

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НЕОБХОДИМОСТЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА*

В.П. ВИШНЕВСКАЯ, доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института национальной безопасности Республики Беларусь

В статье представлен в наиболее общем виде анализ современных подходов к коррекции психосоматических заболеваний. Рассматриваются доминирующие подходы, используемые в практической медицине при решении вопросов диагностики, терапии психосоматических заболеваний. Обращается внимание на отношения между врачом, психологом и пациентом. Зачастую эти отношения имеют общую схему: авторитет врача, психолога — пассивность пациента, игнорируется внутренний потенциал пациента, это негативно сказывается на временных характеристиках периода его выздоровления. Сделан акцент на необходимость всестороннего изучения личности пациента, его психического и соматического состояния. Подчеркивается необходимость системного подхода в процессе решения выше обозначенной проблемы.

Анализ литературных данных и клинико-психологический опыт дают основание полагать, что в медицинской практике в процессе поиска методов лечения психосоматических заболеваний обнажаются противоречия во взглядах психотерапевтов, которые в своем большинстве представлены психиатрами, и психологов, относительно личности пациента. Образная сфера пациента, механизмы формирования его образа болезни остаются без внимания.

Ключевые слова: психосоматические нарушения, психолог, пациент, отношения между врачом, психологом и пациентом, психотерапевтические школы, медицинский подход, психологический подход, дельный подход, рецептивный подход, системный подход, психоэмоциональные расстройства, психологическая помощь, психологическое понимание, виды психотерапии, ученые.

Обзор базовых концепций психосоматических заболеваний и их теоретических и клинических характеристик свидетельствует об отсутствии связующего звена в системе принципов и понятий, отражающих единую теоретическую основу психосоматических отношений. Отсутствует единый общетеоретический и общеметодологический подход в изучении этиологии, патогенеза и терапии психосоматических нарушений. Феноменологическая структура психосоматической патологии не имеет четких клинических критериев. На современном этапе важное место в практической медицине при решении вопросов диагностики, терапии психосоматических заболеваний отводится медико-психологическому подходу.

Существенным фактором, оказывающим влияние на диагностику и лечение психосоматической патологии, является характер отношений между врачом, психологом и пациентом. Зачастую эти отношения имеют общую схему: авторитет врача, психолога — пассивность пациента. Существует множество аспектов медицинского подхода, устанавливающих и поддерживающих

пассивную и зависимую роль пациента. Проблема борьбы с болезнью решается, главным образом, за счет личности врача или психолога, при этом минимально учитывается или вообще игнорируется внутренний потенциал пациента, что негативно сказывается на временных характеристиках периода его выздоровления.

Преимущественная ориентация на органический, патофизиологический субстрат в процессе постановки диагноза, лежащая основе медицинского подхода, способствует игнорированию или недооценке иных, прежде всего психологических факторов.

Психологический подход, в отличие от традиционного медицинского, в целом представлен более совершенной моделью, учитывающей наличие сложных взаимосвязей психического и соматического в объяснении психосоматических нарушений. В то же время наблюдается тенденция механического переноса медицинских концепций, подходов и методов, доказавших свою эффективность при коррекции психоэмоциональных расстройств, в область психосоматической патологии. Кроме того, известно, что

* Статья поступила в редакцию 25 сентября 2006 года.

в рамках психологического подхода, при выборе методов терапии специалисты нередко руководствуются не столько особенностями заболевания, сколько приверженностью постулатам предпочитаемой психотерапевтической школы.

Следует отметить, что как при медицинском, так и при психологическом подходе деятельность специалистов оказывается решающей в процессе терапии, а пациенту отведена пассивная роль. Вклад пациента в лечение в основном ограничивается предоставлением врачу субъективных данных о своем состоянии. В контексте рассматриваемой проблемы обращают на себя внимание противоречивые точки зрения относительно взаимодействия и понимания между психологом и пациентом.

Психологическая помощь, ее теоретическое осмысление, имеет свою специфику, связанную с влиянием работ В.Н. Мясищева и его школы (В.Н. Мясищев [1; 2], Б.Д. Карвасарский [3; 4] и др.), работ, осуществляющихся в рамках диалогического подхода (А.Ф. Копьев [5; 6], А.Б. Орлов [7], Т.А. Флоренская, [8] и др.) и гуманистической, религиозно-ориентированной психотерапии (Ф.Е. Василюк [9; 10], М.Л. Папуш [11] и др.).

Практически любая психотерапевтическая система, любой вид консультирования выступает как организация процесса понимания. Путь к профессиональному пониманию пациента лежит «через систему школы» [12, с. 134]. Каждая из систем обладает своими представлениями о понимании как профессиональной задачи психолога-консультанта и, следовательно, предоставляет разные возможности осмысления психической реальности пациента.

Известно, что вопросы степени понимания пациента, его проблем имеют весьма давнюю историю. На статус глубинного понимания претендуют:

а) эмпатия, эмоциональное понимание (М. Кан [13]) и понимание бессознательных «базисных посылок», представлений и ранних переживаний. проницательность (М. Кан [13], S. Freud [14]): предметный и отношенческий уровни понимания и терапевтического взаимодействия (М. Кан [13], Ю.Б. Алешина [15], Б.М. Мастеров [16], А.Б. Орлов [17]);

б) понимание как структурная реконструкция (Ф.Е. Василюк [9; 10], Б.М. Мастеров [16]) и понимание как способность к «плавающему» вниманию, «пустоголовости»;

в) понимание «здесь и теперь» происходящего и способность работать с трансферентными реакциями (Т.А. Флоренская [8]);

г) эпидемиологический, причинный и телеологический, ценностный подход (Ф.Е. Василюк [9; 10]; Б.Д. Успенский [12]; Б.М. Мастеров [16], Simon ZJ. et al. [17]) и так далее.

Психологическое понимание рассматривается как понимание высшей степени сложности, «глубоко индивидуализированное исследование сознания личности», основная функция которого – «реабилитирующая интерпретация», перевод страдания на другой язык, непонимание и реконструкция отношений с собой и с миром, изменение отношения к проблеме, превращение его в исследовательское (А.Б. Орлов [7], Ф.Е. Василюк [9; 10], М. Кан [13], Ю.Е. Алешина [15], Б.М. Мастеров [16], В.Н. Цапкин [18], Л.А. Петровская [19], CD. Claiborn (ibid. L. Cormier, Sh. Cormier [20; 21]), G. Egan [22], L. Cormier, W. Cormier [23]).

Одной из главных характеристик психологического понимания являются его избирательность, интенциональность: оно определяется ценностями и целями личности, субъективным представлением мира консультантом. Это проявляется в сфокусированности поиска проблем и их интерпретаций, в особенностях используемых сигнификаторов («сигналов» нарушений) и характере работы с ними (А.Ф. Копьев [6], А.Б. Орлов [7], Б.М. Мастеров [16], D. Claiborn et al. [20; 21], L. Cormier, Sh. Cormier [22], D.O. Sears [23], A. Beck, S.R. Strong [24]).

Важным моментом способности к пониманию и взаимопониманию между психологом и пациентом являются свобода психолога от своих личностных проблем; умение использовать свои контрпереносы и переносы пациента в терапевтических целях, побуждать пациента к самостоятельной проработке проблемы.

По данным А.Ф. Копьева [5; 6], Т.А. Флоренской [8], Б.М. Мастера [16], П. Кейсмент [26], причинный анализ предполагает обращение к понятию уровня понимания и переживания, выстраивание цепочки причинно-следственных взаимосвязей и их проверку. Иногда указывается эффективность «систематического переворачивания атрибуций пациента», позволяющего перейти от каузальных к мотивационным связям.

Многие ученые в своих работах отмечают, что мастерство терапевта предполагает умение полностью погрузиться в терапевтический процесс (Б.М. Мастеров [16], Э. Мивделл [27]), умение сплотить отношения на основании секундного живого опыта («дар нечаянности») (Н.Н. Обозов [28], M. Selvini-Palazzoli, A.M. Sorentino [29]). Вместе с тем, по мнению

Б.Д. Карвасарского [3], В.А. Ташлыковой [30], L.Sh. Cormier, W.H. Cormier [23], существует реальная опасность быть втянутым пациентом в его картину мира и ловушку секретов.

В понятиях «эмпатия» и «эстетическая вне-находимость» фиксируется возможность быть одновременно и с пациентом, и отдельно от него («как если бы», понимание) (А.Б. Орлов [7], А.Ф. Копьев [5; 6], Т.А. Флоренская [8], М. Кан [13]. С этой целью ряд авторов (М. Кан [13], А.Ф. Копьев [5; 6], L. Cormier, W. Cormier [23] и др.) рекомендует использовать три приема: обращение к помощи реального или идеального, воображаемого супервизора, котерапия, или работа с пациентом как котерапевтом.

Распад «позиции эстетической вне-находимости» проходит несколько этапов и представлен рядом типических позиций моральной, познавательной и тому подобной «вне-находимости» (А.Ф. Копьев [6], А.Б. Орлов [7]).

Таким образом, как и во всех остальных подходах, весьма значимым оказывается процессуально содержательное измерение феноменов понимания.

Ключевыми понятиями здесь являются представления о динамическом инсайте и транс-овой природе консультативного взаимодействия. Понимание рассматривается как способ познания другого человека, актуальной ситуации взаимодействия в измененном состоянии сознания. Исследователи отмечают, что у человека имеет место быть потребность в состоянии транса, необычных, измененных состояниях сознания, в которых становится возможной полнота восприятия мира, достижение трансценденции, и происходит вероятностная концептуализация или реорганизация разных слоев бессознательного, возникают «готовность к чуду» и осознание возможностей, недоступных в трансе повседневности (А.Б. Орлов [7], Ф.Е. Василюк [9; 10], В.А. Петровский [19], К. Erikson [31]).

По мнению А.Б. Орлова [7], Э. Мивделл [27], М. Selvini-Palazzoli et. al. [29], состояние понимания как полная включаемость, сосредоточенность на процессе коммуникации, повышает продуктивность терапевтического контакта. В то же время состояние инсайта во многих психотерапевтических системах («инсайт ориентированные» виды психотерапии: психоанализ, гештальттерапия и др.) является одним из основных феноменов, механизмов и условий психотерапии. Продуктивный инсайт возникает только в состоянии диалога, осуществляемого с помощью специальных техник (hypnotherapy scripts), и часто представляет собой процесс

объединения переживаний терапевта и пациента (А.Б. Орлов [7], М. Selvini-Palazzoli et. al. [29]).

Обращают на себя внимание данные (А.Ф. Копьева [5; 6], Т.А. Флоренской [8], В.Е. Василюк [10], М. Кан [13],), указывающие на взаимосвязь продуктивности инсайта с его типом и представлением пациента и терапевта об «означающем конце» (возможном результате психотерапии).

Системный и ряд других подходов отмечают дисфункциональность линейной логики в понимании человека человеком, предполагающей, в частности, анализ каузальных взаимосвязей развития проблемной ситуации.

Есть четыре метода исследования психики (психосоматики) пациента:

- ассоциативный метод, принцип которого состоит в отыскании наиглавнейших комплексов, обнаруживающих себя нарушениями при ассоциативном эксперименте; рекомендуется для познания симптоматики комплексов;
- анализ симптома, имеющий лишь историческую ценность;
- анамнестический анализ, имеющий большое значение как в терапии, так и в качестве метода исследования и состоящий в тщательном анализе или реконструкции исторического развития невроза;
- это анализ бессознательного, применяющийся только тогда, когда на уровне сознания решить проблему пациента не представляется возможным.

Согласно вышеизложенному есть основания полагать, что рассматриваемый аспект проблемы понимания (единство процессов понимания и непонимания) человека человеком в развернутом виде встречается только в исследованиях процесса оказания психологической помощи. Анализ литературных данных и клинико-психологический опыт позволяют говорить о том, что в медицинской практике в процессе поиска методов лечения психосоматических заболеваний обнажаются противоречия во взглядах психотерапевтов (в своем большинстве представлены психиатрами) и психологов относительно личности пациента. Образная сфера пациента, механизмы формирования его образа болезни остаются без внимания.

Этот факт обусловлен многими обстоятельствами, главными из которых являются терминологическая неоднозначность, проблема методического обеспечения изучения образов, трудности в познании индивидуального сознания.

По имеющимся единичным данным специальной литературы, для оказания психологической

помощи лицам, подвергшимся радиационному воздействию с психосоматической патологией, наряду с вышеуказанными использовались рецептивный и деятельностный подходы.

Рецептивный подход предполагает минимум усилий со стороны пациента и определяется пассивным его восприятием, что было достаточным условием для достижения незначительных положительных результатов.

Деятельностный подход определяется активным участием пациента в процессе лечения, его стремлением к положительным изменениям, работе над собой, своими чувствами, эмоциями, поведением, тому, что называется личностным ростом (К. Рудестам [32], А.Д. Винокур [33], Р.М. Грановская [34] и др.).

Г.В. Талалаева [35] отмечает, что комплексная реабилитация ЛПА на ЧАЭС, включающая фармако-, физио- и психотерапию, оказалась недостаточно эффективной, на что указывали и рост числа инвалидов среди ЛПА, и нередкое утяжеление патологии и отклонений в функциональном состоянии пациентов. В качестве одной из важных причин низкой эффективности терапевтических мероприятий автор указывает на неоднородность пациентов, различающихся не только клинической симптоматикой, но качеством психологического реагирования на проводимое лечение, что необходимо было учитывать при построении реабилитационных программ. Эти факты еще раз убеждают в необходимости углубленного исследования внутренней картины болезни у данной категории пациентов, подвергшихся сложному воздействию со стороны различных патогенных факторов.

Учитывая, что психологическому фактору отводится доминирующая роль в возникновении психосоматических заболеваний, в то же время имеются лишь единичные данные об образе болезни у лиц, подвергшихся радиационному воздействию, которые приобретают актуальность исследования, направлены на изучение их образной сферы, и, в частности, на установление закономерностей формирования и функционирования образа болезни.

Таким образом, в психосоматической медицине имеются различные методологические подходы к оказанию психологической помощи пациентам с психосоматической патологией, однако они не являются исчерпывающими при решении обозначенной выше проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. 426 с.
2. Мясищев В.Н. Сознание как единство отражения и отношения // Проблемы сознания: Материалы симп. / Всесоюз. науч. мед. о-во невропатологов и психиатров, Ин-т философии АН СССР; Отв. ред. В.М. Баншиков. М., 1966. С. 126–132.
3. Карвасарский Б. Медицинская психология. Л.: Медицина, 1982. 271 с.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 302 с.
5. Копьев А.Ф. Между свободой и необходимостью: к методологии краткосрочного консультирования // Вопр. психол. 1996. № 4. С. 44–54.
6. Копьев А.Ф. Особенности индивидуального психологического консультирования как диалогического общения. Автореферат дисс. ... канд. психол. н. М.: АПН СССР, 1991. 18 с.
7. Орлов А.Б. Психология личности и сущности человека. М.: ИК «Логос», 1995. 260 с.
8. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. М.: ИП АН СССР, 1991. 244 с.
9. Василюк Ф.Е. Семиотика психотерапевтической ситуации и психотехника понимания // Моск. психотерапевт. журн. 1996. № 4. С. 48–68.
10. Василюк Ф.Е. Уровни построения переживания и методы психологической помощи // Вопросы психологии. 1988. № 5. С. 27–37.
11. Папуш М.Л. «Я» и «Ты» в гештальт-терапии // Московск. психотерапевт. журн. 1992. № 2. С. 41–58.
12. Успенский П.Д. Лекция о сверхчеловеке. Психология возможной эволюции человека. М.: Гумус, 1997. 144 с.
13. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. СПб.: Б.С.К., 1997. 145 с.
14. Freud S. Standart edition of the complete psychological works. London: Hogarth Press, 1953–1964. Vol. 1–24.
15. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М.: РИЦ Консорциума «Социальное здоровье России». 1993. 174 с.
16. Мастеров Б.М. Психологические условия самозменения человека в практике консультирования. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М.: ИЦ СидРАО, 1998. 24 с.
17. Simon L.J., Francis P.L., Lombardo J.P. Sex, sex-role and machiavellianism as correlates of decoding ability // Perception and Motivation Skills. 1990, V.71. № 1. P. 243.
18. Цапкин В.П. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Моск. психотерапевт. журн. 1992. № 2. С. 5–40.
19. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности. Ростов/нД, 1996. 140 с.
20. Claiborn C.D. Interpretation and change of counseling // J. of Counseling psychology. 1982. 29. P. 439–453.

21. Claiborn C.D., Ward S.R., Strong S.R. Effects of congruence between counselor interpretation and clients beliefs // *J. of Counseling Psychology*. 1981. V. 28. P. 101–109.
22. Egan G. *The skilled helper: Model, skills and methods for effective helping*. Pacific Grove, CA: Brooks / Cole. 1990. 445 p.
23. Cormier L.Sh., Cormier W.H. *Interviewing strategies for helpers. Fundamental skills and Cognitive Behavioral Interventions*. Calif., Pacific Grove: Brooks / Cole Publishing Company, 1991.
24. Beck A.T. *Cognitive therapy: Past, present and future* // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1993. V. 61. N. 2. P. 194–198.
25. Sears D.O., Peplau L. A., Taylor Sh. E. *Social psychology*. Englewood Cliffs, № 1. P. 243. Prentice Hall, 1991. 634 p.
26. Кейсмент П. *Обучаясь у пациента*. Воронеж: Модек, 1995. 256 с.
27. Мивделл Э. *Психотерапия как духовная практика*. М.: НФ «Класс», 1997. 160 с.
28. Обозов Н.Н. *О трехкомпонентной структуре межличностных взаимодействий. Психология межличностного познания*. Под ред. А.А. Бодалева. М.: Педагогика, 1981. С. 80–92.
29. Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Klett-Cotta. Stuttgart. 1977.
30. Ташлыкова В.А. *Психология лечебного процесса*. Л.: Медицина, 1984. 191 с.
31. Erikson K. *Toxic reckoning: Business faces a new kind of fear* // *Harvard Business Rev.* 1990. Jan./ Febr. P. 118–126.
32. Рудестам К. *Групповая психотерапия*. М.: Прогресс, 1993. 368 с.
33. Винокур А.Ю. *Психотерапия, основанная на теории личностных конструктов, как средство психокоррекции в постстрессовых состояниях* // *Психология травматического стресса сегодня. Тезисы докладов международной конференции*. Киев, 1992. С. 23–25.
34. Грановская Р.М., Никольская И.М. *Защита личности (психологические механизмы)*. СПб.: Знание, 1999. 352 с.
35. Талалаева Г.В. *Адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС – жителей Среднего Урала*. Автореф. дисс. ... док. мед. наук. Екатеринбург, 1999. 50 с.