

► ГЛАВА 1

ЧТО ТАКОЕ ПСИХОСОМАТИКА

При слове «психосоматика» у многих из нас возникают ассоциации, далекие от науки: эзотерика, лечение у знахарей, гадания по родинкам или откровенные шарлатанские практики. В массовом сознании психосоматика часто предстает как набор абсурдных причинно-следственных связей, где болезнь или травма объясняются самыми невероятными способами. Мы все слышали бытовые высказывания, которые кажутся нам относящимися к этой области: родимое пятно у ребенка появилось, потому что будущая мама во время беременности часто лежала на этом месте; икота возникает, потому что кто-то нас вспоминает; правая ладонь чешется к деньгам, а левая — к неожиданной встрече. Такие суеверия, передаваемые из поколения в поколение, прочно связали в сознании психосоматику с чем-то иррациональным, мистическим и не имеющим отношения к серьезной медицине.

Особенно сильно ее репутация пострадала в последние годы с распространением непрофессиональных психологов-блогеров, которые, не имея должного уровня образования, предлагают простые и эффектные объяснения любых заболеваний: онкология — как результат непрощенной обиды, бесплодие — как нежелание раскрыть собственную женственность и т. п. Когда

подобные утверждения звучат как непреложные истины, они не могут вызвать ничего, кроме здорового скепсиса и желания держаться от такой «психосоматики» подальше. И это совершенно правильная реакция, потому что такие объяснения действительно являются притянутыми за уши, не имеют под собой никакой доказательной базы и могут наносить реальный вред, порождая у пациентов чувство вины за собственные болезни. Что еще хуже, реальное лечение заболеваний зачастую заменяется какими-то эзотерическими практиками, не влияющими ни на физиологические причины, ни на психологические. И, в самом простом варианте, человек будет просто дольше испытывать дискомфорт, а в варианте похуже может и жизнь потерять.

Я не отрицаю эзотерику как еще один канал получения знаний. При этом я всегда держу в голове концепцию «Черный лебедь»: возможно, на сегодняшний день мы, как британцы 200 лет назад, уверены, что существуют только белые лебеди, где-то в Индии спокойно живут черные. Это напоминает о том, что мы еще не знаем всего, чего не открыла наука, а значит, большая часть наших представлений пока остается гипотезами и теориями, а не аксиомами. Реальная наука всегда подразумевает, что открытия будут продолжаться, и новое знание может раскрыть то, что мы знаем сейчас, совсем по-новому. Но здесь и далее мы будем говорить о психосоматике как о научной области психологии и медицины.

Психосоматика — это область научного знания и клинической практики, которая изучает механизмы влияния психических процессов на физиологические функции организма и развитие соматических заболеваний, и механизмы влияния физиологических

функций организма на психические процессы и развитие психологического неблагополучия. Мы говорим именно о психологическом неблагополучии, потому что, помимо расстройств в психике, могут возникать другие состояния, не являющиеся расстройствами, но создающие значительный дискомфорт для человека.

В буквальном переводе с греческого «психе» означает «душа», а «сома» — «тело», и уже в самом названии заложена идея их неразрывного единства. За этой простой формулировкой стоит сложная, многоуровневая система представлений о том, как переживания, личностные особенности, бессознательные конфликты и поведенческие паттерны могут трансформироваться в телесные симптомы. Это проявляется в широком спектре состояний: от функциональных расстройств, таких как головные боли напряжения и синдром раздраженного кишечника, до тяжелых хронических заболеваний, включая гипертонию, бронхиальную астму, язвенный колит и ревматоидный артрит. Психосоматика не утверждает, что все болезни имеют исключительно психологическое происхождение — это было бы грубым упрощением, которое давно отвергнуто наукой. Она говорит о том, что **психика и тело представляют собой единую саморегулирующуюся систему, и нарушения в одном звене неизбежно сказываются на другом**, поэтому игнорирование психологического состояния пациента при лечении телесных недугов снижает эффективность терапии и ухудшает прогноз выздоровления.

Идея о том, что душевное состояние влияет на физическое здоровье, сопровождает медицину на протяжении всей ее истории, однако научное оформление

психосоматики как самостоятельного направления произошло только в XX веке. Первым, кто заложил ее фундамент на строгой теоретической основе, был венгерско-американский психоаналитик и врач Франц Александер, который в 1950 году опубликовал свой главный труд «Психосоматическая медицина». Александер исходил из того, что подавленные эмоции, которые человек не может выразить открыто из-за социальных или внутренних запретов, не исчезают бесследно. Они продолжают существовать в виде хронического возбуждения вегетативной нервной системы. Именно она управляет работой внутренних органов, кровеносных сосудов и желез внутренней секреции. Когда эмоциональное возбуждение, например гнев или страх, возникает в ответ на внешний раздражитель, вегетативная система готовит организм к действию: повышается давление, учащается пульс, изменяется тонус мышц желудка и кишечника. Если разрядка не наступает — человек не может ни ударить, ни убежать, ни даже высказать свои чувства, — это возбуждение закрепляется в виде стойких функциональных изменений. Со временем, по мысли Александера, эти функциональные нарушения переходят в органические поражения тканей. Он выделил так называемую «чикагскую семерку» — семь классических психосоматических заболеваний, в патогенезе которых психологический фактор играет ведущую роль: бронхиальная астма, ревматоидный артрит, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, гипертиреоз и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Позднее оказалось, что эта схема слишком жесткая и не все случаи этих заболеваний имеют

психосоматическую природу, однако работа Александра стала отправной точкой для всего последующего развития психосоматической медицины. И кстати, «чикагская семерка» до сих пор рассматривается в медицине как заболевания, имеющие в том числе психологическую природу. С такими диагнозами врачи рекомендуют не только классическое лечение, но и посещение психотерапевта.

Почти одновременно с Александром исследования в этой области проводила американский психиатр Хелен Фландерс Данбар, однако ее подход заметно отличался. Она предложила концепцию личностных профилей и утверждала, что люди, склонные к одним и тем же соматическим заболеваниям, обладают сходными психологическими характеристиками. На основе обширных клинических наблюдений она описала «коронарный профиль» — тип личности, предрасположенный к инфарктам: амбициозные, нетерпеливые, постоянно испытывающие дефицит времени и склонные к подавлению гнева люди. Работа Данбар была важна тем, что она перевела дискуссию из плоскости абстрактных психоаналитических конструкций в плоскость эмпирических исследований, пытаясь статистически подтвердить связь между чертами личности и болезнями. Однако ее подход тоже вызвал критику, потому что он был статичен и не учитывал динамику жизненных обстоятельств и сложность причинно-следственных связей, и сегодня концепция жестких профилей считается устаревшей, хотя отдельные ее наблюдения сохраняют ценность как описание психологических факторов риска.

Вслед за Данбар кардиологи Мейер Фридман и Рэй Розенман продолжили эту линию исследований,

сосредоточившись на поведенческих паттернах пациентов с ишемической болезнью сердца. В ходе многолетних клинических наблюдений они заметили устойчивую закономерность: их пациенты, перенесшие инфаркты, демонстрировали сходные черты поведения и эмоционального реагирования. На основе этих наблюдений они сформулировали теорию поведенческих типов, выделив два полярных паттерна. Поведенческий тип А характеризовался выраженной соревновательностью, хроническим ощущением нехватки времени, нетерпеливостью, стремлением к достижениям в ущерб отдыху и, что особенно важно, склонностью к подавлению собственных эмоций, в первую очередь гнева. Противоположный тип Б, наоборот, отличался спокойствием, отсутствием спешки и способностью к полноценному отдыху. Фридман и Розенман провели масштабное проспективное исследование, результаты которого показали, что мужчины с поведенческим типом А значительно чаще заболевали ишемической болезнью сердца по сравнению с представителями типа Б, даже при контроле традиционных факторов риска. Впоследствии метаанализы показали, что ключевым патогенным компонентом является не весь комплекс поведенческих характеристик, а именно враждебность и подавленный гнев, которые коррелируют с повышенным риском сердечно-сосудистых событий даже независимо от других факторов. Тем не менее работа Фридмана и Розенмана сыграла важнейшую роль в утверждении психосоматического подхода в кардиологии, продемонстрировав на строгих эмпирических данных, что поведенческие

факторы являются полноценными предикторами соматического здоровья.

Совершенно иную, революционную для своего времени концепцию предложил ученик Зигмунда Фрейда Вильгельм Райх. Он отошел от классического психоанализа, который работал исключительно со словом и фантазиями пациента, и обратил внимание на то, что все психологические защиты имеют свое телесное выражение. Райх ввел понятие мышечного, или характерологического, панциря — системы хронических мышечных напряжений, которые формируются в детстве в ответ на подавление эмоций. Ученый также утверждал, что каждое эмоциональное переживание, которое не было прожито и завершено, «застревает» в определенных группах мышц, создавая блоки. Он выделил семь основных сегментов такого панциря: глазной, оральный, шейный, грудной, диафрагмальный, абдоминальный (брюшной) и тазовый. Каждый сегмент, по его мнению, был связан с определенным спектром подавленных чувств. Райх полагал, что проработка этих зажимов через прямое физическое давление, массаж и дыхательные техники позволяет высвободить заблокированную энергию и вернуть человеку способность к полноценному переживанию эмоций. Его теория об оргонной энергии¹ — универсальной жизненной силе, которую он пытался измерить физическими приборами, — не получила научного признания и сегодня

¹ Оргоническая (оргонная) (от лат. *organismus* — «живое существо») энергия — псевдонаучный термин, предложенный психоаналитиком Вильгельмом Райхом в рамках его теории об «универсальной энергии жизни».

рассматривается как исторический курьез, однако его идея о том, что мышечные зажимы являются телесным эквивалентом психологических защит, стала фундаментом для всей последующей телесно-ориентированной психотерапии и психосоматического массажа. Райх был первым, кто начал систематически использовать прикосновения и работу с телом в терапевтических целях, и, хотя многие его теоретические построения были пересмотрены, его практические открытия продолжают применяться и развиваться.

Изучение психосоматических связей в XX веке велось в нескольких направлениях. Психоаналитическая школа, помимо Александера и Райха, внесла вклад через изучение символического значения симптомов, то есть того, какой бессознательный смысл для пациента имеет его болезнь.

Параллельно развивалось психофизиологическое направление, которое пыталось измерить конкретные изменения в работе организма в ответ на психологические стимулы. Сюда относятся исследования условных рефлексов, в ходе которых было показано, что эмоциональное состояние влияет на физиологические параметры, в частности на кислотность желудочного сока, частоту сердечных сокращений и тонус сосудов. Это свидетельствует о том, что психосоматические эффекты имеют реальный нейрогуморальный механизм. И наконец, в последние десятилетия на первый план вышли нейробиологические исследования, которые используют методы функциональной магнитно-резонансной томографии и измерения уровня гормонов стресса, чтобы проследить путь от психологического переживания до соматической

патологии. Эти исследования показали, что хронический стресс активирует ось «гипоталамус — гипофиз — надпочечники», что приводит к устойчивому повышению уровня кортизола, который подавляет иммунитет, вызывает воспалительные процессы и повреждает нейроны гиппокампа — области мозга, отвечающей за память и эмоциональную регуляцию. Таким образом, психосоматическая связь перестала быть метафорой и обрела конкретный биохимический и нейроанатомический фундамент.

В современной академической психологии и медицине психосоматика не существует как отдельная дисциплина, а интегрирована в более широкую биопсихосоциальную модель, предложенную в 1977 году психиатром Джорджем Энгелем. Эта модель утверждает, что любое заболевание, будь то инфекция, травма или хроническое расстройство, нельзя рассматривать только на одном уровне — клеточном, органном или психологическом. Оно всегда является результатом сложного взаимодействия трех групп факторов: биологических, психологических и социальных. К биологическим относятся генетическая предрасположенность, анатомические особенности и работа иммунной системы, а к психологическим — эмоциональное состояние, способность справляться со стрессом, когнитивные установки и личностные черты. Социальные факторы включают уровень поддержки со стороны близких, профессиональную среду, культурные нормы и материальное положение. В рамках этой модели психологические факторы трактуются не как «причины» болезни, а как модуляторы, которые могут снижать порог чувствительности организма

к повреждающим воздействиям, ухудшать течение заболевания и замедлять восстановление.

Отношение к психосоматике в научном сообществе сегодня сбалансированное и критическое. С одной стороны, никто не отрицает, что стресс и эмоции влияют на тело — это подтверждено тысячами экспериментальных и клинических исследований. С другой стороны, отвергается любой редукционизм, то есть сведение всего многообразия причин болезни к одной-единственной психологической причине. Это важно, потому что в популярной культуре часто встречается упрощенная и вредная формула «Все болезни от нервов». Такой подход признается неэтичным и ненаучным. Современная психосоматика работает с вероятностными моделями, выделяет факторы риска, а не жесткие причинно-следственные связи и настаивает на том, что психологическое вмешательство должно быть дополнением к основной медицинской помощи, а не ее заменой.

В диагностической классификации Всемирной организации здравоохранения (МКБ-11) существуют отдельные рубрики для соматоформных расстройств — состояний, при которых телесные симптомы выражены, но не находят объяснения при стандартном медицинском обследовании, при этом они явно связаны с психологическими факторами. Однако для большинства соматических заболеваний психосоматический компонент рассматривается как один из многих.

Я считаю, что психосоматику должен знать и понимать каждый психолог и каждый врач. Это знание не ограничивается только пониманием того, как именно стресс может привести к тому или иному заболеванию,

какая именно эмоция стоит за мышечным зажимом, но и предполагает понимание базовой медицины. Психолог остается психологом и не должен вмешиваться в постановку медицинского диагноза или пытаться самостоятельно диагноз ставить и давать рекомендации клиенту. Но знание реалий здоровья, особенностей работы тела может буквально спасти клиенту жизнь. Мой преподаватель по когнитивно-поведенческой терапии рассказывал, как по симптомам клиентки, жаловавшейся на подавленное состояние, заподозрил отравление ртутью и отправил ее к врачу. И действительно, оказалось, что под ее кроватью остались маленькие капельки ртути от разбитого градусника. Я и сама неоднократно отправляла клиентов в поликлинику к терапевту и на сдачу анализов, у них обнаруживали дефицит витаминов, некоторые заболевания (щитовидная железа, ЖКТ), лечение которых полностью устраняло симптомы, с которыми они обращались ко мне как к психологу.

Так что психосоматика не «перетягивает одеяло» на сторону идеи, что «все болезни от нервов», а учит находить взаимосвязи и искать источник заболевания во всех направлениях, увеличивая эффективность лечения. В этой части книги я надеюсь развеять некоторые мифы о психосоматике и дать ее более реалистичное описание.

► СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
---------------	---

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ

Глава 1. Что такое психосоматика	9
Глава 2. Мифы о психосоматике	20
Глава 3. Первая и вторая сигнальные системы	28
Глава 4. Структура сознания	37
Глава 5. Методы проекции сознания в деятельности	44
Глава 6. Понятие энергий в теле	51
Глава 7. Эмоции как энергия	64
Глава 8. Стресс и его влияние на тело	72
Глава 9. О системах, в частности о мышцах	78
Глава 10. Мышечная память	87
Глава 11. Психологическая травма и ее влияние на тело	93
Глава 12. Как психология работает с телом, какие есть направления и методы	99
Глава 13. Что такое психосоматический массаж. К чему он относится	109
Глава 14. Мифы о психосоматическом массаже	120
Глава 15. Пояса Райха	128
Глава 16. Точки и их значения	153

ЧАСТЬ 2. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ

Глава 17. Показания и противопоказания	175
Глава 18. Сеттинг. Правила организации процесса	188
Глава 19. Сеттинг. Подготовка и практика	195
Глава 20. Организация процесса практики массажа	206
Глава 21. Курс терапии. Как это выглядит	215
Глава 22. Схемы терапии	220
Глава 23. Окончание: завершение как часть терапии	225
Глава 24. Сеттинг. Инструменты, правила, цена	231

ЧАСТЬ 3. ПРАКТИЧЕСКАЯ

Глава 25. Техники и методы выполнения психосоматического массажа	249
Глава 26. Массаж головы	265

Глава 27. Массаж торса и груди, горловой отдел	273
Глава 28. Массаж таза, ног	282
Глава 29. Массаж спины	295
Глава 30. Окончание массажа	302
Глава 31. Работа с образами	305
Глава 32. Работа с пятью уровнями погружения	326
Глава 33. Работа с воспоминаниями	333
Глава 34. Работа с мыслями	341
Глава 35. Работа с чувствами/эмоциями	348
Глава 36. Спонтанное звучание	356
Глава 37. Плач	364
Глава 38. Дыхание	369
Глава 39. Кашель и сплевывание	378
Глава 40. Аффирмации/ внушения	384
Глава 41. Техники «заземления»	394
Глава 42. Техники проживания катарсиса	401
Глава 43. Что может произойти с клиентом в процессе и что с этим делать	414
Глава 44. Что может происходить после массажа (тело и психика)	438
Глава 45. Что может произойти с терапевтом в процессе и что с этим делать	460
Глава 46. Очищение до и после	471
Глава 47. Как терапевту-массажисту укреплять свое тело	482
Глава 48. Записи о массаже	491
Глава 49. Работа терапевта-массажиста над внимательностью и осознанностью	499
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	505
Список литературы	507