достаточное время.

Переходя к анализу этого метода в контексте вышеописанных вопросов, прежде всего заметим, что из приведенного выше описания уже понятно, что главным внутренним конфликтом, который разрешается в этом методе, является конфликт между стремящимися «войти» в самоидентичность, и тем самым — расширить и дополнить ее, еще не воплощенными в ней, частями — с одной стороны, и механизмами, защищающими границы самоидентичности и препятствующими ее расширению — с другой. Субъективно эти конфликты проявляются чаще всего или как хронические соматические симптомы, или как конфликты с другими людьми, или как невозможность решить актуальную жизненную задачу, проявив для этого необходимые здесь, но запретные для субъекта качества. Эти качества могут проявляться в измененном состоянии сознания и, при этом,



или — не осознаваться, или — приниматься и осознаться, но с полным разотождествлением с собой «обычным», то есть, вторичный процесс здесь на время меняется местами с первичным. Часто при движении в сторону осознания и принятия себя в новом качестве, субъект «нарывается на край» — впадает в замешательство, теряет активность и стремится вернуться к прошлому поведению. «Краевое поведение» — обычный момент в терапевтической сессии в методе Минделла, когда клиент находится в переживании актуализированного вышеназванного конфликта. Во время развертывания вторичного процесса край может проявляться несколько раз, как различные «уровни обороны» старой идентичности. Но также во время такой работы клиент, уже отождествившись с какой-то «вторичной» ролью или качеством (после чего они станут уже «первичными», то есть, частью уже расширенной идентичности), может обнаружить уже новые проявления (фигуры, роли, качества) вторичного процесса, на пути отождествления с которыми, естественно, может встать уже следующий новый край.

Однако, в контексте преодоления этого глубинного конфликта здесь также необходимо рассмотреть отдельно проявляющийся в части случаев конфликт конкретных фигур и частей, сторон субъекта. И это — далеко не всегда есть борьба активной фигуры вторичного процесса, преодолевающая сопротивление фигуры края. Дело в том, что «активная» сторона, сторона, обладающая силой, это как раз часто и есть — «критик», «угнетатель» и т.д., который находится в конфликте с первичной ролью — жертвой угнетения. На первый взгляд кажется парадоксом — вторичный процесс находится в конфликте с краем, преодолевает край, но этот процесс сам часто как раз и развертывается из фигуры края! Но в общем, все в логике процессуальных методов — разрешение проблемы должно «вырастать» из нее же самой! Так же вторичный процесс, процесс, исцеляющий телесный симптом, развертывается из переживаний самого симптома, часто через фигуру создателя симптома, который до воплощения его в первичный процесс противостоит последнему, создавая мучения. «Хищная птица» раздирает

кожу до экземы, а «Палящее солнце» ослабляет до рассеянного склероза! (Как тут не вспомнить перлзовскую ретрофлексию!)

Систематизируя способы разрешения внутренних конфликтов в Процессуальной работе, мы могли бы выделить, как минимум, три случая. (На самом деле их, конечно же, больше!) Первый — развертывание вторичного процесса и переход через край совершается «бесконфликтно». Здесь терапевт способствует процессу клиента, поддерживая его решимость, вдохновляет и побуждает к спонтанности, помогает осознавать происходящее. Эффективным приемом здесь является отзеркаливание терапевтом в своем поведении того, что делает клиент. «Мирный» переход через край, в некоторых случаях приводит к опыту, который «развеивает» опасения и протесты первичной стороны и является достаточным основанием интеграции. Однако, в других случаях новая часть, легализовавшись в идентичности, только получает возможность поучаствовать в разрешении внутридушевного конфликта и интеграция тогда выступает лишь как предстоящая задача. Во втором случае, когда «линейно» разыгрывается конфликт между клиентом, отождествляющимся со своим вторичным процессом и краевой фигурой, воплощающей запрет последнего, критиком, агрессором, терапевт, естественно, продолжая выполнять вышеописанные приемы продвижения процесса, также берет на себя роль этой фигуры края в ролевой игре. Конфликт здесь разрешается «отставкой» краевой фигуры. В третьем случае, когда вторичный процесс развертывается из фигуры Угнетателя или Критика, а также в части случаев работы с телесными симптомами, (это зачастую происходит тогда, когда клиент пока не может интегрировать свою Силу или Свободу) терапевт может последовательно разыгрывать роли противоположных фигур, часто начиная с Критика, одновременно стимулируя клиента к развитию его процесса. Роли обычно меняются при освоении своей очередной роли клиентом. В процессе борьбы клиент «забирает силу» у Угнетателя и интегрирует ее. Часто такая работа не сводится только к противостоянию, но включает последовательное освоение клиентом различных ролей и фигур,



как бы скрывающихся одна за другой. Мы полагаем, что еще одним вполне адекватным взглядом на то, что происходит в этом случае, будет предположение, что здесь можно рассмотреть содержание вторичного процесса как конфликт.

Когда описываешь «научно» созданный Ронем Курцем метод Хакоми [6], особенно остро ощущаешь что «мысль изреченная есть ложь», что такое описание остро диссонирует с восприятием живой ткани терапевтических сессий. (Хотя, конечно, такое можно сказать про очень многие терапевтические методы, а уж про все процессуальные — так точно!) Основная идея метода это — помощь «переживанию, которое хочет произойти». Отсутствие этих переживаний (и событий, способствующих их возникновению) позволило в наполненном фрустрирующим и, даже, травматическим опытом, детском возрасте, сформироваться базовым ограничивающим убеждениям и соответствующим им основным стратегиям, структурирующим в дальнейшей жизни наш опыт и во многом определяющим наше поведение. Хакоми направлен на преодоление абсолютности этих ограничивающих убеждений. Хакоми, как и рассмотренный выше метод, претерпел со времени его создания значительные изменения и существует в двух основных вариантах: «Хакоми (Классический)» и «Упрощенный Хакоми», или «Усовершенствованный Хакоми». (Причем, сам создатель метода Рон Курц в какой-то момент покинул созданный им Институт Хакоми и организовал новое сообщество, развивающее новую версию метода.) В классической версии работа в методе состоит из установления терапевтических отношений, получения доступа к переживаниям и проработки переживаний. Причем, проработка осуществлялась в трех формах: проработка в состоянии осознанности, «спуск по порогам» — сопровождение динамики сильных эмоций без осознанности и работа с «ребенком». В Упрощенном варианте, по сути, осталась только первая форма. В изначальном варианте Хакоми представлял собой синтез метода процессуального и психодинамического (психоаналитического), в нем существовала своя типология характеров (основных страте-

гий), которая была изъята в Упрощенном варианте метода. В Усовершенствованном Хакоми большее, чем в классическом, в «исцеляющем процессе», который здесь является не только общей сутью, но и последним, третьим этапом в терапевтической сессии, придается созданию такого недостающего у клиента опыта, который происходит именно в отношениях с другими людьми. Самоосознание, впитывание, интеграция ранее недостающего опыта, этого переживания, которое наконец «произошло», в идеале работы в этом методе должно занимать большую часть времени терапевтической сессии. Этот этап предваряется двумя другими. В начале — этапом создания терапевтических отношений, (в «новом» Хакоми отношение терапевта к клиенту называется «любящим присутствием»), контакта и создания состояния осознанности у клиента. Затем — этапом, когда терапевт ищет доступ к глубинным переживаниям клиента, проясняет их значение, обнаруживает «индикаторы» ядерных убеждений и, соответствующих им, стратегий. Главным инструментом получения и проверки информации здесь являются эксперименты в состоянии осознанности. Эти эксперименты осуществляются и в последней — «исцеляющей» фазе работы, но здесь терапевт в гораздо большей степени следует за процессом клиента, когда как на предыдущих этапах работы — может часто перебивать клиента, хотя и максимально уважительно. В целом, можно заметить, что метод Хакоми явно направлен на способствование установления мира между различными частями, где уважительно и бережно относятся ко всем всплывающим в этой работе частям.

«Стратегически», главным внутренним конфликтом, преодолеваемым в методе Хакоми, нужно считать конфликт, возникающий, когда пытающаяся реализоваться какая-либо актуальная потребность входит в противоречие с определенным базовым убеждением и эмоционально-поведенческой стратегией, выработанными в травматичных жизненных обстоятельствах, когда эти убеждения и стратегии являлись адекватными и адаптивными. Последние, являясь определяющими в жизни их носителя, лишают его гибкости поведения, возможности выбирать, а также препятствуют его



развитию. Поэтому, это есть также конфликт между неизменяемостью, абсолютностью и гибкостью, адаптивностью, развитием. Субъективно этот конфликт и воспринимается как невозможность делать, то что хочется, испытывая соответствующие такой ситуации чувства, как вынужденность определенным образом реагировать на жизненные обстоятельства и совершать действия, не соответствующие реальным, существующим в настоящем потребностям, а поэтому не приносящие истинного удовлетворения. Другим стратегически разрешаемым конфликтом или другим аспектом выше описанного конфликта, как мы полагаем, здесь можно рассматривать конфликт внутри самой (отщепленной) части, реализующей ядерное ограничивающее убеждение и соответствующую ему стратегию — между ее стороной, не допускающей возникновения опыта, отсутствие которого и сформировало это убеждение («отчаявшейся» стороны) и стороной, пытающейся получить опыт удовлетворения (нормальным образом) той базовой потребности, фрустрирование которой в детстве породило ограничивающее убеждение и стратегию. Именно вторая сторона и является ядром исцеляющего процесса и воплощает в себе его тенденцию — «переживание, которое хочет произойти!» Невозможность нового, естественно возникающего опыта, который мог бы преодолеть абсолютность убеждений, блокируется не только тем, что ядерные стратегии препятствуют возникновению ситуаций, в которых он мог бы проявиться. Кроме того, как нам представляется, правильным будет сказать, что даже возникнув, такой опыт не попадает именно в описанную выше часть, реализующую ядерное убеждение. Часто в такой работе получение доступа к ней происходит как реакция на «пробу», когда терапевт проговаривает клиенту утверждение, противоречащее ядерному. (Хотя в другой части случаев, это утверждение может быть позитивно принято и стать недостающим опытом.) В целом стратегия разрешения этого (этих) конфликта состоит в Хакоми в создании условий, когда именно вышеописанная часть получает необходимый «вскармливающий» опыт. Что предполагает проведение эксперимента, как создающего такой опыт,

так и — активацию и открытость к осознанию его этой детской частью. В результате этого абсолютность ограничивающего убеждения и соответствующей, ставшей уже давно не адаптивной стратегии преодолевается, и в этом месте человек получает возможность выбора.

«Тактика» работы с конфликтами в Хакоми предусматривает очень уважительное и бережное отношение ко всем всплывающим сторонам и частям. Необходимо заметить, что кроме конфликта, разрешаемого стратегически, необходимо также преодолевать противодействие механизмов, спасающих от болезненных переживаний и потери контроля здесь и сейчас, и таким образом, стабилизирующих сохранение основного конфликта. Говоря о тактике разрешения конфликтов, укажем что здесь, как и в некоторых других методах, одна из сторон конфликта или даже он весь часто выносятся во «внешнее поле». Характерной для Хакоми является техника «перенимания», когда терапевт или его ассистенты физически или вербально берут на себя «роль» какой-нибудь части (частей) конфликта. Очень часто перенимается часть, поведение или убеждение, которое управляет, блокирует осознание переживания (часто, того самого, которое привело к появлению ограничивающего убеждения) или — выражение сильных чувств. Эта часть, «чувствуя» в терапевте союзника, может в прямом и переносном смысле расслабиться и позволить прийти в осознание запертым переживаниям и их выражению. Также, чувству безопасности клиента в Хакоми способствует сочетание осознанности с дистанцированием от переживаний, для работы в этом методе достаточно небольшой интенсивности переживания. Зачастую, части, чувства, всплывающие в процессе работы, поддерживаются терапевтом как «нормальные» при опасности их неконструктивной критики клиентом. Однако, когда на последнем этапе работы, если клиент чувствует одновременно «импульсы» и от старой вынуждающей или ограничивающей стратегии и от новой возможности, исходящей от «произошедшего переживания», то терапевт помогает ощутить клиенту возникшую возможность выбора и вдохновляет его не слушаться старой стратегии.

«Эпистемологическая метафора» — ме-



тод, созданный Дэвидом Гроувом для работы с последствиями пережитых в детстве психотравмирующих эпизодов [5, 12]. Он позволяет «завершить работу», заряженным огромной энергией, отщепленным в момент травмы, душевным фрагментам, которые стремятся реализовать либо: а) защиту от агрессии через борьбу, б) защиту от боли, ужаса, униженности и других непереносимых чувств через «уход из тела», в) попытку «остановить время», «продержаться» пока все не закончится, г) очищение себя после осквернения. Позволяет завершить работу устремлениям, которые «хотят», но «не могут» реализовать свое предназначение. Однако, пытаясь завершиться в течение жизни, эти устремления ищут и находят ситуации, напоминающие травматическую. Находят и способы эмоционального реагирования и поведения, позволяющие им «разместиться» в этих ситуациях. Понятно, что завершить им «свою работу» таким способом невозможно и всему этому приходится непрерывно повторяться. Важно и то, что действия, имеющие спасительный смысл в той ситуации, где они возникли, реализуясь в совсем иных контекстах, часто не только не полезны и не понятны самому их субъекту, но и просто могут оказаться существенно вредны ему. (Интегрироваться такие деструктивные части души, естественно, не могут.) Субъективно все это переживается как конфликт между «мной» и моими неизвестно откуда появляющимися и неконтролируемыми эмоциональными и поведенческими реакциями, а часто — и повторяющимися весьма полезными жизненными ситуациями. Причем, по Гроуву, эти отщепленные деструктивные фрагменты «остаются» именно в моменте начала травматического эпизода. В этой работе одновременно способствуют как реализации задач этих фрагментов, так и «переводу» их во время после травмы, что позволяет произойти и их позитивной трансформации в этом процессе, а это, в свою очередь, делает возможным следующий этап работы — интеграцию. Одним из внутренних конфликтов, стабилизирующих проблему в этом случае, конечно же выступает конфликт между непереносимыми переживаниями и стремлением защитить себя от них, стремлением к комфорту и безопасности. Этот

конфликт, являясь общим в работе со всеми последствиями травмы, также стабилизирует проблему в случае, когда симптомом выступает посттравматическая диссоциация, «убегание из тела» или — стратегии «очищения себя после осквернения».

Прежде чем рассмотреть подробнее и разрешаемые в этом методе внутренние конфликты и способы их разрешения, проясним еще несколько характерных для такой работы особенностей. Здесь используется форма, традиционная для терапии шоковой травмы — явное или неявное перепроживание психотравмирующего эпизода. Однако, в Эпистемологической метафоре, в отличие от многих других методов, позитивное перепроживание травмы обеспечивается не добавлением ресурсов, которых не было тогда в поле травмы, а развитием исцеляющего процесса из симптомов самой травмы! «Инструментами» в этой работе служат метафоры проблемных переживаний и главными из них — метафоры, описанных выше отщепленных и стремящихся реализовать свое «предназначение» фрагментов детской психики, но вне возможности завершить свою работу создающих посттравматические симптомы. Вся работа в этом методе происходит в формате нахождения клиентом ответов на вопросы терапевта, которые и продвигают процесс. Причем, возникающие в такой работе особый вид диссоциации и транс обеспечивают безопасность клиента от попадания в ретравматизацию. Контекстом работы является реальность, в которой могут существовать и действовать, наряду с реальными участниками травматического эпизода, в качестве его «действующих лиц» и метафоры ощущения симптомов (веревки, ножи, камни, птицы, туман и пр.).

Осуществлению задач каждого из видов метафор, то есть развертыванию исцеляющего процесса из различных симптомов, препятствуют разные психологические реалии, что создает необходимость преодоления различающихся конфликтов. И для преодоления каждого из них применяется соответствующий природе этого конфликта, способ его разрешения.

Особо интересен случай работы с метафорой защиты — метафорой «антите-

ла агрессии». Здесь реализации защиты естественно препятствуют страх, опыт (память) неудачи в попытке защититься, т.е. знание об объективной реальности, а также «моральный конфликт», так как агрессором, по отношению к которым можно было бы применить камни, ножи, огонь и пр. может являться и родной человек, например, родитель. Но уровень реальности метафоры позволяет игнорировать абсолютность реального событийного опыта, а то, что действующим лицом в реализации самозащиты выступает субличное образование «метафора», а ей «можно все», преодолевает и моральный конфликт. Еще раз подчеркнем, «метафоры» и уровень их реальности на время работы по реализации защитных тенденций создают условия для временного исчезновения конфликта! (Что важно: после успешного завершения работы эти конфликты не воспроизводятся.) Итак, в данном случае способствующим преодолению конфликта и развертыванию исцеляющего процесса оказалась как раз дезинтеграция до субличного уровня, а не интеграция на уровне личности и помещению сторон конфликта в единое поле!

В случае работы с тенденцией к самоочищению — «хирургической метафоре» противостоит «я» клиента, защищающего себя от агрессии и боли. Но терапевт, зная, что после болезненного самоочищения начинается новая, более гармоничная жизнь, поддерживает своими, усиливающими энергию противостояния, и, двигая время и осуществление очищения вопросами одну из сторон конфликта — метафору.

В работе с тенденциями «ухода» из тела и из реальности травматической ситуации и с тенденциями остановки хода драматичных событий, что важно, именно, на время пока происходит травматический эпизод, то есть, в работе по способствованию завершения работы метафор «диссоциации» и «фрагментации» мы обнаруживаем, что как спонтанному, так и осуществляемому в процессе терапии процессу препятствует защита от зашкаливающих чувств и опыта, который трудно «переварить», а точнее то, что в результате этого отделения отщепленный фрагмент «не знает», что все ужасное давно закончилось. Точно зная, что есть мо-

мент «потом» и поэтому очень настойчиво «двигая время», терапевт позволяет узнать это и детскому фрагменту, узнать, что все позади. Но тут, в отличие от предыдущего, скорее происходит коррекция одной из частей конфликта, чем ее безусловная поддержка в борьбе с другой стороной.

Заметим, что Эпистемологическая метафора как метод не направлен на работу с внутренними конфликтами как таковыми, здесь их разрешение реализуется постольку, поскольку развертыванию процесса, исцеляющего травматические симптомы препятствуют другие части психики.

Метод Питера Левина «Соматическое переживание» тоже направлен на преодоление симптомов шоковой травмы [7]. И здесь также можно говорить о субъективно переживаемом конфликте между симптомами травмы и «мной», которому они «изрядно портят жизнь». (Хотя, конечно, следование за некоторыми из них зачастую приводит к конфликтам с окружающими и с социальными нормами.) Метод не направлен на разрешение глубинных конфликтов как таковых. Но, как и в выше описанном методе, в Соматическом переживании необходимо разрешение конфликта между «хотящим произойти» процессом преодоления травмы и внутренними силами, останавливающими этот процесс. Главным в рассмотрении травмы у Левина выступает физиологический (психофизиологический) механизм, корректно работающий у всех высших животных, начиная с рептилий, кроме человека. Этот механизм в ситуации угрожающей жизни животного переводит при необходимости реакции борьбы или бегства в замирание, при котором вся стрессовая энергия «запирается» в нервной системе. Если ситуация для животного закончилась удачно, то потом вся сжатая энергия разряжается через тряску и через реализацию реакции бегства и борьбы, иногда представляющих совершенно хаотические действия. И нарушение этой реакции ремобилизации, по Левину, и является основой для последующего многообразия посттравматических симптомов у человека. Причиной нарушения реализации этой реакции является то, что в ней с высвобожденной энергией также высвобождаются и, запертые

в оцепенении, эмоции ужаса и гнева, которых уже вторично пугается человек. Силы неокортекса у человека, в отличие от всех остальных животных хватает, чтобы остановить сцепленную с пугающими эмоциями инстинктивную реакцию. Таким образом, конфликтом, который создает и стабилизирует проблему, здесь выступает противостояние стремящейся произойти реакции выхода из замирания (и, одновременно, выхода из травмы) и защиты от пугающе сильных ужаса, паники и гнева.

Главной стратегией преодоления этого конфликта является разъединение телесного переживания реакции выхода из травматического ступора (которое и является ядром исцеляющего процесса) от эмоции сильного страха, обычно происходящих во время переживания травматического эпизода. Также важным в работе с травматическим переживанием является создание условий для реализации (представляемого) бегства и/или контратаки. Главным инструментом доступа к процессу выхода из иммобилизации и отделения его от негативных чувств, является у Левина джендлиновское целостное телесное переживание ситуации (felt sense). Оно применяется также при воссоздании ресурсов, создающих безопасный фон переживания травматического эпизода и тем самым способствующим удачному завершению реализации основного процесса. Таким образом, в этом позитивном переживании процесс выхода из травмы уже не сцеплен с теми эмоциями, от которых необходимо защищаться и, тем самым, создаются условия для неактуальности существования конфликта между исцеляющим процессом и защитами.

Гипнотерапевтический метод, созданный учеником Милтона Эриксона Эрнстом Росси [1], представляет собой совершенную реализацию процессуальных тенденций в развитии современной (постэриксоновской) гипнотерапии. Внешне он выглядит как сопровождение спонтанной динамики идеомоторных трансовых феноменов, проявляемых в руках клиента и, одновременно, связанной с ней динамики внутренних переживаний. «Ядро» исцеляющего процесса здесь рождается из соединения энергии переживаний, связанных с проблемой и информацион-

ного поля проблемы, актуализирующегося трансом, с направленностью «высших», вооруженных творческими и исцеляющими возможностями частей бессознательного, на решение проблемы. Собственно, главная задача метода – создание условий для развертывания, часто непредсказуемой по ходу процесса и результату, но, определенно, исцеляющей работы бессознательного.

Метод Росси предназначен для решения совершенно разнообразных психотерапевтических задач и представляет собой практически идеальный подход к разрешению внутренних конфликтов различной природы. Тут необходимо отметить, что любая гипнотерапевтическая, трансовая работа дает большие возможности в преодолении основных причин появления и стабилизации хронически неразрешимых внутренних конфликтов и проблем — абсолютизации и стереотипизации убеждений и стратегий, разделенности частей психики, невозможности получить доступ ко всей необходимой, для разрешения проблемной ситуации, информации и ресурсам и т.д. Гипнотический транс (при грамотном его использовании) делает «прозрачными стенки» между частями психики, на время значительно ослабляет действие стереотипов, блоков и психологических защит, позволяет получить доступ к нужной информации и ресурсам, в том числе, ресурсам бессознательного и вообще способствует динамике психических процессов. Однако, во многих гипнотерапевтических практиках, транс формируется вместе с расслаблением и успокоением. А если клиент актуально переживает свою проблему, внутренний конфликт, если по мере усиления контакта с ним негативные переживания усиливаются, если возрастает «градус» переживания фрустрированности от невозможности решить проблему, то все это может препятствовать вхождению в такую трансовую работу или потребует искусственного, по отношению к текущим переживаниям, успокоения. В методе Росси именно энергия переживания проблемы, внутреннего конфликта и невозможности их разрешить, противостояния возбуждения и связывающего его напряжения является «топливом» для реализации работы. Чем больше «градус зажигания», (который



естественно приходит в конфликт с потребностью в психологическом и физическом комфорте), тем легче осуществляется работа в этом методе. Сам Росси придает огромное значение энергии фрустрированности, когда клиент в своем возрастающем желании скорее разрешить проблему упирается в невозможность это сделать, она стимулирует активизацию бессознательных творческих ресурсов.

Преодолению же естественно возникающего конфликта между возрастающим в начале работы уровнем дискомфорта и силой возбуждения и напряжения, а также всплывающих в ходе работы негативных эмоциональных и физических переживаний — с одной стороны, с потребностью в физическом и психологическом комфорте — с другой, служат в этой работе три момента. Прежде всего, это — трансовая диссоциация и проекция «в руки» интенсивных негативных переживаний. Второе — работа в Росси обычно происходит в контексте получения помощи от могущественного Бессознательного и, поэтому, все что ни происходит — можно рассматривать как этапы продвижения к разрешению проблемы. Третья — грамотная поддерживающая работа терапевта.

С другой стороны, в этом методе есть возможность разместить стороны явно переживаемых внутриспсихических конфликтов в едином поле, где может произойти как позитивная трансформация одной или обеих сторон, так и развитие их отношений в трансовой работе. (Заметим, направленность этих трансформаций ничем внешне не задана и часто непредсказуема!) Работа в Росси часто начинается с проецирования субъективного переживания проблемы во взаимоположения, ощущения и движения рук, и различные стороны конфликта естественным образом проецируются: а) в разные руки и ощущения в них, причем, при этом руки могут выражать соответствующие содержанию сторон движениями-метафорами, б) в изначально произвольные, затем, часто, переходящие в произвольные, автоматические, но заданные движения — метафоры в обеих руках, выражающие одну из сторон, и произвольно возникающие по ходу процесса движения рук, выражающие другую сторону. Таким образом,

для сознания клиента конфликт переходит в совершенно другой план его восприятия, когда обычные и не приведшие к успеху «сознательные» способы разрешения конфликта становятся неуместными, а для бессознательного появляется способ представления конфликта на «бессознательном» телесно-динамическом языке. Кроме того, для их обоих, то есть, для их взаимодействия появляется очень удобный формат внешнего выражения внутренней работы. Клиент сознательно участвует в ходе трансового, бессознательного процесса, способствуя «глубинным» трансформациям, наблюдая и позволяя происходить внешней динамике произвольных движений рук и внутренней динамике переживаний (ощущений, эмоций, воспоминаний, образов, импульсов, мыслей). Такая работа обычно приводит к довольно быстрому разрешению конфликта или к продвижению в его разрешении.

Приведенный выше анализ работы с внутренними конфликтами в различных процессуальных методах еще раз высветил многоуровневость и самих конфликтов, формирующих психологические проблемы, а значит — необходимость многоуровневой работы по их разрешению. И в такой работе важно учитывать, что внутренние конфликты, которые формируют проблему в жизни, конфликты, которые препятствуют разрешению первых в жизни, и конфликты, которые препятствуют терапевтическому процессу, могут не совпадать. Специфика разрешаемых конфликтов и терапевтических стратегий на различных уровнях работы и, особенно, в различных методах выявила не только их многообразие, но и разнообразие отношений внутренних конфликтов и исцеляющего процесса. Например, иногда конфликт состоит в том, что исцеляющему процессу противостоят некие части психики, и суть работы здесь состоит в том, чтобы создать условия для временного инактивирования этих частей, чтобы позволить развернуться исцеляющему процессу. (Причем, что важно, в этом случае произошедшее изменение не создает «повода для несогласия» этих частей в дальнейшем.) В других случаях отношения исцеляющего процесса и сил, ему препятствующих, существуют как бы

на двух уровнях, так как, обе стороны и развитие их отношений в динамике являются частью, аспектом исцеляющего процесса. Конечно, есть и другие аспекты этого вопроса, и мы полагаем, что в целом вопрос о взаимоотношении понятий внутреннего конфликта и исцеляющего процесса, актуализированный данным анализом требует дальнейшего исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз 21 века – М.: Класс, – 2003. – 263 с.
2. Вилюнас В. К. Психологические механизмы биологической мотивации. – М.: МГУ, 1986. – 210 с.
3. Джендлин Ю. Фокусирование. Новый терапевтический метод работы с переживаниями. – М.: Класс, 2000. – 438 с.
4. Джендлин Ю. Фокусинг. – М.: Эксмо, 2013. – 320 с.
5. Коледа С. В. За пределами НЛП. Психотехнологии на постсоветском пространстве. – М., – 2000. – 196 с.
6. Курц Р. Телесно-ориентированная психотерапия. Метод Хакоми. – М.: Класс, – 2004. – 173 с.
7. Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра – исцеление травмы. – М.: АСТ, – 2007. – 316 с.
8. Минделл А., Минделл Э. Вскать, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике – М.: Класс, – 1999. – 224 с.
9. Минделл А. Сила безмолвия. – М.: Изво Института трансперсональной психологии, 2003. – 348 с.

10. Папуш М. Психотехника экзистенциального выбора. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 544 с.

11. Фрейд З. Психология бессознательно-го. – М.: Просвещение. – 1990. – 448 с.

12. Хайкин А. В. Процессуальные методы в единстве и многообразии. (Методологический аспект.) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие – 2015. – N 2(9). URL: http://humjournal.rzgm.ru/upload-files/02_Haikin_2015_02.pdf [Дата обращения: 08.01.2016]

The resolving of internal conflicts and process methods

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

Summary. *Describes the various types of intrapsychic conflicts. Given the reasons for their stabilization. Lists ways of resolving internal conflicts in psychotherapy. Formulate a set of questions for the analysis of ways to work in a particular method with internal conflicts. Process methods are described in their difference resolving the internal conflict. It describes the structure of relations of various kinds of conflicts between them. Analyzed the relationship between internal conflicts and the healing process in each processl method.*

Keywords: *psychotherapy, process methods, intrapsychic conflict*

ОБ АВТОРАХ



АНОХИН М. С., г. Ростов-на-Дону, «Областная детская больница», врач-анестезиолог, психолог-консультант, член Совета «Восточно-Европейского Психосоматического Общества».

Излюбленный метод практической работы: процессуальная гипнотерапия.

E-mail: anohinm@mail.ru



КУДАЕВ А. Е., директор Центра Медицинских Инновационных Технологий «АРТЕМИДА», автор метода «Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психология, физика.

E-mail: artemida61@mail.ru



ЗАМЛЕЛАЯ И. В., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фармакологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО Ростовского Государственного Медицинского Университета Минздрава РФ, врач биорезонансной терапии Медицинского Центра Инновационных Технологий «АРТЕМИДА».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психосоматическая медицина, фитотерапия.

E-mail: zamlelaya_irina@rambler.ru



ХОДАРЕВА Н. К., кандидат медицинских наук, заведующая отделением рефлексотерапии ГБУ РО «Центр Восстановительной медицины и реабилитации №1», главный врач Центра Медицинских Инновационных Технологий «АРТЕМИДА».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психосоматическая медицина.

E-mail: nkh@nm.ru



ЛУБЯНКО И. А., 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



КОВПАК Д. В., врач психотерапевт, специализирующийся на когнитивно-поведенческой психотерапии, кандидат медицинских наук.

Главный врач Центра эмоциональной коррекции, главный врач Клиники лечения депрессий и фобий, Центра когнитивно-поведенческой психотерапии и консультирования. Доцент кафедры психологии и педагогики Северо-Западного Государственного Медицинского Университета имени И. И. Мечникова. Научный руководитель секции психотерапии и психологического консультирования Санкт-Петербургского психологического общества, Вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, сопредседатель секции когнитивно-поведенческой психотерапии РПА, один из инициаторов создания, Председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (АКПП). Автор и соавтор девяти монографий и более 100 научных статей. С 2007 г. по 2010 г. — заведовал Городским психотерапевтическим центром Комитета по Здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

Тел.: (812) 922-44-19

E-mail: kovpak@list.ru

Сайт: <http://associationcbt.ru/>



НОВИКОВ Д. Ю., психолог, гипнолог, сертифицированный «НЛП-практик», руководитель психологического центра «Мой психолог», ответственный секретарь «Восточно-европейского психосоматического общества», автор сборников терапевтических метафор.

Сайт: www.moy-psyholog.ru



ХАЙКИН А. В., 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

Сайт: khaikin.ru.

МЕРОПРИЯТИЯ

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Восточно-Европейское Психосоматическое Обществов
сотрудничестве с Общероссийской Профессиональной
Психотерапевтической Лигой (ОППЛ) и при информационной
поддержке научного сетевого журнала
«Психосоматика и саморегуляция»

26-27 ноября 2016 года в г. **Краснодаре** проводит
Всероссийскую научную конференцию

«Психосоматика: идеи, исследования, методы».

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- ◆ Теоретические и эмпирические исследования психосоматической взаимосвязи
- ◆ Психология здоровья и психология болезни
- ◆ Модели и методы психосоматотерапии и саморегуляции
- ◆ Практический опыт психосоматической работы

КОЛЛЕГИ! ВАШИ ПРЕДЛОЖЕНИЯ МОГУТ РАСШИРИТЬ ЭТОТ СПИСОК!

ЦЕЛЬ КОНФЕРЕНЦИИ:

создание условий для представления новых результатов теоретических, методологических и эмпирических исследований, разработок новых практических средств психосоматотерапии и саморегуляции, для общения и дискуссий, обмена новыми идеями.



*Конференция проходит в организационных рамках
Конгресса помогающих профессий, проводимого ОППЛ
в г. Краснодаре 25-27 ноября 2016 г.*

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ:

- ◆ Участники конференции, делающие доклад, освобождаются от орг. вноса. Участники без доклада платят орг. взнос по правилам Конгресса помогающих профессий. (Информацию о Конгрессе можно узнать по почте: logos_centra@mail.ru).
- ◆ Для участия в конференции необходимо не позднее 1 октября послать заявку, включающую ФИО, место работы, должность, ученое звание, ученую степень, тему доклада, эл.почту и телефон.
- ◆ Участники конференции, делающие доклады, до 1 ноября присылают тезисы своего доклада (своих докладов), которые публикуются в отдельном выпуске научного сетевого журнала «Психосоматика и саморегуляция». Количество тезисов участника соответствует количеству его докладов. Содержание тезисов может пересекаться с содержанием статьи, ранее опубликованной в нашем журнале или готовящейся к опубликованию!
- ◆ Заявки для участия и тезисы докладов необходимо присылать по эл. адресу: alval_khaikin@mail.ru.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ТЕЗИСОВ:

Тезисы оформляются в том же формате, как и любая публикация в журнале «Психосоматика и саморегуляция».

Смотрите «Правила оформления рукописей» в разделе «Авторам» на сайте журнала. Объем текста тезисов со списком литературы не должен превышать 2500 знаков (без пробелов). Краткое резюме и ключевые слова в этот объем не входят.

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Мы ждем ваши заявки, тезисы, а также предложения по тематике круглых столов! Подробности — через указанную выше почту и у председателя конференции Александра Валерьевича Хайкина по телефону:

+79034018210.

