

ТЕЛЕСНОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Русина Н.А. (Ярославль, Россия)

Обсуждается соотношение телесности, души и духа. Рассматривается холистический метод в анализе причин психосоматических заболеваний. Отмечается роль энергоинформационного подхода в проявлении телесности при психосоматических заболеваниях. Предлагаются стратегии интегративной психотерапии в работе с психосоматическими больными. Как пример, представляется опыт работы с онкологическими пациентами.

Rousina N.A. (Yaroslavl, Russia). CORPORALITY OF THE PSYCHOSOMATIC PATIENT

Correlation between body, soul and spirit is discussed. Holistic method in causal analysis of psychosomatic diseases is concerned. The role of energetic and informational approach in manifestation of body under psychosomatic diseases is mentioned. Strategies of integrative psychotherapy with psychosomatic patients are suggested. Experience of work with cancer patients is introduced.

Абсолютное единство тела и души отражается на нашем самочувствии. В теле запечатлены все события и весь опыт, который мы приобретаем в процессе жизнедеятельности. Тело хранит в себе все, что когда-либо было пережито: события, эмоции, стрессы и боль заключены в телесную оболочку. Хороший специалист всегда сможет угадать историю жизни человека, а также определить все несчастные случаи и заболевания, когда-либо происходившие с человеком, по строению и форме его тела, по его движениям, свободным или скованным, по напряжению в отдельных частях тела. Тело — это ходячая книга, в которой записаны наши переживания, травмы, волнения, заботы и отношение к себе, к людям, к миру. Неуверенная осанка, сутулая и «слабая» или же, наоборот, крепкая и сильная спина формируются с самых ранних лет, становясь частью нашей сущности. Полагать, что тело есть лишь обособленный, механически работающий организм, значит, не видеть самого главного. Считать, что следствие (то есть болезнь тела) не связано с такой причиной, как чувства и эмоции, значит, отрицать существование самих эмоций. В таком случае позже появятся другие последствия: возникнет новый очаг болезни, свидетельствующий о нарушении равновесия в организме.

Болезнь: хорошо это или плохо? Каждое состояние, хорошее или плохое, является средством, с помощью которого нам даются указания о том, что происходит внутри нас. Боль сигнализирует об опасности, возникшей в организме. С помощью болезненных ощущений организм, наша телесность обращается к нашему разуму: «Стой, остановись, обрати внимание на меня, не спеши». Заболевание дает нам время отдохнуть, осмыслить свою жизнь, свои ценности, расставить приоритеты. Болезнь подсказывает, что необходимо прекратить что-то делать, с ее помощью мы можем восстановить связь с теми частями тела, с которыми она была утрачена. С другой стороны, болезни часто совпадают с переменами в жизни, такими как переезд, новый брак или новая работа. Внутренние конфликты в такое время могут легко нарушить равновесие в организме, вызвать неуверенность и страх. Это делает нас беззащитными перед агрессивными вирусами и бактериями. Таким образом, мы видим, как мудро сообщаются между собой тело и душа, находясь в непрерывном взаимодействии.

Разведение понятий «тело» и «телесность» имеет принципиальное значение. «Тело» означает, прежде всего, физический объект, не несущий субъектности. К понятию «тело» ближе понятие анатомического субстрата человека. После умершего остается «тело». «Телесность» же есть одухотворенное тело. Человеческая телесность является процессом онтогенетического, личностного развития и исторического развития и выражает культурную, индивидуально-психологическую и смысловую составляющие человеческого существа. Понятия «тело» и «телесность» отличает мера жизненности. Как пример, однояйцевые близнецы, имеющие сходную конституцию и телесность, и разнояйцевые близнецы, имеющие близкую конституцию, но различающуюся телесность. В телесно-ориентированной терапии ярко проявляется телесность, так же, как в поведении танцующего человека, спортсмена. Телесность (плоть, живое тело, «тель, динамическое тело) рассматривается как особый феномен и предметное поле психологических исследований, занимающих пространство «между» душой и телом, в его физическом понимании. Пространство «между» - пространство переосмысления, новых смыслов, соединяющее противоположности.

Как известно, слову «душа» традиционно соответствует греческое слово «псюхе». Обнаруживаем следующие характеристики души: а) внутреннее "я" человека, его личность, б) внутренние устремления и желания человека, в) чувства и эмоции, г) личность человека во взаимоотношениях с Богом, д) бессмертное духовное существо, одаренное разумом и волей.

«Седалище души искали внутри, а она, нежным покровом облекает нас» (Шпет). Есть суждение, что душа входит в тело младенца с его первым криком. А когда человек умирает, душа уходит, и тело становится легче. Но тело теряет телесность. Означает ли это, что потеря телесности сопровождается утрату души? Какие же отношения между телесностью и душой? Может ли быть телесность без души? А душа без телесности?

В традициях древней русской психологии плоть (телесность) осмысливалась как «дом и зеркало души, а душа как дом и зеркало духа» [1]. Обобщая вышесказанное, заключаем, что не может быть ни телесности без души, ни души без телесности. Но они не равнозначны. Природа их разная. Душа имеет какую-то условную «вещественность». Вещественность эта полевая. Вещественность телесности скорее материальная плюс полевая.

Слову «дух» соответствует греческое слово пневма, «дуновение ветра» или «дыхание». Оно может также означать дарованную кому-то Богом «власть» и «силу», позволяющие совершать экстраординарные действия. Находим следующие определения духа:

- а) дух того или иного человека, его сущность, индивидуальность,
- б) внутреннее состояние человека,
- в) его умонастроение или предрасположенность к чему-то,
- г) то, что продолжает жить, когда после физической смерти душа человека отделяется от тела.

Дух является содержимым души. Душа автономна и индивидуальна. Дух существует как часть некоторой межличностной субстанции, осколочек мирового духа. Душа, при ее кажущейся непространственности, находится между духом и телом. Все вместе они образуют целостный состав человека. Но помним: телесность есть одухотворенное тело. Душа – это избыток психики, а телесность – это избыток тела.

Из наших суждений заключаем следующее: душа, содержащая дух, наделяет им тело, которое приобретает телесность. Примирение происходит в пространстве «между», где встречаются деятельный дух, страждущая душа с живыми, одушевленными движениями тела.

Душа, как и телесность, может болеть. Душу, как и телесность, можно очищать, лечить, «целить». Термин «целительство» здесь наиболее уместен: делать целым, цельным то, что невозможно разделять и лечить отдельно.

Теперь перейдем к приобретающей все большую убедительность парадигме медицины XXI века. Парадигма эта существовала в глубокой древности: холистический подход к человеку, соединяющий в единстве его тело (в нашей терминологии «телесность»), душу и дух. По мнению русского философа И.А. Ильина, ни тело, ни душа человека не свободны, ибо связаны законами времени и причинами вещественной природы. Только дух человека имеет дар – вывести себя внутренне из любого жизненного созерцания, противопоставить его себе, оценить его, избрать или отвергнуть. Современная ситуация бытия требует от человека гибкости, умения владеть обстоятельствами, прогнозировать, «чувствовать», знать, «ведать», быть в состоянии «Дао». Это возможно лишь в условиях духовного бытия, когда начинается освобождение человека от «зашлакованности» чужой и собственной самостью. Находим в известных школах близкие практики: «разотождествление» в психосинтезе, «кресение» в русской народной психологии, «очищение» в практиках Востока, «исповедь» в различных религиозных верованиях, «восхождение» в интегральном психоанализе.

Наибольшим образом нарушение этого триединства наблюдается в психосоматических расстройствах. Психосоматические болезни не случайно называют «болезнями цивилизации», «болезнями образа жизни». Я бы добавила: «болезнями души» (не смешивать с «душевыми», т.е. психическими болезнями). Частота психосоматических заболеваний достаточно высока и колеблется в общемедицинской практике – от 30 до 60%.

Пациенты с эмоционально обусловленными психосоматическими заболеваниями чаще всего сначала попадают на прием к врачу общего профиля. Каждый из нас имеет этот опыт: когда на приеме у врача в тебе видят только ту часть тела, которая в настоящий момент «болит». Врачу, особенно «узкому специалисту», как правило, все равно, кто ты, какова твоя личная история, что тебя тревожит и даже – какие еще части тела существуют у тебя, помимо болящей. Но тело нельзя разделить на независимо функционирующие органы и системы, а всю их совокупность, в свою очередь, нельзя отделить от чувств и душевных переживаний. Вернее, теоретически – единую, целостную личность можно подразделить на много разных компонентов, но не следует рассматривать их по отдельности, так как они всегда тесно взаимосвязаны между собой. Болеющий человек остается целостным существом, и для того, чтобы разгадать тайну болезни, понять ее причину, проследить историю и выбрать наилучший способ лечения, – необходимо учитывать все сразу. Человек создан по законам гармонии, и телесность – это самое очевидное свидетельство тонкости и развитости разума.

Известны различные концепции этиопатогенеза психосоматических заболеваний: конверсии на орган «подавленного аффекта» (З. Фрейд), «болезни готовности», при которых происходит переход эмоций в телесную реакцию (Т. Икскуль), эмоциональных конфликтов, принципиально воздействующих на внутренние органы (Ф.

Александр), констелляции личностных черт (Х. Данбар), психосоматической дезадаптации (В.И. Гарбузов) и др.

Возникновение психосоматических заболеваний связано с внутренним конфликтом между одинаково сильными, но разнонаправленными мотивами. В отличие от неврозов, в основе которых также лежит внутриспсихический конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение: вытесняется не только неприемлемый для сознания мотив, но и невротическая тревога по этому поводу, и все невротическое поведение в целом. Неразрешимый конфликт мотивов порождает реакцию капитуляции, отказа от совладающего поведения. Какие конкретно органы и системы органов поражаются при этом — зависит от наследственной предрасположенности или от особенностей развития личности. Последние определяют недостаточность механизмов психологической защиты [2], дефицит совладающих стратегий.

При определении специфических психологических конфликтов Ф. Александр выделял 3 аспекта:

1. Специфический конфликт предрасполагает пациентов к определенным заболеваниям только тогда, когда к этому имеются другие генетические, биохимические и физиологические факторы.

2. Определенные жизненные ситуации, в отношении которых пациент сенситизирован в силу своих ключевых конфликтов, реактивируют и усиливают эти конфликты.

3. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях [3].

Во многих исследованиях отмечается, что под влиянием стресса повышается уровень нейроэндокринных реакций, вследствие чего происходит угнетение иммунной защиты и люди оказываются уязвимыми для проявления вирусов. Ряд других авторов не обнаруживает связи между стрессом и развитием заболевания. Известный ученый А. Менегетти считает, что ни одно психосоматическое заболевание не возникает по причине стресса: стресс уже является следствием, наблюдаемое в функционировании органа [2]. В связи с открытиями в психонейроиммунологии и психонейроэндокринологии медицинское научное сообщество стало осознавать влияние мышления на организм.

Дальнейшее изучение психосоматических заболеваний будет происходить, на мой взгляд, на стыке медицины и физики, когда процессы, происходящие на клеточном уровне, будут изучаться с точки зрения энергоинформационной теории, квантовой физики и квантовой психологии. К настоящему времени существуют теории энергетического происхождения соматического заболевания [2, 4]. А. Менегетти понимает здоровье как «свободное течение энергии, которая, проходя множество различных частей, сходится в единой точке, интегрируется в единое целое» [2, с.10]. И.Г. Малкина-Пых считает, что «клетки тканей различных органов несут присущую только им информацию, поэтому существует четкая взаимосвязь между характером мышления, частями тела и проблемами физического здоровья ... симптомы болезней — это чисто внешние проявления духовного нездоровья» [4, с.19].

По мнению Менегетти, когда высший разум пренебрежительно относится к урокам жизни, защищать организм вынужден разум более низкого уровня. Следовательно, если психика не находит решения в сознательной или бессознательной форме, то вмешивается соматика, предлагая альтернативное решение. Соматическая и психиче-

ская энергия различаются по скорости действия: соматическая – наиболее медленная, поэтому органическое заболевание представляет собой форму приспособления. В любом случае соматизация – это всегда результат инфантильной реакции «Я». Не существует никакого таинственного скачка от психики к соме, но есть непрерывность, идентичность, выраженные на разных языках одной и той же формы. Во время болезни мы можем обдумать свои дела, переосмыслить отношения с близкими и знакомыми. Время переходного периода от психического к соматике определяется либо ситуацией, послужившей причиной срыва, либо травматической средой, усиливающей травму, а также способами реакции, ставшими типичными для субъекта. Тяжесть происходящего в окружающей реальности определяется не ее объективными причинами, а тем, как она воспринимается субъектом. Эмоция как некое психическое присутствие начинает соматизироваться [2]. Поэтому актуально изучение адаптационных и психоэмоциональных ресурсов больных.

По мнению Ю.М. Зенько, «поскольку схема тела является средним, промежуточным звеном между физическим телом (телесностью – Н.Р.) человека и его сознанием, постольку источником ее формирования является и первое, и второе. Хотя носителем сознания как такового является все тело человека, может наблюдаться особое функциональное предпочтение сознания к определенным участкам тела. Сознание переживается как бы находящимся в этой точке – локуса сознания» [5, с.200]. Структура схемы тела состоит из трех крупных элементов – головы, груди и живота, и преобладание одной из этих частей создает особый ее тип. Функциональное доминирование со временем переходит в структурную особенность схемы тела. Автор выделяет три основных установки локуса сознания: цереброцентризм (голова), кардиоцентризм (сердце), вентралоцентризм (живот). Цереброцентризм тяготеет к рационализму, построению абстрактных схем. Основная характеристика кардиоцентризма – эмоциональность (чувства, аффекты, переживания). Положительные стороны кардиоцентризма – эмпатия, сенситивность, отрицательные – иррационализм, импульсивность, неосознанность. При вентралоцентризме происходит проявление волевой сферы человека, в которую входят желания, волевые импульсы, мотивы и потребности [5]. А.Ф. Ермошин также считает, что существуют три области самоощущений. Различные состояния переживаются на разных уровнях: страх на уровне живота, тревога – на уровне сердца, беспокойство – на уровне лба. При этом «голова: лоб – беспокойство, виски – раздражение, затылок – ответственность, необходимость контролирования ситуации; темя – остеохондроз позвоночника; грудь: обида, тревога, злость, тоска, скорбь; живот: страх, гнев». «Тело (телесность – Н.Р.) выступает той «контурной картой», на которой прописывается расположение структур сознания...» [6, с.79]. Согласно научным экспериментам, связанным с явлением сенсорной депривации, обнаруживается, что ощущаемое расположение «я» может из головы смещаться в разные места внутри тела. Можно предположить, что степень переживаний при изменении схемы тела у разных личностей может быть различна в зависимости от субъективной значимости данной части тела для пациента и локуса сознания личности.

Болезнь представляет собой одну из возможных реакций, которые представлены человеку в безвыходном, на его взгляд, положении. Болезнь становится подавляющим и регрессивным объектом, позволяющим вывести скрытую борьбу наружу. Кажется, что бороться с внешними формами легче, нежели с внутренними. Болезнь – это язык субъекта, его души [7]. Болезнь не существует сама по себе, она представляет собой отрицание здоровья.

В результате псевдосоциализации личности нарушается гармония между первичными и вторичными актуальными способностями [8], разрушается названное триединство. Первичные способности относятся к способностям человека любить в широком смысле слова. Вторичные способности основаны на нормах той социальной группы человека, в которой он рос, воспитывался или живет. Но природа его духа может не совпадать с этими нормами. Возникают серьезные противоречия между духовными и материальными ценностями (в психологической литературе обозначаемые как внутрличностные конфликты), что приводит к серьезным последствиям в жизни человека, наносят вред его здоровью, разрушает задуманную природой целостность личности. Примат вторичных способностей приводит к разрушению духа, лишает человека дарованных Богом «власти» и «силы».

У каждого человека есть выбор. В терминах теории интегрального психоанализа Н. Кеппена есть два пути развития человека. Первый путь – жить, приближаясь к Истине, к природе, к душевному спокойствию, а значит, к сохранению целостности. Поведение человека на этом пути мотивировано глубокими, стабильными, успокаивающими, дающими мир желаниями. Счастье, гармонию на этом пути человек обретает только через самого себя. Второй путь – это стремление обрести счастье через другую личность, других людей, это ощущение, что экономическое и социальное могущество означает счастье, что любовь несет страдание, а служение человечеству является жертвой и неполноценностью. Человек на этом пути отрывается от реальности, используя власть, деньги, гиперактивность, путешествия, карьеру как самоцель, развлечения, алкоголь, наркотики. Он меняет Истину, а значит и целостность, на фантазию, кратковременный комфорт и устремляется в погоню за ними. Мотивы его поведения неустойчивы, поверхностны, мгновенны, ситуативны. Это мир суеты, иллюзий, лжи, страданий, нередко болезней [9].

Стиль жизни личности, ориентируясь на первичные или вторичные способности, на путь душевного спокойствия или обретения «счастья» через предметные структуры мира, формирует также и соответствующую реакцию на болезнь. Болезнь, хотя и является качественно новым состоянием человека, но и при ней сохраняются индивидуальные особенности как функции образа жизни. Практически все психосоматические и невротические заболевания можно считать болезнями «образа жизни», при этом наблюдается рассогласование психической и телесной сферы.

В традиционной медицине, как правило, осуществляется процесс лечения болезни, его физического тела, а не больного. При таком подходе игнорируется духовная составляющая жизни человека, особенности его психической (душевной) организации. Психосоматическая медицина совершила некоторый шаг к соединению психической и телесной реальности, но в стороне по-прежнему остается духовная составляющая жизни и здоровья. В психологических теориях так же, как в медицине мало уделяется внимания духовной жизни человека. Традиционно используются такие понятия как самосознание личности, «Я-концепция», самоактуализация, возрастная идентичность, которые рассматривают личность вне контекста духовной жизни человека. Практические психологические направления чаще всего обучают манипулированию, а не полноценному проживанию жизни. Размышления о духовной сфере остаются на откуп религии, а вне ее рассматриваются как популярные и научно не обоснованные.

Ни одна из наук (медицина, психология, биология, философия) или ее разделов не в состоянии связать события, происходящие с человеком на разных уровнях (те-

лесном, душевном и духовном) одновременно. В том, что такие связи существуют, каждый человек убеждается в своей жизни постоянно, когда нарушаются законы мироздания, игнорируются причинно-следственные связи. Вот почему для жизнестойкости (в психологической науке это обозначается как копинг-поведение, или совладание) человеку дают гораздо больше рассуждения о кармических связях, энергетических взаимодействиях, психоэнергетических защитах, чем претендующие на объективность теории, далекие от практики.

Психолого-психотерапевтическая и медицинская помощь, не затрагивающая духовную сферу личности, не способная вывести личность на более высокий уровень духовного развития, не приносит облегчения и дает поверхностное объяснение происходящему. Современные теории В.П. Гоча, В. Жикаренцева, В. Синельникова, Л. Виилмы, А. Шевцова, впитавшие в себя не только христианские законы жизни, но и мудрость Востока преобразуют внутренний мир человека, заставляют посмотреть на мир глазами мудреца.

В психологической литературе наиболее значимым для теории причинности является понятие жизненного смысла человека, под которым понимается отраженная в сознании и переживаниях человека как субъективно предельно значимая для него и превратившаяся в главный регулятор его поведения какая-то ценность, ставшая его собственной ценностью. На наш взгляд, одним из диагностических критериев истории жизни больного могут служить смысложизненные ориентации его личности, его отношения. Путь восстановления духовной целостности должен идти через согласование психической и телесной сфер.

Болезнь есть поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации. Нередко болезнь становится катарсисом, духовным лекарством, если она осознана субъектом. Перед лицом смерти возникает удивительный феномен: возрастает значение духовных ценностей и обесцениваются материальные (пример: онкологические больные).

Все приведенные выше рассуждения и доказательства дают мне основания изучения телесности через адаптационные ресурсы психосоматических больных, их психоэмоциональный статус, смысложизненные ориентации и ценности. Получаемые в подобных исследованиях результаты позволяют определить психотерапевтические «мишени» в работе с данными больными, учитывая их истории жизни, социально-психологический анамнез и нозологию.

В работе с психосоматическими больными я использую следующие методики: опросник Мини-мульти (вариант СМИЛ) для определения типа личности больного, методика «Индекс жизненного стиля» для оценки механизмов психологических защит, копинг-тест Р. Лазаруса и С. Фолкман для выявления реакций совладающего поведения, опросник ТООБЛ для диагностики типов отношения к болезни, методику самоотношения, тест смысложизненных ориентаций, тест предельных смыслов. Для определения степени закрытости эмоциональной сферы проводится оценка типа межполушарной асимметрии, для определения типа обработки эмоциогенной информации - метод ранжирования картинок с выражением базовых эмоций по Изарду, методика «пиктограмм», метод свободных ассоциаций на эмоционально значимые слова и предъявление картинки из методики ТАТ.

Наибольшая сложность в психотерапии психосоматических пациентов заключается именно в работе с их «телесностью». На первом этапе можно получить лишь рассказ об отрицательном эмоциональном состоянии: обиды, агрессии, гнева. Но проявления эмоций нет. Больные затрудняются с маркировкой своего эмоционального со-

стояния, не могут «проигрывать» его, им проще описать ситуацию, они включают свое «рацио». Мышечный панцирь скован. Больные «зажаты» как телесно, так и эмоционально.

Стратегии интегративной психотерапии в работе с психосоматическими больными состоят в развитии копинг-ресурсов личности [10]:

1. Ведущим методом психотерапии на первом этапе остается рационально-эмотивная личностно-ориентированная психотерапии, включающая: 1) тренировку способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, 2) проработку жизненного и семейного контекста проблем, 3) проработку межличностных затруднений.

2. Следующий этап – обучение управлению эмоциями через когнитивную психотерапию, обучение моделям совладания, переформулированию базисных убеждений. На этом этапе могут применяться техники поведенческой, когнитивной, экзистенциальной и христианской психотерапии, элементы гештальт – терапии, психосинтеза.

3. Анализ особенностей личности в плане нарушения системы отношений, обусловленной всей историей развития личности, или нарушения структурной целостности личности. Работа с выявленными особенностями личности (индивидуально, в группе) в различных техниках.

4. Аксиологический тренинг: диагностика понимания понятий «ценности», «цели», «жизненный смысл», диагностика личных ценностей, построение жизненной стратегии, метафорическая и телесно-пространственная работа по «образу жизни», работа со сказками, метафорами, притчами, компьютерной программой «Life Line» А.А. Кроника.

5. Онтологический тренинг: 1) работа на осознание причинно-следственных связей в жизни личности, 2) гармонизация первичных и вторичных способностей, духовного и материального в жизни человека, 3) гармонизация психической и телесной сферы путем работы с «состоянием» человека через его сознание.

6. Тренинг здорового образа жизни через обучение правильному питанию, управлению эмоциями, развитие энергоинформационных способностей через работу с «первообразами» в терминологии В. Гоча, стихиями природы с помощью техник Востока и Древней Руси.

В качестве примера можно привести результаты исследования психосоматической реальности онкологических больных [10]. Для данных пациентов характерно проявления сверхконтроля со сдерживанием эмоций. Преобладающими оказались такие психологические защиты, как проекция и отрицание, являющиеся противоположно направленными. При этом информация, которая тревожит, не воспринимается, а неприемлемые чувства и мысли приписываются другим людям, которым нередко больные ставят в вину свое заболевание. На второй позиции интеллектуализация и реактивные образования, являющиеся соседними в диспозициях и представляющими уход в мир слов и поступков путем преувеличения. Пациенты предпочитают поиск социальной поддержки и самоконтроль в трудной ситуации. Смысловое семантическое поле пациентов с онкологическими заболеваниями демонстрирует присутствие подавляемых отрицательных эмоций.

Выбор психологических и психотерапевтических методов коррекции следует осуществлять в зависимости от эмоционально-психологических особенностей личности и реакции на болезнь, от этапов развития заболевания и стадий лечения.

Известно, что больные проходят разные стадии психологической реакции на болезнь: отрицание или шок, гнев и агрессия, «торг», депрессия и отчуждение, принятие болезни и выстраивание новой жизненной стратегии. Поведение врача должно быть адекватно каждой стадии. Если больной находится на стадии отрицания, нужно понять, что это помогает ему справиться в настоящее время с повседневной жизнью и путем поддерживающей терапии помочь определить ему список реальных целей. Если больной тревожен, его следует успокоить. В этом случае успешности можно достичь через поддерживающую терапию, обучение саногенному мышлению или релаксационным техникам. В ситуации агрессии, гнева следует определить источник, на который они направлены. Если он находится вовне, то следует помочь отреагировать эмоции, если это аутоагрессия, можно помочь поместить опыт пациента в длительную временную перспективу, осмыслить ее, подключая экзистенциальную или религиозную ориентацию. В ситуации депрессии, следует помочь высвободить не пережитое горе, невысказанные обиды, неотреагированные эмоции. При отчуждении - проанализировать семейные проблемы и выявить причины дисгармонии, идущие из прародительской семьи, детства. Параллельно должна вестись работа с семьей.

Ведущим методом психотерапии с онкологическими больными остается рационально-эмотивная личностно-ориентированная психотерапия. Самая первая и сложная задача – актуализация базовой отрицательной подавляемой эмоции и осознание больным ее связи со своим физиологическим состоянием. Больные затрудняются с маркировкой своего эмоционального состояния, не могут «проигрывать» его, им проще описать ситуацию, они включают свое «рацио». Попытки применять гештальт-терапевтические техники, психодраму обречены на этом этапе на неуспех. Поэтому следующий этап – обучение управлению эмоциями через когнитивную психотерапию, обучение моделям совладания, переформулированию базисных убеждений. Это могут быть техники поведенческой, когнитивной, экзистенциальной и христианской психотерапии, некоторые элементы гештальт-терапии. Для высвобождения эмоций помогают сказко-, кукло-, музыкальная терапия, визуализация, техники релаксации, создание ресурсных состояний, медитативные техники. Следующий этап - работа с его духовным уровнем, ценностями, смыслами.

Литература:

1. Шевцов, А.А. Очищение. В 3 томах. Т.3. Русская народная психология. СПб.: Тропа Троянова, 2006. – 616с.
2. Менегетти, А. Психосоматика. М.: ННБФ «Онтопсихология», 2003. – 328с.
3. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 382с.
4. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматические и эндокринные заболевания. СПб.: «БХВ-Петербург», 2005. – 160с.
5. Зенько, Ю.М. Психология и религия. СПб.: Изд-во «АЛЕТЕЙЯ», 2002. – 384с.
6. Ермошин, А.Ф. Вещи в теле. М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 320с.
7. Дальке, Р. Болезнь как язык души. СПб.: ИГ «Весь», 2009. – 336с.
8. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. - 538с.

9. Кеппе, Н. Р. Восславление. М.: Международное общество аналитической трилогии, 1994. – 256с.
10. Русина, Н.А. Копинг-ресурсы личности как основа ее здоровья. – Совладающее поведение. Современное состояние и перспективы. Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С.197-216.